

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES**

**PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DO PROCESSO DE CUIDAR EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM: UMA METASSÍNTESE**

**JOÃO PESSOA-PB  
2019**

ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES

**PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DO PROCESSO DE CUIDAR EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM: UMA METASSÍNTESE**

Tese inserida na Área de Concentração ‘Cuidado em Enfermagem e Saúde’, Linha de Pesquisa ‘Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso’, no projeto ‘Processo de Cuidar em Enfermagem e Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa’, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Orientadora:** Professora Doutora Maria Miriam Lima da Nóbrega

**JOÃO PESSOA-PB  
2019**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

V652p Videres, Arieli Rodrigues Nóbrega.

Produção do conhecimento acerca do processo de cuidar  
em Saúde e Enfermagem: uma metassíntese / Arieli  
Rodrigues Nóbrega Videres. - João Pessoa, 2019.  
232 f.

Orientação: Maria Miriam Lima Nóbrega.  
Tese (Doutorado) - UFPB/Ciências Saúde.

1. Conhecimento; Cuidado; Enfermagem; Revisão. I.  
Nóbrega, Maria Miriam Lima. II. Título.

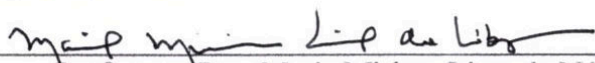
UFPB/BC

ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES

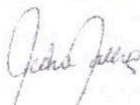
**PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DO PROCESSO DE CUIDAR EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM: UMA METASSÍNTESE**

Tese inserida na Área de Concentração 'Cuidado em Enfermagem e Saúde',  
Linha de Pesquisa 'Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso', no  
projeto 'Processo de Cuidar em Enfermagem e Saúde do Adulto e da Pessoa  
Idosa', apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro  
de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB),  
como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

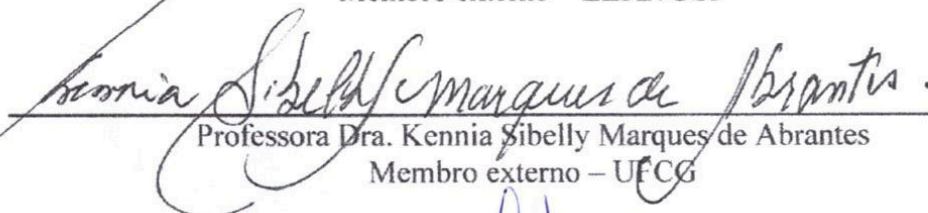
Defendida em: 10 / 12 / 2019



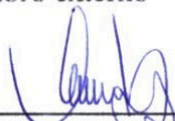
Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega  
Orientadora - UFPB



Professor Dr. Pedro Fredemir Palha  
Membro externo – EERP/USP



Professora Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes  
Membro externo – UFCCG



Professora Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto  
Membro interno - UFPB



Professora Dra. Neusa Collett  
Membro interno - UFPB



Professora Dra. Patrícia Josefa Fernandes  
Membro suplente externo – UFPB

Professora Dra. Ana Cristina de Oliveira e Silva  
Membro suplente interno – UFPB

Dedico este trabalho à eterna Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá (*in Memoriam*), educadora e militante em defesa da vida, sinônimo de sabedoria, cuidado, competência, amor, força e fé.

## AGRADECIMENTOS

Minha caminhada ao longo de mais de quatro anos no Curso de Doutorado não foi fácil, e, nem tão difícil. Ao meu lado estiveram pessoas escolhidas por Deus para alegrar meus dias e suavizar minhas angústias. Perdi, ganhei, chorei, sorri, escrevi, apaguei, partilhei e aprendi. Foram tantas as emoções, os momentos, as pessoas! Tudo isso contribuiu para meu crescimento enquanto discente, docente e ser humana. Agradeço de coração a todos que me ajudaram a escrever essa história. Finalizo mais um ciclo em minha vida com o coração irradiante de felicidade e gratidão.

A Deus, agradecimento essencial, por todas as bênçãos a mim concedidas em cada amanhecer. Sua misericórdia em minha vida é infinita e necessária, assim como meu amor por Ti e, por seu Filho Jesus. Obrigada por nunca desistir de mim, por me permitir estreitar essa relação de amor, confiança, fé e, pelas incontáveis vezes em que me carregou em seus braços nos momentos difíceis de minha vida. Obrigada pela oportunidade de galgar por caminhos tão sonhados, perseverar, ousar e conhecer pessoas tão importantes para meu crescimento profissional e espiritual. “*♪ Posso, tudo posso, Naquele que me fortalece. Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir. Quero, tudo quero, sem medo entregar meus projetos. Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou pra mim e ali estar.*”.

A Nossa Senhora, minha mãe, por se fazer presente em minha casa; por acender em meu coração a necessidade da oração e o verdadeiro sentido do amor e da fé; por proteger minha família de todo e qualquer mal e; por me ajudar na concretização do projeto de Deus para a humanidade que é ser família. “*♪ Tudo o que sou desejo que a vós pertença. Incomparável Mãe, guardai-me e defendei-me, como filha e propriedade vossa, Amém!*”.

À Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá (*in memoriam*), agradecimento eterno por me acolher prontamente na UFPB no ano de 2007, sem ao menos me conhecer. Minha admiração, respeito e amor por ti germinaram ao passar dos anos. Mais que uma orientadora, fostes um anjo humano, a qual sou grata por cada encontro, cada ligação, pelos olhares de incentivo, pelos elogios, reclamações, cobranças, e pelas oportunidades acadêmicas a mim confiadas. Como desejei e esperei para beber dessa fonte inesgotável de conhecimento! Ahhhh, o quanto aprendi! Carrego em minha bagagem um conhecimento tão rico que me faz crescer enquanto ser humana e cristã. Que nunca me falte força, fé e ânimo para dissipar tudo o que de lindo aprendi com minha eterna amiga Lenilde. “*♪ Se eu tentasse definir o quão especial tu és pra*

*mim, palavras não teriam fim. Definir o amor não dá, então, direi apenas obrigado e sei que entenderás”.*

À Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, providência de Deus em minha vida, um agradecimento especial. Minha admiração e respeito pela senhora advém desde a Graduação quando ouvia professores e profissionais associarem seu nome à Enfermagem Paraibana. Li sobre sua vida e seus textos. Conhecê-la até então parecia algo bem distante de minha realidade. Ao cursar o doutorado na UFPB e ser sua aluna realizei um sonho antigo. Porém, Deus quis que eu me aproximasse ainda mais da senhora, para aprender princípios éticos e humanos intrínsecos à construção de uma tese, à solidificação da relação professor e aluno, à constituição moral de um doutor. Não encontro palavras para expressar o carinho e a gratidão eterna por tudo o que fizestes por mim, pela acolhida no Grupo de Pesquisa e no Laboratório, pelos abraços, paciência, liberdade e autonomia própria, mas principalmente pela confiança. Hoje, continuar referenciando-a como ícone da Enfermagem Brasileira é um dos meus maiores orgulhos. “*♪“♪Precioso és, para Deus e para mim. Se acaso precisar, podes contar comigo. Precioso és, para Deus e para mim. Que a fé de Deus nos faça eternos amigos”.*

Aos membros da banca, os Professores Dr. Pedro Fredemir Palha, Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes, Dra. Anne Jaquelyne Roque Barrêto, Dra. Neusa Collet, Dra. Patrícia Josefa Fernandes e Dra. Ana Cristina de Oliveira e Silva, agradeço pelo tempo e carinho dispensados na leitura, correções e sugestões singulares que contribuirão para a melhoria desse trabalho.

Aos professores do PPGENF-UFPB que se doam, cuidam e lutam incessantemente pela excelência do Programa. Agradeço especialmente as Professoras Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, Dra. Antônia Oliveira Silva, Dra. Sandra Aparecida de Almeida, Dra. Maria das Graças Melo Fernandes, Dra. Ana Cristina de Oliveira e Silva, Dra. Lenilde Duarte de Sá (*in Memoriam*), Dra. Neusa Collet, Dra. Greice Kelly Gouveia Dias Bitencourt e Dra. Ana Cláudia Torres de Medeiros, pelas marcas deixadas em minha vida ao compartilharem não somente o conteúdo em sala, mas por transcenderem princípios e valores que me fizeram apreender a altivez de um nobre educador. Sinto-me engrandecida ao lado de vocês, Mestres!

Aos familiares da Professora Dra. Lenilde, em nome de Romberguinho, seu filho, Dona Olívia, sua mãe e, Edvan Teté, seu irmão, agradeço imensamente, com o coração transbordando de carinho, pela consideração de sempre, pela confiança no meu trabalho e pelo livre acesso à sua casa, seus pertences, suas lembranças (fotos) e sua história. Agradeço a Cida, secretária e amiga de Lenilde, pelas horas em que juntas, compartilhamos e recordamos

momentos tão importantes da vida dessa mulher guerreira. Foi difícil voltar àquela casa, mas eu precisava sentir a vivacidade de sua presença.

Aqueles que, revelados por Deus, assumiram aqui na terra a missão de ser meus pais, Ana e Francisco, retribuo com minha vida tudo o que fizeram, fazem e farão por mim. Obrigada pelo alimento, moradia, vestimentas, lazer e educação de qualidade que me proporcionaram. O ser humano que me tornei e, o pouco que conquistei devo aos senhores porque me apresentaram o segredo do sucesso, o amor maior que dá sentido as nossas vidas: Deus. Que permaneçamos unidos no amor, seguindo o exemplo da Sagrada Família de Nazaré. *“🎵Percebe e entende que os melhores amigos são aqueles que estão em casa, esperando por ti. Acredita que nos momentos mais difíceis da vida eles sempre estarão por perto, pois só sabem te amar. E, se por acaso, a dor chegar, ao teu lado vão estar pra te acolher e te amparar, pois não há nada como um lar”*.

A Diego, meu companheiro de sempre e para sempre, um agradecimento apaixonado pelo apoio incondicional, principalmente nos últimos quatro anos. Agradeço a Deus por você em minha vida, um amor infinito, um marido amigo que me faz feliz. Grata por compreender minhas ausências, por assumir a casa e Pedro durante minhas viagens, pela escuta e pelo colo acolhedor. *“🎵Foi Deus, quem te escolheu pra ser o melhor amigo que eu pudesse ter... Foi Deus quem consagrou você e eu para sermos bons amigos, num só coração. Por isso, eu estarei aqui quando tudo parecer sem solução”*.

A Pedro, filho amado de Deus, escolhido para concretizar minha missão maternal aqui na terra, um agradecimento maior por tudo o que juntos aprendemos e compartilhamos intensamente nesses quatro anos. Ingenuamente, você me faz crescer diariamente. Em ti, encontro paz, amo e sou amada. Em ti, reconheço o amor de Deus por mim. Obrigada pelas vezes em que sussurrou no meu ouvido ao me ver dormindo em frente o computador: ‘Mamãe, acorde! A senhora precisa estudar. Sua professora vai brigar se não fizer a tarefa’. *“🎵Resolvi pedir a Deus pra que eu possa te guardar, ser teu anjo protetor, te velar e te cuidar. Quando eu precisei pôs tua vida em mim. Deus permita-me ser teu anjo aqui. Eu pedi pra Deus gravar o teu nome em minha mão. Deus foi muito mais além, te gravou em meu coração. Já não posso mais esquecer de ti, tua vida Deus transplantou em mim”*.

Aos meus irmãos Analieri e Ânreson, minha sogra Videres, sobrinhos, tios, cunhados, primos, comadres, compadres e afilhados, agradeço pelo incentivo, pela torcida positiva, pela ajuda com Pedro e, principalmente pelas orações. Um agradecimento especial àquelas que foram meu porto seguro em João Pessoa: tia Daura, tia Francisca (Lelê) e Milena. Minha gratidão é infinita e minha dívida incalculável pelo zelo, carinho e preocupação, sobretudo,



com minhas refeições e idas/vindas à rodoviária. “*♪Tua família, volta pra ela. Tua família te ama e te espera, para ao teu lado sempre estar*”.

As amigas vizinhas e suas famílias, Kennia, Ana Cleide, Sandra, Daianne, Ana Paula, Katylane e Camila, obrigada pela torcida, pelo incentivo e por todos os momentos de escuta e partilha que necessitei ao longo desses quatro anos. Vocês se tornaram ainda mais especiais pelo cuidado, carinho e apoio incondicional à Pedro durante minhas ausências. A cada viagem, uma surpresa. Mas, meu coração logo se amansava pois Pedro tem a melhor madrinha e as melhores tias, seja na alegria ou, mesmo, na doença.

As mães amigas, Kilmará, Lídia, Liliane, Marcela, Rosa e Savana, agradeço manifestando o carinho e admiração que tenho por cada uma de vocês, que hoje, ocupam um lugar importante no meu coração e de minha família. Obrigada pelo compartilhamento diário das experiências de vida relacionadas aos filhos, família, saúde, moda, lazer, escola e tantos outros assuntos. Vocês são presentes de Deus!

A Branquinha, por cuidar tão bem de meu filho e de minha casa, na minha ausência ou não. Agradeço a Deus pela sua vida e por sua presença em minha família, à qual você já faz parte. Sei que posso contar com você para tudo e vice-versa, afinal, amigos são amigos.

As amigas de estrada, Gerlane e Taciana, pelo suporte emocional indispensável, pelo compartilhamento mútuo das atividades docentes da UFCG, pelas conversas presenciais, por Skype e por watts que só me fazem bem. Repetindo o que já estão cansadas de saber: vocês são presentes de Deus com a missão de alegrar os meus dias. Que nossa amizade se perpetue na fé, no amor e na esperança de dias vindouros, para Honra e Glória do Senhor! “*♪Às vezes em certos momentos difíceis da vida, em que precisamos de alguém pra ajudar na saída. A sua palavra de força, de fé e de carinho, me dá a certeza de que eu nunca estive sozinho*”.

A Equipe Dirigente do Encontro de Casais com Cristo do Santuário do Bom Jesus Aparecido de Sousa, composta pelo querido diretor espiritual Padre Cláudio e pelos amigos Selma, Tiquinho, Lucinha, Afonso, Thamara, Humberto, Daniele e Chagas pela oportunidade de sermos amigos na fé, pelos aprendizados partilhados, alegrias e desentendimentos que me fizeram crescer enquanto cristã. “*♪Salve o ECC...*”

Aos membros do Grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose do estado da Paraíba (GRUPO-TB/PB), liderados atualmente pela Professora Dra. Anne Jaqueline, minha eterna gratidão pela acolhida, pelas horas de estudos e discussões, pelas amizades firmadas e pelos momentos compartilhados. Emília, Janaína, Patrícia, Karine, Séfora, Khivia e Sthephanie vocês foram anjos em minha vida durante essa trajetória e, por isso, estão eternizadas em meu coração. Como agradecer a você Rita, essa amiga maravilhosa que

caminhou ao meu lado escutando meus anseios, desabafos, minhas dúvidas, preocupações e me estimulando sempre mais? Obrigada pela parceria nas produções acadêmicas. És muito especial para mim. “*♪Não preciso nem dizer, tudo isso que eu lhe digo, mas é muito bom saber que eu tenho grandes amigas*”.

A Professora Dra. Sandra Almeida pela disponibilidade e boa vontade em me ajudar com a análise dos dados por meio do software Iramutec. E também as Professoras Dra. Janaína von Sthöfen e Dra. Rita de Cássia pela contribuição na metodologia do estudo, conferindo fidedignidade ao percurso traçado. A vocês um agradecimento carinhoso pelo apoio científico.

Aos membros do GEPFAE pela acolhida calorosa. Em especial à Professora Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros, pela disponibilidade, serenidade e sapiência com que me orientou no artigo para qualificação e em tantas outras vezes que precisei.

As minhas colegas de turma 2015.2 pela socialização de conhecimentos múltiplos, pelos momentos de aprendizado, partilha dos acontecimentos pessoais e pelas longas risadas. Levo um pouquinho de cada história comigo. Especialmente a Patrícia, agradeço pela amizade, paciência, descrição, sábios ensinamentos e por cada Mapa Conceitual construído com tanto zelo. Como aprendo e cresço quando estou ao seu lado, Paty! “*♪Não preciso nem dizer, tudo isso que eu lhe digo, mas é muito bom saber que você é minha amiga*”.

Aos funcionários do PPGENF, senhor Ivan, dona Carmem, e principalmente a Nathali, a menina de sorriso doce e solícito (como a vejo) a quem sempre recorro quando das incertezas administrativas. A vocês, minha gratidão.

Gratidão aos colegas da UFCG que contribuíram voluntariamente para o afastamento de minhas atividades acadêmicas. Sem a disponibilidade e generosidade de vocês minha trajetória pelo curso de doutorado teria sido árdua. Gratidão e reconhecimento as Professoras Dra. Kennia Sibelly, Dra. Maria do Carmo, Ma. Cláudia Fernandes e Dra. Berenice Gomes. Um agradecimento carinhoso as servidoras Simone, Thaíse e em especial, Janice Ruth, minha querida amiga, pelo apoio administrativo. Que um dia eu possa retribuir em dobro o que fizeram por mim! Aos demais, gratidão pelo incentivo.

Aos ex-alunos da UFCG, amigos pessoais e outros, profissionais, pela torcida de sempre. Tenho dito, vocês foram e continuarão sendo a principal motivação do veemente desejo em me capacitar e aprender significativamente para contribuir, de forma responsável, na formação ética, humana, crítica e reflexiva de cada um.

*“Não sei... se a vida é curta  
ou longa para nós,  
mas, sei que nada  
do que vivemos tem sentido,  
se não tocamos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:  
o colo que acolhe,  
o braço que envolve,  
a palavra que conforta,  
o silêncio que respeita,  
a alegria que contagia,  
a lágrima que corre,  
o olhar que acaricia,  
o desejo que sacia,  
o amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo,  
é o que dá sentido à vida.  
É o que faz com que ela  
não seja nem curta,  
nem longa demais,  
mas que seja intensa, verdadeira,  
pura enquanto durar.”  
(Saber viver, Cora Coralina)*

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Etapas da Revisão Sistemática da Literatura com Metassíntese sobre o Processo de Cuidar. João Pessoa-PB, 2019.	75
<b>Figura 2</b>	Nuvem de palavras geradas pelo IRAMUTEC. João Pessoa-PB, 2019.	89
<b>Figura 3</b>	Análise categorial da RSLM sobre o processo de cuidar. João Pessoa-PB, 2019.	92
<b>Figura 4</b>	Contribuições da Professora Dra. Lenilde oriundas da metassíntese. João Pessoa-PB, 2019.	167

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Etapas para operacionalização de uma RSLM.	62
<b>Quadro 2</b>	Descrição dos estudos selecionados conforme as variáveis título, autores, ano de publicação, periódico, descritores e questão de investigação. João Pessoa - PB, 2019.	79
<b>Quadro 3</b>	Descrição dos estudos selecionados conforme as variáveis objetivo, referencial teórico, tipo de estudo, local, participantes, ano de desenvolvimento, técnica de coleta e análise dos dados, e referencial metodológico. João Pessoa - PB, 2019.	82
<b>Quadro 4</b>	Análise categorial da RSLM sobre o Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem.	86
<b>Quadro 5</b>	Descrição dos achados extraídos dos resultados dos nove estudos qualitativos que compõem a amostra. João Pessoa - PB, 2019.	223

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACTC	Análise de Conteúdo Temático-Categorial
AD	Atenção Domiciliar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AM	Apoiador Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEPEn	Comissão de Estudos e Pesquisa em Enfermagem
CESU	Continental Europe Regional Support Unit
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DBEN	Diretrizes e Bases da Educação Nacional
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DENC	Departamento de Enfermagem Clínica
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DESPP	Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria
DOTS	Directly Observed Treatment-short course
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEO TB	Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais de Tuberculose
GERES	Grupo de Estudos e Pesquisas em Representações Sociais
GRUPO	Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba
TB/PB	
IES	Instituições de Ensino Superior

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IRAMUTEC	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
JBI	Instituto Joanna Briggs
JBI QUARI	Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research
MAEA	Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem
MS	Ministério da Saúde
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNCT	Política Nacional de Controle da Tuberculose
PNH	Política Nacional de Humanização
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRPGP	Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REBEn	Revista Brasileira de Enfermagem
REDE TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
RSLM	Revisão Sistemática da Literatura com Metassíntese
SENADEn	Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde

SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
TB	Tuberculose
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TP	Transferência de Política
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNICAMP	Universidade de Campinas
UR	Unidades de Registro
US	Unidades de Segmentação
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UKSU	VK Regional Support Unit



VIDERES, Arieli Rodrigues Nóbrega. **Produção do conhecimento acerca do processo de cuidar em Saúde e Enfermagem:** uma metassíntese. 2019. 232f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2019.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a produção do conhecimento sobre o processo de cuidar em Saúde e Enfermagem. **Método:** Revisão sistemática da literatura com metassíntese, desenvolvida entre março de 2018 a novembro de 2019, utilizando como fonte de dados a produção científica qualitativa da Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá, informada no Currículo Lattes, da Plataforma Lattes. Dos 74 artigos que atenderam os critérios de inclusão, quais sejam, estudos de natureza qualitativa, publicados na íntegra, nos idiomas português, inglês e/ou espanhol, que apresentassem no título os descritores cuidado e/ou cuidados de Enfermagem, e as palavras-chave práticas de cuidado e/ou gestão do cuidado, nos anos de 1995 a 2018, nove compuseram o corpus empírico após a realização dos Testes de Relevância e a avaliação da qualidade metodológica por meio do *Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research*. Analisou-se o corpus pela técnica de Análise de Conteúdo Temática-Categorial. **Resultados:** O conhecimento produzido sobre o processo de cuidar em Saúde e Enfermagem aponta o distanciamento entre o processo formativo e as práticas de atenção à saúde; a fragilização dos modos de produção do cuidado em decorrência do sistema capitalista de produção e da hegemonia do modelo biomédico de atenção centrado na cura da doença; os desafios para a gestão do cuidado frente a organização dos serviços de saúde que tendem a verticalização e; as potencialidades e fragilidades dos atributos da Atenção Primária que culminam, ou não, em práticas valorativas de cuidado. **Considerações finais:** Os atores sociais envolvidos na produção do cuidar devem ampliar e ressignificar a gerência do cuidado considerando o modelo de Atenção Primária como ordenador e coordenador da rede de cuidados em Saúde e Enfermagem. A utilização da metassíntese na análise de constructos em saúde a partir da produção científica de pesquisadores da área é uma prática inovadora e tendenciosa na literatura nacional e internacional. **Implicações para Enfermagem:** O estudo contribui para a discussão de novas proposições na formação, na gestão e na assistência de Enfermagem e demais campos do saber em saúde, centradas na integralidade, na ética da alteridade e na humanização do cuidado.

**Descritores:** Conhecimento; Cuidado; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Revisão.

VIDERES, Arieli Rodrigues Nóbrega. **Knowledge production about the caretaking process in Health and Nursing: a metasynthesis.** 2019. 232s. Thesis (Doctorate in Nursing) – Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2019.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the knowledge production about the Health and Nursing care process. **Methods:** Systematic literature review and metasynthesis developed between March 2018 and November 2019, whose data source was the scientific production of Professor Lenilde Duarte de Sá, as informed in her Curriculum Lattes, at Lattes Plataform. Of the 74 articles that met the inclusion criteria, such as qualitative, complete studies, in Portuguese, English and/or Spanish, presenting in the title the descriptors care and/or Nursing care, and the keywords healthcare practices and/or healthcare management, conducted between 1995 and 2018, nine composed the empirical corpus after the performance of the Relevance Tests and the assessment of the methodological quality through the Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research. The corpus was analyzed using the Thematic-Categorical Content Analysis. **Results:** The knowledge produced about the Health and Nursing care process points to the distance between the qualification process and healthcare practices; the weakening of the modes of production due to capitalism and the hegemony of the biomedical model of health focused on curing diseases; the challenges of healthcare management regarding the verticalization of health services and the possibilities and weaknesses of Primary Care that may result in evaluating healthcare practices. **Final Thoughts:** The social actors involved in care must expand and give new meanings to healthcare management considering the Primary Care model as the organizer and coordinator of the healthcare network in Health and Nursing. The use of metasynthesis in the analysis of health constructs, based on the scientific production of researchers in the field, is a groundbreaking and biased practice in both national and international literature. **Implications for Nursing:** The study contributes to the discussion of new propositions in Nursing qualification, management and care and in other fields of knowledge focused on integrality, ethics of alterity, and care humanization.

**Descriptors:** Knowledge; Care; Nursing; Qualitative Research; Review.

VIDERES, Arieli Rodrigues Nóbrega. **Producción del conocimiento sobre el proceso del cuidado en Salud y Enfermería: una metasíntesis.** 2019. 232f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Centro de Ciencias de Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2019.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la producción del conocimiento sobre el proceso del cuidado en Salud y Enfermería. **Método:** Revisión sistemática de la literatura con metasíntesis, realizada entre marzo de 2018 y noviembre de 2019, utilizando como fuente de datos la producción científica cualitativa de la profesora Dra. Lenilde Duarte de Sá, la cual consta en el Currículo Lattes, de la Plataforma Lattes. De los 74 artículos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser estudios de naturaleza cualitativa, publicados en su totalidad en los idiomas portugués, inglés y/o español, presentar en el título los descriptores “cuidado” y/o “cuidado de Enfermería” y en las palabras clave “prácticas del cuidado” y/o “gestión del cuidado”, y tener año de publicación entre 1995 y 2018; nueve formaron el corpus empírico tras la finalización de las pruebas de relevancia y la evaluación de calidad metodológica mediante *Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research*. Se aplicó la técnica de análisis de contenido temático categorial en el corpus. **Resultados:** El conocimiento que se ha producido sobre el proceso del cuidado en Salud y Enfermería señala un alejamiento entre el proceso de formación y las prácticas de atención sanitaria; una debilidad de los modos de producción del cuidado debido al sistema de producción capitalista y la hegemonía del modelo biomédico de la atención centrado en curar la enfermedad; desafíos para la gestión del cuidado frente a la organización de los servicios de salud que tienden a una verticalización; y las capacidades y fragilidades de los atributos de la Atención Primaria que pueden o no dar lugar a prácticas valorativas de cuidado. **Consideraciones finales:** Los actores sociales involucrados en la producción del cuidado deben ampliar y resignificar la gestión del cuidado considerando el modelo de Atención Primaria como el ordenante y coordinador de la red de cuidados en Salud y Enfermería. El empleo de metasíntesis para el análisis de constructos en salud desde la producción científica de investigadores en el área es una práctica innovadora y tendenciosa en la literatura nacional e internacional. **Implicaciones para la Enfermería:** El estudio contribuye a la discusión de nuevas propuestas en la formación, la gestión y la asistencia de Enfermería, y en otros campos del conocimiento de la salud, centrados en la integralidad, la ética de la alteridad y la humanización del cuidado.

**Descriptores:** Conocimiento; Cuidado; Enfermería; Investigación Cualitativa; Revisión.

## SUMÁRIO

	<b>APROXIMANDO-SE DO OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>20</b>
<b>1</b>	<b>TECENDO AS CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	<b>26</b>
<b>2</b>	<b>REVISANDO A LITERATURA</b>	<b>32</b>
<b>2.1</b>	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: NOVOS MODOS DE PRODUZIR CUIDADO</b>	<b>33</b>
<b>2.2</b>	<b>GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM</b>	<b>42</b>
<b>3</b>	<b>PERCORRENDO PELO REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b>	<b>48</b>
<b>3.1</b>	<b>REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA COM METASSÍNTESE: TENDÊNCIA METODOLÓGICA EM PESQUISAS CIENTÍFICAS</b>	<b>51</b>
<b>4</b>	<b>DELIMITANDO O PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>68</b>
<b>4.1</b>	<b>MOMENTOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA COM METASSÍNTESE</b>	<b>70</b>
<b>4.1.1</b>	<b>Elaboração do Projeto de Pesquisa</b>	<b>70</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Busca na Literatura</b>	<b>70</b>
<b>4.1.3</b>	<b>Composição da Amostra</b>	<b>71</b>
<b>4.1.4</b>	<b>Avaliação da Qualidade Metodológica e Extração de Dados</b>	<b>72</b>
<b>4.1.5</b>	<b>Compilação e Análise dos Dados</b>	<b>72</b>
<b>5</b>	<b>APRESENTANDO OS RESULTADOS</b>	<b>76</b>
<b>5.1</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS SEGUNDO A DIMENSÃO CONTEXTUAL</b>	<b>77</b>
<b>5.2</b>	<b>ANÁLISE CATEGORIAL DA RSLM SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR</b>	<b>85</b>
<b>6</b>	<b>ESCREVENDO A METASSÍNTESE</b>	<b>90</b>
<b>6.1</b>	<b>DISTANCIAMENTO ENTRE O PROCESSO FORMATIVO DOS PROFISSIONAIS E AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE</b>	<b>93</b>
<b>6.1.1</b>	<b>Formação em saúde e as práticas de cuidado: uma relação intrínseca?</b>	<b>93</b>
<b>6.1.2</b>	<b>Importância da qualificação profissional no desenvolvimento de práticas do cuidado</b>	<b>106</b>
<b>6.2</b>	<b>FRAGILIZAÇÃO DOS MODOS DE PRODUZIR CUIDADO EM SAÚDE</b>	<b>109</b>
<b>6.2.1</b>	<b>Modos de produção do cuidado e sua inter-relação com os paradigmas em saúde</b>	<b>110</b>
<b>6.2.2</b>	<b>A hegemonia de saberes profissionais diversos na constituição do cuidado</b>	<b>114</b>

<b>6.2.3</b>	<b>Práticas inovadoras do cuidar centradas nas tecnologias em saúde</b>	<b>116</b>
<b>6.3</b>	<b>DIFICULDADES NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA GESTÃO DO CUIDADO</b>	<b>125</b>
<b>6.3.1</b>	<b>Serviços de saúde centralizados e verticalizados: como gerir o cuidado?</b>	<b>125</b>
<b>6.3.2</b>	<b>Ambiente e encontro terapêutico na produção do cuidado: um ato vivo em saúde</b>	<b>134</b>
<b>6.3.3</b>	<b>Processo de trabalho em saúde: um desafio para a gestão do cuidado</b>	<b>137</b>
<b>6.4</b>	<b>POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DOS ATRIBUTOS DA APS E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO DE CUIDAR</b>	<b>140</b>
<b>6.4.1</b>	<b>Acessibilidade: entraves no primeiro contato</b>	<b>141</b>
<b>6.4.2</b>	<b>Cuidar na perspectiva do vínculo longitudinal ou do relacionamento impessoal?</b>	<b>146</b>
<b>6.4.3</b>	<b>Coordenação: continuidade da informação</b>	<b>152</b>
<b>6.4.4</b>	<b>(Des) cuidar na perspectiva da integralidade da atenção</b>	<b>154</b>
<b>6.4.5</b>	<b>A família como partícipe das ações de cuidado</b>	<b>158</b>
<b>6.4.6</b>	<b>Baixa competência cultural profissional</b>	<b>159</b>
<b>7</b>	<b>UM OLHAR ALÉM DA METASSÍNTESE: CONTRIBUIÇÕES DA PROFESSORA LENILDE PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE E DA ENFERMAGEM</b>	<b>165</b>
<b>8</b>	<b>TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>168</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>173</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>203</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>230</b>



*\*Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.*

*Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.*

*Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa.*

*Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura.*

*Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.*

*Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.*

*E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil\*.*

*(Gaius Julius Hyginus)*

**APROXIMANDO-SE DO OBJETO DE ESTUDO**

Minha aproximação à temática Cuidado é remota, datada de 2003, quando do meu ingresso no Curso de Graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, no município de Cajazeiras, estado da Paraíba. O anseio de ser enfermeira e cuidar intimamente do Outro, sempre esteve embutido em meu ser.

A experiência vivenciada na Graduação ao participar de um projeto de extensão intitulado “Caminhando para a Eliminação da Hanseníase”, desenvolvido nesse mesmo município, considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como prioritário no desenvolvimento das ações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, me confirmou o desejo de cuidar das pessoas usando tecnologias leves, como o diálogo e o exame físico dos comunicantes das pessoas com a doença.

Motivada por esse projeto e outras atividades desenvolvidas na academia, bem como, pela convivência com familiares acometidos pela hanseníase, decidi aprofundar meu conhecimento científico ansiando entender a consolidação da relação estabelecida entre a implantação das políticas públicas de saúde e a construção sócio histórica do cuidado à pessoa com hanseníase e outras doenças infectocontagiosas.

No ano seguinte ao término da Graduação, em 2008, vislumbrando cursar o Mestrado na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), mantive meu primeiro contato com a Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá (*in memorian*), por telefone, a qual foi solícita a meu pedido. Sem nos conhecermos, me orientou por telefone e e-mails. Generosamente, me encaminhou a Professora Dra. Djair, pois não teria condições de concorrer a uma vaga pelo seu Grupo de Pesquisa naquele ano. Contudo, por motivos de doença, perdi a seleção que tanto almejei.

Nesse mesmo ano, surgiu a oportunidade de concorrer a uma vaga no curso de Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Fui aprovada e direcionada à orientação com a Professora Dra. Clélia Albino Simpson, a quem sou grata pela convivência, pelas lições de vida apreendidas e pelo carinho.

Em 2010, utilizando como referencial metodológico a História Oral de Vida para resgatar a história de vida de 12 ex-portadores de hanseníase segregados na Colônia São Francisco de Assis no município de Natal, estado do Rio Grande do Norte, concluí o curso de Mestrado, tendo a Professora Dra. Lenilde, participado de minha banca de defesa. Desde então, firmamos o compromisso que eu cursaria o Doutorado em Enfermagem na UFPB sob sua orientação. Muitas oportunidades surgiram para eu cursar um doutorado particular. Desconsidere todas para esperar meu momento na UFPB.

Em 2010, iniciei minhas atividades como docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). A partir de então,

compreendendo que o processo de trabalho de enfermagem particulariza-se em uma rede ou sub processos denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar (SÁ et al., 2012a), entendi a magnitude de minha condição enquanto agente transformador e multiplicador do saber na formação e qualificação de profissionais de Enfermagem éticos e comprometidos com as necessidades do ser humano.

Nesse ínterim, percebendo o forte impacto e a relevante contribuição dos estudos da Professora Dra. Lenilde e de todos os membros do Grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose do estado da Paraíba (GRUPO TB/PB) na luta pelo controle da doença e o cuidado ao doente nesse e em outros estados do Brasil, reafirmei meu interesse pelas doenças infectocontagiosas, especificamente pela tuberculose (TB), por meio de minha inserção nesse Grupo no ano de 2012.

Concomitante às leituras e estudos realizados no Grupo TB/PB, orientei Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) na área da TB sob o prisma de diferentes objetos de investigação, tais como, o impacto da doença na vida de doentes e familiares; os fatores contributivos para o diagnóstico tardio; a assistência de enfermagem oferecida; o percurso realizado pelo doente desde a suspeição da doença até o término do tratamento, dentre outros (ABRANTES, 2014; SILVA, 2014).

Tais pesquisas possibilitaram uma aproximação real entre a teoria e a prática, na qual pude observar o quão grande são as discrepâncias entre ambas. Sem perceber, fui deixando-me inserir no contexto da Atenção Básica (AB) quando da tentativa de mudança do cenário epidemiológico e assistencial da TB no município de Sousa-PB, cidade em que resido, a partir das sugestões, a curto prazo, oriundas dessas pesquisas.

Minha inquietação para mudar esse cenário, contribuir com a melhoria da prática dos enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, conseqüentemente, proporcionar um cuidado mais humanizado às pessoas acometidas pela doença, me fizeram perceber a complexidade de tal ação, sendo consubstancial um aprofundamento teórico a partir de um estudo a longo prazo. Motivada por esse anseio, ingressei em 2015 no Curso de Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFPB.

Após leituras e discussões em profundidade sobre os aspectos teórico-filosóficos do cuidado proporcionadas pelo componente curricular obrigatório ‘Fundamentos teóricos filosóficos da Ciência e da Enfermagem’, ofertado por esse Programa e ministrado pelas Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega e Dra. Sandra Aparecida, entendi que a melhoria da prática assistencial do enfermeiro e o fortalecimento da Enfermagem enquanto ciência foi e continua sendo possível pela utilização de Teorias como referencial teórico, a



citar as Teorias de Enfermagem. Nesse momento, comecei a buscar uma teoria que atendesse meus anseios de mudança.

Meu objeto de estudo primeiro, qual seja, o diagnóstico tardio da tuberculose em pessoas idosas, sofreu uma sequência de autocríticas. Não conseguia visualizar uma teoria que o respaldasse, nem ao menos, conseguia pensar nos benefícios do produto final da tese. Encontrei, pois, meu primeiro obstáculo acadêmico: traçar um desenho de meu objeto de estudo, que antes parecia tão óbvio.

Esse obstáculo logo foi vencido durante a oferta do componente curricular ‘Cuidado em Saúde e Enfermagem’ oferecido por esse Programa e ministrado pela Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá. O sentido que tanto procurei para meu trabalho estava embutido na palavra Cuidado. Um novo objeto de estudo emergia em meio às inseguranças: o cuidado de Enfermagem à pessoa com tuberculose.

Contudo, sua delimitação adveio após a apresentação de um seminário e a confecção/publicação de um artigo que tratou de expor alguns pressupostos da teoria do Cuidado Humano Transpessoal de Jean Watson (VIDERES et al., 2017).

Logo percebi que, a mudança que tanto vislumbro consiste na melhoria, ou mesmo, na inovação das práticas do cuidado humano que perpassa a assistência protocolada e dicotomizada, engessada pelas fortes influências do paradigma cartesiano, e empregada nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Esse cuidado se preocupa com o ser humano e com a vida para além do corpo físico. Consiste em responsabilizar-se pelo outro porque nele consegue ver a sua imagem e semelhança durante o momento de cuidado, de equilíbrio.

Acreditava eu ter delimitado o desenho de minha pesquisa. Porém, essa confirmação se consolidou ao longo de 11 meses, período compreendido entre o processo de adoecimento e finitude da vida de minha ex-orientadora, a Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá. Senti que o cuidado transpessoal, que valoriza a dimensão espiritual, pode realmente transformar, reconstituir uma pessoa. A forma como ela cuidou e foi cuidada pelos familiares, amigos, profissionais de saúde transcendeu um plano físico e visível para além de uma relação pautada no amor e na fé.

E eis que me vejo tocada, transformada e sensibilizada a contagiar esse cuidado recebido e ofertado à Professora Dra. Lenilde, para todos os profissionais enfermeiros do Brasil que atuam nas equipes das ESF, envolvidos com as ações de controle da TB.

Contudo, face esse momento de perda e dor física, fui direcionada a uma nova orientadora, a Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, que, por meio de um forte

abraço, parecia ter dito: “*Não se preocupe, cuidarei de você!*”. E, carinhosa e pacientemente tens feito.

Após leitura de minha proposta de pesquisa, Professora Dra. Miriam, com toda sua sensibilidade, em dezembro de 2017, apresentou-me a possibilidade de desenvolver uma Revisão Sistemática da Literatura seguida da Metassíntese (RSLM) sobre o processo de cuidar em Saúde e Enfermagem, tendo como fonte de estudo, a produção bibliográfica da Professora Dra. Lenilde.

Não demorei muito para sinalizar satisfatoriamente minha decisão em desenvolver um estudo de revisão tendo como justificativas, o desejo veemente de historicizar a trajetória acadêmica e as contribuições científicas da Professora Dra. Lenilde para o desenvolvimento da Enfermagem Paraibana, quiçá, de todo Brasil; e, as dificuldades levantadas por gestores em saúde do município de Sousa-PB para descentralizar as ações de controle da TB para as Unidades de Saúde da Família (USF), o que inviabilizaria a proposta antiga de tese em trabalhar o processo de cuidar na perspectiva de Jean Watson.

Eterna aprendiz, tenho me debruçado nas leituras e descobertas sobre o método da RSLM, a fim de compreender como a integração/síntese interpretativa do conhecimento produzido pela Professora Dra. Lenilde, a partir de suas pesquisas primárias qualitativas, contribuirá para a produção de novos conhecimentos/reflexões que culminem um cuidado mais humano, acolhedor e aplicável às práticas dos profissionais de Saúde e Enfermagem.

Entendo, pois, que, não basta apenas somar os resultados dessas pesquisas. É preciso integrar, confrontar e reinterpretar esses resultados, para que seja elaborado um produto final que traduza um sentido novo ao processo de cuidar capaz de fundamentar e subsidiar a prática assistencial dos profissionais de Saúde, sobretudo, os da Enfermagem.

Destarte, para melhor entendimento do caminho percorrido pelas autoras desde a delimitação do objeto de estudo até a proposição de novos sentidos que subsidiarão as práticas de cuidado dos profissionais de saúde, sobretudo, os de Enfermagem, o presente estudo encontra-se estruturado em sete capítulos.

No capítulo 1, Tecendo as considerações iniciais, apresenta-se sucintamente o objeto de estudo e seu estado da arte, a justificativa de sua escolha, a questão que norteou toda investigação científica, o interesse intelectual das pesquisadoras e o objetivo proposto. No capítulo 2, que trata da Revisão da Literatura, expõe-se uma diversidade de conceitos relacionados ao processo de cuidar em saúde e Enfermagem ao longo da construção da APS como modelo de reorganização do sistema de saúde, propondo um diálogo entre os respectivos autores sobre cuidado, gestão do cuidado e o protagonismo da Enfermagem.

O capítulo 3, nomeado Percorrendo o referencial teórico metodológico, destina-se a apresentação da RSLM, incluindo antecedentes históricos, perspectivas atuais e, sua utilização nas pesquisas em saúde e Enfermagem. No capítulo 4, Delimitando o percurso metodológico, definem-se as etapas imprescindíveis para a realização da revisão, incluindo desde a escolha das fontes de pesquisa à técnica de análise das informações.

No capítulo 5, são apresentados quadros com os principais resultados oriundos da análise do *corpus* segundo as dimensões contextual e categorial. O capítulo 6 refere-se à Metassíntese propriamente dita, sendo realizada uma discussão da síntese interpretativa e das respectivas inferências sobre as evidências qualitativas acerca do processo de cuidar, a partir de quatro categorias temáticas.

O capítulo 7 refere-se à síntese das contribuições da Professora Dra. Lenilde para o desenvolvimento do cuidado em Saúde e em Enfermagem, tendo como fonte basilar a presente metassíntese. Por fim, foram tecidas as considerações finais sobre a temática, elucidando as limitações do estudo e as proposições para estudos futuros.



“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

(Leonardo Boff)

## 1 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A história da humanidade é uma criação social em permanente construção, desconstrução e reconstrução, na qual o ato de cuidar sempre existiu, vinculado frequentemente à atividade da mulher, tanto no espaço da vida privada como no espaço público. O cuidado é visto como uma das mais antigas práticas da humanidade, tendo como objetivos a manutenção biológica da espécie e a manutenção social dos grupos. O cuidado ao ser humano se insere na história como uma atividade ligada à cura das doenças, ao alívio do sofrimento físico e mental (GONÇALVES; SENA, 1999).

Para Boff (1999), o cuidado faz parte da genealogia da existência humana. Estabelece um sentido filosófico de nascente de onde germina permanentemente o ser, apresentando um vigor sucessivo em cada momento e circunstância. É aquela força que continuamente faz surgir o ser humano. Representa mais que um ato ou mesmo, um momento de atenção e de zelo, caracterizando-se como uma atitude de ocupação, preocupação e de desenvolvimento afetivo com o outro. Corroborando, Elia (2004) considera o cuidar uma atitude de responsabilização, no qual o cuidador é capaz de responder pelo cuidado e/ou assumir para si essa função sem, contudo, compartilhar, relativizar ou lotear este compromisso com outros.

Waldow e Borges (2008) ponderam que o processo de cuidar corresponde à maneira como o cuidado se efetiva durante o envolvimento genuíno e interativo entre o cuidador e o ser cuidado, de modo que o primeiro assume um papel ativo, pois desenvolve ações acompanhadas de comportamentos de cuidar ao entender, respeitar e ajudar o ser que se encontra vulnerável e clama por cuidados. O segundo, exerce um papel mais passivo, não eximindo sua responsabilidade pelo próprio cuidado.

Por se caracterizar um conceito polissêmico, o cuidado adquire múltiplas significações. Waldow (1998), sob a perspectiva filosófica, o reconhece como um modo de estar presente, ser solícito, preocupar-se e responsabilizar-se com o outro e o meio onde está inserido. Reafirma que todo o ser humano nasce com o potencial de cuidar, contudo, nem todas as pessoas, profissionais ou não, cuidam em seu sentido ético e estético, revelando práticas de não cuidado.

Na sociedade moderna de consumo o cuidado tem se tornado um tema invisível. O atual contexto sócio-político-cultural, educacional e de saúde que o mundo vivencia implica na modificação das relações sociais, no qual o sujeito homem afasta-se cada vez mais da natureza, do contato de si e do corpo a corpo com o próximo, dos valores éticos que permeiam uma relação, desconstruindo, muitas vezes, o sentido do seu ser em virtude do ter, desconstruindo algo que é inerente à sua sobrevivência, o cuidado.

De acordo com Merhy (2002a), o ato de cuidar é a alma dos serviços de saúde, pois o objeto da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se acredita ser possível atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar.

O cuidado em saúde, na contemporaneidade, caracteriza-se pela sua abrangência, complexidade e pela diversificação de ações, cenários e atores. Esses atributos podem ser atestados pelas estratégias que materializam as políticas públicas da atenção à saúde, em uma rede assistencial que se estrutura desde a APS até os serviços de média e alta complexidade (SILVA et al., 2015a).

O cuidado compõe a linguagem de todas as disciplinas do campo da Saúde, sobretudo, a Enfermagem (WALDOW, 2015), por considerá-lo sua essência (SILVA et al., 2009), seu bem interno (ZOBOLI, 2004), sua única ação verdadeiramente independente que não pode ser prescrita. Siewert et al. (2017) elencam que, apesar de a temática cuidado ser objeto de estudo de filósofos, historiadores e antropólogos, é a Enfermagem que mais produz conhecimento sobre o tema, sendo considerada a profissão do cuidado.

Silva, Assis e Santos (2017) alegam que, no campo teórico, o modo de gerir o cuidado é entendido como um processo coletivo e que sua implementação exige uma atuação em conjunto da equipe de saúde, sobretudo de Enfermagem, a partir da escuta qualificada às demandas/necessidades dos usuários.

A Enfermagem como um campo de domínio específico de conhecimentos e saberes e, como profissão social, vem marcando história na sua evolução, conquistando espaços e consolidando áreas temáticas e linhas de pesquisa mediante a formação de recursos humanos altamente qualificados e com atuação e domínios em várias dimensões e níveis de complexidade do cuidado em saúde (SCOCHI et al., 2013).

Para Acioli et al. (2014) existe uma tendência de as práticas de Enfermagem focarem-se na doença, nos procedimentos técnicos e nas ações curativas, pouco destacando o processo de cuidar que aborda o indivíduo como centro de atenção. Tal situação se reflete no cuidado desenvolvido na APS. Dessa forma, ainda que os estudos reconheçam a atuação do enfermeiro para além da dimensão técnica, percebe-se que seu núcleo de competência e responsabilidade, que é o cuidado, não é usualmente abordado.

Por sua vez, Silva, Assis e Santos (2017) reconhecem o enfermeiro como protagonista do cuidado na ESF, elucidando que sua prática assistencial e gerencial busca interfaces com outras práticas, ainda que o objeto central da intervenção se oriente pelo gerenciamento do cuidado. Tal prática envolve múltiplas ações, como a atenção relacionada ao cuidado direto

em diferentes linhas de intervenção e os processos educativos, por meio da construção de conhecimentos e articulação dos serviços em busca da qualidade do cuidado.

De acordo com Matumoto et al. (2011), o trabalho do enfermeiro na APS está pautado em duas vertentes, quais sejam, a produção do cuidado e gestão do processo terapêutico, e, as atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem. No contexto do cuidado integral, afirma que a atividade de gestão faz parte das práticas de cuidado, ou seja, o cuidar e o gerir não são atividades excludentes, mas sim complementares, podendo ser realizadas por meio de ação direta do profissional de saúde com o usuário e por meio de delegação e/ou articulação com outros profissionais da equipe de saúde.

Conforme Mororó (2017), a gestão do cuidado em Enfermagem corresponde ao exercício profissional do enfermeiro, sustentado em sua disciplina, mediante ações de planejamento, organização e controle da prestação de cuidados, oportuno, seguro e abrangente, de modo a garantir a sua continuidade e dar sustentabilidade as políticas e orientações estratégicas da instituição.

Corroborando, Fernandes e Silva (2013) afirmam que o enfermeiro, no cenário da APS, apresenta como principais atividades o cuidado e a gerência. Na primeira, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de Enfermagem, objetivando o cuidado integral. No segundo, o enfermeiro toma como objeto a organização, o planejamento do trabalho e os recursos humanos em enfermagem almejando desenvolver e implementar condições adequadas de cuidado aos usuários e de desempenho para os trabalhadores. Quando acontece a articulação e a integração entre as ações de cuidado e gerência, o enfermeiro desenvolve a sua melhor prática profissional, denominada de gerência do cuidado.

Galavote et al. (2016), ao descreverem a organização do trabalho do enfermeiro na APS nas regiões brasileiras demonstraram que o trabalho do enfermeiro é multidimensional, entrelaçando práticas de cuidado e gestão. Acrescentam que sua inserção em equipes da APS tem suscitado novas modelagens na produção do cuidado que alteram não apenas o modo de organização do processo produtivo, conforme os interesses do capital, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado.

Estudos recentes sobre o cuidado na atenção à saúde têm apresentado uma produção de conhecimento abrangente, complexa e diversa sobre o tema quando considerado os múltiplos e divergentes significados em torno do cuidado, em uma abordagem hermenêutica (GALAVOTE et al., 2016). Para Acioli et al. (2014), na produção científica nacional, o cuidado do enfermeiro na APS apresenta-se como um debate a ser construído, devido à

reduzida produção bibliográfica sobre o tema, o que indica a necessidade de avançar na articulação das práticas realizadas pelos enfermeiros e na reflexão sobre o cuidado.

Vale e Pagliuca (2011) afirmam que a partir do final da década de 1970, com maior ênfase na última década do século passado, o cuidado vem sendo discutido, tornando-se o foco de muitas pesquisas realizadas por enfermeiros. Nos anos de 1990 passou a ser o marco referencial em um momento de mudanças significativas nesse campo, com vistas a uma nova forma de pensar-fazer-ensinar-aprender Enfermagem.

Silva, Assis e Santos (2017) destacam que, embora haja significativa discussão sobre o processo de cuidar em produções científicas atuais, observa-se uma escassez de estudos nacionais e atuais sobre a gestão do cuidado em enfermagem no âmbito da APS, sobretudo porque grande parte dos mesmos estão voltados para a gestão da área hospitalar, com ênfase nas emergências ou como os conflitos se manifestam no trabalho em equipe.

Destarte, justifica-se a necessidade premente de desenvolvimento de uma síntese interpretativa, do tipo metassíntese sobre o processo de cuidar em saúde e Enfermagem, com vistas a compreender, relacionar, comparar e apontar aproximações e diferenças sobre a gestão do cuidado em Enfermagem em níveis de atenção diversos, buscando uma conformação teórica e prática desse constructo que favoreça novas posturas e comportamentos aos profissionais e gestores no cenário da atenção à saúde, ultrapassando a dimensão estética do cuidar, elevando a condição humana.

Necessário se faz refletir sobre o contexto do cuidar, os desafios que dele emergem frente o processo saúde-doença e o papel da Enfermagem, de modo a torná-lo gerenciável entre os atores sociais inseridos no novo modelo de atenção à saúde no qual valoriza a APS como centro ordenador da rede de serviços.

Embora seja crescente o número de publicações que tratam do processo de cuidar em Saúde e Enfermagem nos diversos contextos assistenciais, a insipiência da produção científica sobre a integração dos resultados de pesquisas qualitativas que versam sobre a temática foi determinante para elaborar e apresentar um projeto de investigação tendo como referencial metodológico a RSLM. O que se aspira é identificar, por meio da síntese interpretativa, sentidos acerca do cuidado que embasem a qualidade das práticas e ações dos profissionais de saúde, sobretudo, os de Enfermagem.

Partindo do pressuposto de que o julgamento das práticas de cuidado dos enfermeiros e demais profissionais de saúde pode fortalecer o desenvolvimento de ações interdisciplinares e integrais em consonância com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), questiona-se: a partir da análise da produção bibliográfica qualitativa desenvolvida pela



Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá, que categorias evidenciam a produção do conhecimento sobre o processo de cuidar em Saúde e Enfermagem?

Pretende-se, pelo questionamento, contribuir para o planejamento de ações de cuidado humanizadas que levem em consideração as reais necessidades do sujeito, as competências e habilidades do profissional, os recursos tecnológicos e humanos disponíveis e, o envolvimento dos gestores em saúde.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam ainda colaborar com os serviços de saúde e gestores locais, quiçá de todo o Brasil, no fortalecimento do trabalho em rede por meio de reflexões filosóficas e ontológicas que levem à inovação de ações voltadas para a melhoria e garantia da acessibilidade aos serviços e, aprimorar as competências dos profissionais enfermeiros para que incorporem no seu processo de trabalho em ato (vivo) elementos necessários para organizar a prestação de cuidados, quais sejam, conhecimentos científicos, habilidades técnicas e aspectos humanísticos na relação profissional-família-usuário.

## 1.1 OBJETIVO

Analisar a produção do conhecimento sobre o processo de cuidar em Saúde e Enfermagem a partir das evidências extraídas da produção bibliográfica qualitativa da Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá.



“O agente do cuidado é um sujeito de afeto, tomado pela responsabilidade de “responder” ao apelo do outro, enquanto pode ser afetado pelo outro; é partícipe – tem parte e toma parte – de um mundo de relações, constrói uma forma de vida”.

(ZUBEN, 2012)

## 2 REVISANDO A LITERATURA

A construção do presente capítulo perpassa pelo levantamento bibliográfico sistematizado relativo ao tema processo de cuidar realizado na Biblioteca Virtual de Saúde, no catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nas bibliotecas locais e acervos pessoais. Artigos, livros e capítulos, manuais, cartilhas, informativos e outros documentos foram lidos, e deles, extraídas informações pertinentes à temática, registradas em fichas que, posteriormente, conformaram o arcabouço conceitual do estudo.

Considerando a diversidade e a singularidade das contribuições de renomados autores no campo da saúde, e especificamente na Enfermagem, que estudam sobre a temática, elegeu-se como eixo norteador do diálogo os conceitos de cuidado, práticas de cuidado, gestão do cuidado e cuidados de Enfermagem. Esses se relacionam e, em alguns momentos históricos, sociais e políticos da saúde convergem entre si e, também, divergem, produzindo cenários habituais de valorização ou descontinuidade do cuidado.

Tais conceitos, estão imbricados na história da saúde pública mundial e brasileira, quando se considera que o cuidado em saúde sofreu e, ainda sofre, influências dos modelos de atenção à saúde, nos quais vem sendo reformulados mediante as necessidades em saúde da população. Destarte, para melhor compreensão da evolução do cuidado e das práticas profissionais, esse capítulo encontra-se organizado em dois subcapítulos.

## 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: NOVOS MODOS DE PRODUZIR CUIDADO

Neste primeiro sub-capítulo, não há intencionalidade de aprofundar a discussão sobre os dilemas e preceitos da Reforma Sanitária Brasileira. Recorta-se da história o contexto sócio-político e econômico que sediou a implantação do SUS para posterior discussão das novas conformações de cuidado a partir do modelo de APS orientado pela ESF. No segundo subcapítulo ‘Gestão do cuidado em saúde: o protagonismo da Enfermagem’, elucidam-se os modos de gerir o cuidado, especificamente no campo da Enfermagem, nas dimensões individual, familiar, profissional, sistêmica e societária, propostas por Cecílio (2009; 2011).

A origem da palavra ‘cuidado’ aponta sua derivação do latim *cura* (cura), que constitui um sinônimo erudito de cuidado. Na forma mais antiga do latim, a palavra *cura* se escreve *coera* e é usada, em um contexto de relações de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação (ZOBOLI, 2004).

Galavote et al. (2016) apontam que o termo cuidado se origina etimologicamente do latim, da palavra *cogitare*, *cogitatus*, que significa meditado, pensado e refletido. Como substantivo na língua portuguesa, ganha os significados de atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, encargo, incumbência, responsabilidade, trabalho e ocupação, traduzindo sua dimensão social, implícita na interação entre sujeitos.

O cuidado na perspectiva de Ayres (2009), é tido como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica.

Os aspectos históricos revelam que não há uma ideia única de cuidado, mas um conjunto de noções de cuidado que se unem por alguns sentimentos básicos, por algumas narrativas formativas, cuja influência perdura por meio dos tempos e por diversos temas recorrentes.

Para Cecílio e Merhy (2007), o cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo indivíduo é um somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida dos serviços. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, em um processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que se entende por cuidado em saúde.

Cuidado e saúde são constructos que se interligam e determinam um estado de co-dependência, uma vez que, não há como falar de cuidado sem perpassar pelos caminhos trilhados na história da saúde para melhor cuidar do sujeito e da comunidade, nem ao menos, se pode pensar a saúde sem remeter-se as conformações de cuidado, centradas nas necessidades em saúde. Nesse cenário, faz-se necessário entender o sentido de saúde e o percurso que tal constructo assumiu ao longo dos anos, perpassando pelos modelos de atenção que melhor figura um cuidado integral e humano.

A saúde é essencial para o desenvolvimento e o bem-estar das pessoas e das populações. Na história da humanidade, o foco de intervenção na saúde foi voltado para a doença, principalmente devido à supremacia do modelo de atenção biomédico na medicina e nas demais ciências da saúde (BUSS, 2003).

Conforme apontado por Barros (2016), essa concepção, centralmente estabelecida na ausência de doença, foi substituída por uma visão da saúde como fenômeno complexo e multidimensional, que pode ser evidenciada na definição de saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1988, na qual foi concebida como um

estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades, no qual corresponde a um direito social e coletivo inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica (AYRES, 2009).

No contexto brasileiro, a Constituição de 1988 considera a saúde direito de todos e dever do Estado. Para garantia desse direito, criou o SUS, que se baseia em três pilares: a universalidade, a igualdade de acesso e a integralidade no atendimento. Sua criação foi indiscutivelmente uma grande conquista democrática. Antes dele, apenas pessoas com vínculo formal de emprego ou que estavam vinculadas à previdência social poderiam dispor dos serviços públicos de saúde. Hoje, 31 anos após sua implantação e mesmo enfrentando problemas financeiros, políticos e administrativos, continua sendo destinado a todos e muitas políticas públicas floresceram a partir dessa visão.

A APS, no cenário do SUS, surge como um modelo adotado por diversos países para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (FAUSTO; MATTA, 2007). Durante os anos que se seguiram à criação do SUS, tornou-se a principal estratégia do Estado Brasileiro para fazer valer o princípio da universalidade em saúde.

Conforme elucida Mendes (2002), a partir de uma retrospectiva histórica internacional, vê-se que a moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, por meio do Relatório Dawson, como forma de organização dos sistemas de saúde em níveis hierárquicos de atenção como os centros primários e secundários de atenção à saúde, os serviços domiciliares e suplementares, e os hospitais de ensino. Essa proposta, ao tempo em que se contrapôs ao modelo flexneriano americano, constituiu-se uma referência para a organização do modelo de atenção inglês frente os custos elevados dos sistemas de saúde, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade que preocupavam as autoridades da época.

A catalogação da APS como doutrina universal veio a dar-se na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, em 1978, sob os auspícios da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (MENDES, 2002). A APS foi então definida como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (MENDES, 2011, p. 88).

Tal conferência especificou também os componentes fundamentais da APS, quais sejam, a educação em saúde; o saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; os programas de saúde materno-infantis, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de doenças endêmicas locais; o tratamento adequado de lesões comuns; o fornecimento de medicamentos essenciais; a promoção de boa nutrição e a medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Em 1979, Mendes (2002) cita que a Assembleia Mundial da Saúde instou todos os países membros a definir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano de 2000”. Em 1980, o Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou, para as Américas, as estratégias para alcançar a SPT 2000, e dentre estas, estava a APS.

Mendes (1999) enfatiza três interpretações principais da APS: como atenção primária seletiva; como o nível primário do sistema de serviços de saúde; e como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

O correto entendimento do conceito da APS dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (STARFIELD 2002). Para Mendes (2002), só haverá uma atenção de qualidade quando esses seis princípios estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade.

Apesar das divergências conceituais, Morosini (2007) enfatizam que a APS na Declaração de Alma-Ata foi interpretada como estratégia central de organização do sistema de saúde, que se pretendia mais equitativo, apropriado e efetivo para responder às necessidades de saúde apresentadas pela população usuária dos serviços de saúde. Nesta concepção estava implícita a necessária relação dos serviços de APS com os demais pertencentes ao sistema de saúde.

Entretanto, no ano seguinte à Conferência de Alma-Ata, realizou-se na Itália a Conferência de Bellagio, onde se disseminou a noção seletiva da APS. Nessa, defendeu-se uma concepção de atenção primária baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza. Esses programas, difundidos principalmente por organismos internacionais em países pobres, propuseram o uso de recursos de baixa densidade tecnológica, sem interface direta com os demais recursos em saúde (MAGNUSSEN; JOLLY, 2004).

Praticamente nos anos 1990 a OMS abandonou a proposta de APS integral e acompanhou a proposta seletiva do Banco Mundial, que adota a APS em uma perspectiva focalizada, compreendendo-a como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada à populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (MATTOS, 2001).

Ambas instituições propuseram o chamado novo universalismo, que traz como argumento a noção de sustentabilidade dos governos nacionais. No lugar de assumir todas as ações para toda a população ou só assumir um conjunto mínimo de ações para os pobres, os Estados deveriam se responsabilizar por um conjunto de ações essenciais ofertadas com alta qualidade para toda a população (WHO, 2000).

Mais recentemente, após uma série de críticas às propostas seletivas, além das evidências de que tais medidas não resultaram na redução da pobreza e no melhor acesso aos serviços públicos de saúde, tanto o Banco Mundial quanto a OMS revisaram suas posições. Atualmente, a OMS propõe revisitar a Conferência de Alma-Ata, sugerindo um reavivamento dos princípios da APS formulados naquele momento (OMS, 2003). Fausto e Matta (2007) elucidam que cada vez mais se espera que a APS assuma uma posição estratégica para a superação de um modelo de atenção que não tem alcançado efetividade nas ações de saúde, além de não ter sustentação econômica nos sistemas de saúde atuais.

Por conseguinte, no Brasil, os caminhos percorridos nos últimos cem anos pela APS, encontram-se imbricados em experiências incipientes e/ou modelos sanitários que se sucederam nesse período. Para compreender sua instituição nesse país, torna-se relevante perpassar historicamente por esses momentos (MENDES, 2002).

Do início do século XX até o final dos anos 1950 predominou o modelo do sanitarismo campanhista, que respondia as necessidades de uma economia agroexportadora, fortemente ancorada no café. No período do início dos anos 1960 até a metade dos anos 1980,

instituiu-se o modelo médico-assistencial privatista, cuja atenção estava voltada a indivíduos com emprego formal, por meio da medicina previdenciária (MENDES, 2002).

Com a crise política e econômica do início dos anos 1980, e aproveitando a “janela histórica” aberta pelo processo de redemocratização, instituiu-se, com a Constituição de 1988, o SUS, que passou a conviver com dois outros sistemas privados: o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Desembolso Direto, constituindo o Modelo Segmentado vigente atualmente. É com esse pano de fundo que se desenvolveu a APS no Brasil (MENDES, 2002).

Segundo Starfield (2004) os antecedentes da atenção primária estão localizados no trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública desde os anos 1940, nas quais, suas atividades foram influenciadas pela medicina preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos. As ações desenvolvidas por esse serviço tinham como base um programa integrado, compreensivo, que conciliava agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Ações de saneamento e abastecimento de água potável se integravam às de saúde. Entretanto, sua atuação limitava-se às áreas estratégicas e configurava-se como ações centralizadas, com pouca ou nenhuma articulação com as demais instituições de saúde.

Durante os anos 1960, desenvolveram-se no país os primeiros programas de integração docente-assistencial realizados pelos recém-instituídos Departamentos de Medicina Preventiva, vinculados às escolas de medicina. As experiências em medicina comunitária desenvolvidas em várias localidades do país faziam parte dos programas de formação médica, associados às iniciativas voltadas para a interiorização da medicina (STARFIELD, 2004).

Ainda na década de 1960, Fausto e Matta (2007) enfatizam que agências internacionais, como Fundação Kellogg e Fundação Ford, incentivaram a implantação de programas de extensão de cobertura, formulados principalmente por departamentos de medicina preventiva, secretarias estaduais de saúde, em muitos casos havendo convênio entre duas ou mais instituições. Constituíram-se, desta maneira, em modelos alternativos ao padrão dominante na política de saúde naquele momento.

Já nos anos 1970, alguns municípios organizaram seus sistemas locais de saúde, tendo como eixo norteador os ideais de extensão de cobertura de ações de saúde nas periferias urbanas, conforme difundidos naquele momento, porém com um diferencial: pensava-se na organização de um sistema de saúde integrado que articulasse as ações típicas de atenção primária a um conjunto maior de ações em saúde. Mesmo com uma oferta de serviços fragmentada, tais propostas apresentavam um leque de ações preventivas e curativas muito



diferentes dos programas de medicina comunitária que propunham ações isoladas, sem nenhuma relação com uma rede de referência de maior complexidade (STARFIELD, 2004).

No final da década de 1970, essas primeiras experiências em atenção primária começaram a ganhar visibilidade, dando o tom à formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção em saúde em uma perspectiva de serviços de APS integrados ao sistema de saúde no nível local. Foram exemplares, neste sentido, as experiências na organização de serviços de saúde, nos municípios de Campinas, Londrina, Niterói, São Paulo, e Montes Claros (GOULART, 1996).

Neste contexto, em 1978, o governo federal editou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), um programa nacional de extensão de cobertura inspirado nessas experiências municipais, particularmente na experiência de Montes Claros. Constituiu-se em uma das primeiras iniciativas formais de integração das ações de saúde com vistas a fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde um conjunto de ações médicas simplificadas, caracterizando-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população (PAIM et al., 2011).

Sequencialmente, superando a característica seletiva do programa anterior, em 1981 foi formulado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) cuja temática principal girava em torno da política de extensão de cobertura dos serviços de saúde para todo o território nacional. Pode-se dizer que foi uma tentativa de reedição do PIASS, em uma versão de universalização dos serviços básicos de saúde (PAIM et al., 2011).

De acordo com Mendes et al. (2011), o PREV-SAÚDE previu a expansão da rede pública de saúde por intermédio dos municípios e estados, com integração da rede de serviços básicos de saúde e demais serviços ofertados em outros níveis de atenção, tanto do sistema previdenciário quanto das demais instituições públicas de saúde. Em 1980, segundo Starfield (2004), a proposta ganhou corpo com a configuração formal de suas diretrizes no âmbito da VII Conferência Nacional de Saúde.

Não obstante ter havido consenso no momento de sua formulação, do ponto de vista prático, o PREV-SAÚDE não conseguiu avançar. Contudo, com o aprofundamento da crise da previdência social que afetou a base da política nacional de saúde ao longo da década de 1980, foram adotadas medidas institucionais de caráter transitório que marcaram o início da reforma do sistema (FAUSTO; MATTA, 2007).

O período de 1983 a 1993 foi marcado por três movimentos com repercussões relevantes para o setor de saúde: a institucionalização das Ações Integradas de Saúde (AIS)

(1983-1987), o advento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) (1988-1989) e a criação do SUS a partir de 1990 (PAIM et al., 2011).

As AIS surgiram sob a forma de um programa contido no Plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária e concretizaram-se por meio de convênios, assinados pela maioria dos estados brasileiros entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o MS, a Secretaria Estadual de Saúde e com a incorporação gradativa dos municípios. Nos anos 1983-1984 caracterizaram-se pelas fortes limitações da conjuntura da época, por conta da crise da previdência social e das limitações do governo militar de reorganizar sua base de sustentação política (PAIM et al., 2011).

O SUDS foi criado em julho de 1987, após o regime militar, pelo Decreto nº 94.657, com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS. A ideia do SUDS era a transferência de recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para os serviços do Estado, mediante convênios, com a finalidade de promover o real acesso para a atenção à saúde, por parte de toda população (STARFIELD, 2004). Paim et al. (2011) apontam que foram transferidas atribuições, recursos financeiros, trabalhadores da saúde e instalações de instituições de saúde (hospitais e ambulatorios) para a gestão da secretaria estadual e municipal de saúde. Iniciou-se, portanto, o processo de descentralização dos serviços de saúde do nível federal para o nível estadual e municipal.

Como expressão dessa nova realidade, destaca-se o movimento da Reforma Sanitária, com a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, fundamental para a construção do texto da saúde da Constituição Federal promulgada em 1988, com a criação do SUS regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. A partir dessa reforma, o Brasil desencadeou um processo de rompimento com antigas formas de oferecer serviços de saúde à população. Passou a se basear em um modelo orientado por princípios (universalidade, integralidade e equidade) e assegurar a saúde como um direito fundamental do povo brasileiro (BRASIL, 2011a).

Ao passo que, em alguns países, muitos sistemas de saúde públicos estavam experimentando reformas no sentido da redução dos custos de suas ações, o Brasil adotou legalmente políticas sociais de caráter redistributivo e inclusivo jamais admitidos anteriormente. Nessa perspectiva, a APS, nomeada de AB, defendida e garantida no texto da Constituição Federal de 1988, foi pensada com base em princípios norteadores do SUS: saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular (PAIM et al., 2011).

A denominação do termo AB pelo governo brasileiro objetivou contrapor-se a proposta política-ideológica que carrega a APS, a qual dispõe de uma metodologia baseada na seletividade de populações pobres. As entidades brasileiras optaram por usá-lo como forma de resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e enfatizar o papel da reorientação do modelo assistencial, voltando-se para uma abordagem mais integral e universal de atenção à saúde, desde setores privados a públicos, com ou sem fins lucrativos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Em termos normativos, a AB ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) do SUS. Em termos históricos, as primeiras iniciativas do MS dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na AB surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, especialmente àqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com exígua rede de serviços de saúde conformada (BRASIL, 2000; 2008).

O PSF foi proposto como um programa de reorientação do modelo assistencial, baseado no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2000; 2008), responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, por meio de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (SILVA et al., 2015b).

Conforme aponta Ayres (2004), os PSF configuram uma nova base para articulações intersetoriais e promovem a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens na cena da assistência; a sensibilidade para os aspectos sócio-culturais do processo saúde-doença ganha novo ímpeto com a crescente ênfase dada à promoção da saúde; quadros como o da vulnerabilidade resgatam os aspectos contextuais e institucionais como esfera de diagnóstico e intervenção em saúde, chamando à interação entre diferentes disciplinas e áreas do conhecimento; a vigilância da saúde incorpora novos objetos e tecnologias, e especialmente, propicia um intenso protagonismo comunitário na definição de finalidades e meios do trabalho sanitário. Essas mudanças constituem novas interfaces dialógicas com enormes potenciais para os sentidos de reconstrução das práticas de saúde.

A partir de 2006, o MS passou a denominar o PSF como ESF, por meio da Portaria nº 648/06, almejando fortalecer a ideia da saúde da família como o eixo estruturante da AB, e não apenas como sendo mais um programa entre outros propostos por esse Ministério (BRASIL, 2006).

Silva et al. (2015b) destacam que a universalização da atenção à saúde, garantida pelo SUS e, conseqüentemente, pela ESF, vem proporcionando a milhões de brasileiros uma acessibilidade e acesso às ações e serviços de saúde, e é este modelo de atenção à saúde que vem permitindo a maior inclusão social, política e econômica a uma política sanitária.

A ESF vem provocando um importante movimento na reordenação do modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes de saúde da família (BRASIL, 2008). A ESF trabalha com a definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento de famílias e acompanhamento da população da área (SILVA et al., 2015b).

Destarte, infere-se que a ABS, incluindo a ESF e a UBS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado e, exerce um papel estratégico na Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando como base para a efetivação da integralidade e o ordenamento da gestão do processo saúde-doença-cuidado. Na esfera do SUS, a AB conforma um eixo basilar e referencial na organização dos serviços de saúde, constituindo umas das principais alternativas de avanços e transformações nos modelos de atenção à saúde. Caracteriza-se, portanto, como a porta de entrada preferencial do sistema, iniciando-se pelo ato de acolher, escutar e oferecer resolutividade a maioria dos problemas de saúde da população, minimizando sofrimentos e danos, e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado (BRASIL, 2011a). Como encerramento, como o cuidado na perspectiva da ESF passa a se caracterizar levando em consideração que a ABS se volta para uma abordagem mais integral e universal?

## 2.2 GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM

A AB cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS porque estabelece relações contínuas com a população e por se desenvolver por meio de um trabalho em equipe que enfatiza práticas democráticas e participativas. Frente às diretrizes estabelecidas pelo SUS e da proposta de AB, é necessário conhecer o papel dos profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro (MEDEIROS, PERES, 2011).

A Enfermagem é uma prática profissional socialmente relevante, historicamente determinada e faz parte de um processo coletivo de trabalho com a finalidade de produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os demais membros da equipe no contexto político social do setor saúde. A atuação do enfermeiro na APS no Brasil

vem se constituindo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde no SUS, respondendo a proposta do novo modelo assistencial que não está centrado na clínica e na cura, mas sobretudo, na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

Além das atribuições comuns para todos os profissionais da equipe da APS, as atribuições específicas do enfermeiro definidas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) abrangem ações dirigidas aos indivíduos, famílias e comunidade (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018), com a finalidade de garantir a assistência integral na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, nos diferentes espaços sociais e em todas as fases do ciclo vital (BRASIL, 2011a).

De acordo com o MS (BRASIL, 2011a), compete aos enfermeiros o provimento da atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações), em todas as fases do desenvolvimento humano; a realização de procedimentos, atividades em grupo, consultas de Enfermagem e atividades programadas e de atenção a demanda espontânea; a solicitação de exames complementares; a prescrição de medicamentos, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas; o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com os outros membros da equipe.

O trabalho de Enfermagem na APS tem uma dupla dimensão, assistencial e gerencial, voltado para o indivíduo (produção do cuidado de enfermagem e gestão de projetos terapêuticos) e para o coletivo (monitoramento da situação de saúde da população, gerenciamento da equipe de Enfermagem e do serviço de saúde para a produção do cuidado). Sua função essencial é prestar um cuidado integral as pessoas, famílias e comunidades, desenvolvendo atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde, de modo a contribuir com a implementação e consolidação do SUS (GALAVOTE et al., 2016).

De acordo com Silva e Landim (2012), o trabalho de Enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se em vários processos de trabalho como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro.

Para Ayres (2017), o cuidar em Enfermagem pode produzir desde o saber da Enfermagem até novas formas de trazer a diversidade humana e a capacidade de resposta de indivíduos e coletividades para o âmago dos trabalhos concretamente operados em saúde,

ajudando a fazer com que princípios e conceitos norteadores, como integralidade da atenção e redução de vulnerabilidades, sejam concretizados nas práticas de saúde.

O trabalho gerencial do enfermeiro é definido nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) como uma ferramenta indispensável que o ajuda em seu cotidiano, nas expectativas do mercado de trabalho na perspectiva de consolidação do SUS (WEIRICH et al., 2009). Para Peres e Cimpione (2006), o gerenciamento realizado pelo enfermeiro resulta da composição histórica da força de trabalho em Enfermagem que sempre promoveu sua divisão técnica e social. Seja pelas vantagens obtidas ao ocupar espaços de poder mais elevados nessa cadeia hierárquica ou pela cisão provocada entre gerenciamento e execução desde os primórdios da Enfermagem Moderna, o processo de trabalho gerencial foi mantido como privativo do enfermeiro, reforçando o status que dessa categoria profissional aliado à garantia de sua responsabilidade legal sobre a equipe.

A gerência configurada como ferramenta/instrumento do processo de “cuidar” pode ser entendida como um processo de trabalho específico, e assim decomposto em seus elementos constituintes como o objeto de trabalho (recursos humanos e organização do trabalho), tendo como finalidade recursos humanos qualificados e trabalho organizado para assim, obter as condições adequadas de assistência e de trabalho, buscando desenvolver a “atenção à saúde”. Desse modo, os objetos de trabalho do enfermeiro no processo de trabalho gerencial são a organização do trabalho e os recursos humanos de Enfermagem. Os meios/instrumentos são: recursos físicos, financeiros, materiais e os saberes administrativos que utilizam ferramentas específicas para serem operacionalizados. Esses instrumentos/ferramentas específicos compreendem o planejamento, a coordenação, a direção e o controle (PERES; CIMPIONE, 2006).

Essas funções gerenciais apontadas como responsabilidade do enfermeiro, permitem vislumbrar caminhos para compreender com maior clareza que “gerenciar” é uma ferramenta do processo de trabalho “cuidar” ao exemplificar como o enfermeiro pode fazer uso dos objetos de trabalho “organização” e “recursos humanos” no processo gerencial que por sua vez, insere-se no processo de trabalho “cuidar” que possui como finalidade geral a atenção à saúde evidenciada na forma de assistência (promoção, prevenção, proteção e reabilitação) (PERES; CIMPIONE, 2006).

A gestão, segundo Galavote et al. (2016), não é apenas a organização do processo de trabalho, mas o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem. É lugar de produção de saberes no qual o planejar, o administrar, o gerir, o decidir, o executar e o avaliar não se separam. Por gestão do cuidado em saúde, Cecílio (2009a;b) compreende a forma como são

disponibilizadas as tecnologias de saúde, para atender às necessidades singulares de cada indivíduo, em variados contextos no decorrer da sua vida, primando pela sua autonomia e bem-estar.

A gestão do cuidado se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Pode-se pensar a gestão do cuidado integral sendo realizada em seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, que operam com lógicas diferentes e dependentes da ação ou do protagonismo de múltiplos atores (CECÍLIO, 2009a).

A dimensão individual refere-se ao cuidar de si, no “sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de andar a vida”. É a mais nuclear de todas as dimensões, englobando a autonomia e o processo de escolha do indivíduo. Essa dimensão passa tanto pelas concepções sobre o que é estar saudável e pelo que o indivíduo entende por estar saudável. A dimensão familiar é aquela que assume importâncias diferentes em variadas situações na vida das pessoas. Trata-se de uma dimensão que tem como seus atores pessoas da família, os amigos e os vizinhos (CECÍLIO, 2009, p. 589).

A dimensão profissional é considerada o núcleo duro da gestão do cuidado. É o momento do encontro entre o trabalhador/equipe e o usuário, configurando-se um espaço intercessor entre aqueles que portam necessidades de saúde e os que se dispõem a cuidar e nucleia o território da micropolítica em saúde. É um espaço de grande potência criativa, atravessado por determinantes externos (organizações, crenças, formação etc.) que influenciam tanto as equipes quanto os usuários, mas também marcado por importante grau de liberdade e responsabilidade na ação dos trabalhadores (CECÍLIO, 2009a; b).

Três componentes determinam uma boa ou má gestão do cuidado na dimensão profissional, de acordo com Cecílio (2009a, p. 548):

A postura ética do trabalhador, em particular como ele concebe esse “outro” (o paciente) que necessita de seus cuidados; a competência com que o trabalhador opera o seu “núcleo” de saber, o que nos remete ao maior ou menor domínio técnico científico para buscar as melhores respostas para o problema apresentado pelo paciente; e a capacidade de criação de um bom vínculo profissional/paciente.

A dimensão organizacional se refere aos desdobramentos da divisão técnica e social do trabalho em saúde, institucionalizando as práticas de saúde dentro da organização. A

fragmentação das práticas pela divisão técnica do trabalho exige esforço de coordenar o processo de trabalho (CECÍLIO, 2009a).

Ao mesmo tempo em que, na dimensão profissional a gestão do cuidado é produzida em um espaço reservado (trabalhador/usuário), na dimensão organizacional, os espaços de diálogo, o registro e o uso da informação, a organização do processo de trabalho e a divisão de responsabilidades requerem outro sentido gerencial, com destaque na dinâmica de relacionamento da equipe (CECÍLIO, 2009a; b).

A dimensão sistêmica se refere ao conjunto de serviços de saúde, com suas mais variadas funções e diferentes graus de integração tecnológica e fluxos estabelecidos entre si para garantir a integralidade na assistência. Para Cecílio (2009a; b), essa dimensão é permeada por regras e normas, representadas por protocolos, sistemas de referência e contrarreferência e centrais de regulação, devendo compor as redes e ou linhas de cuidado na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Essas redes ou linhas de cuidados devem ser objeto de gestão para garantir o acesso dos usuários às tecnologias em saúde necessárias.

Por fim, a dimensão societária é aquela que trata da produção das políticas públicas em geral e a de saúde em particular, de como é pensado o papel do Estado e de como este irá formular e implementar suas estratégias para garantir aos trabalhadores a implementação das políticas sociais. Segundo Cecílio (2009, p. 592), essa é a dimensão mais ampla da gestão do cuidado pois “é nela que se observa como a sociedade produz cidadania, direito a vida e acesso a toda forma de consumo que contribua para uma vida melhor”.

Rocha e Almeida (2000) ressaltam que, independente da dimensão, o trabalho do enfermeiro centra-se basicamente no cuidado do ser humano, individualmente, na família ou na coletividade. O enfermeiro é responsável por promover o conforto, o acolhimento e o bem-estar do paciente, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência, ou ainda promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde.

Ayres (2017) enfatiza que a Enfermagem é uma das áreas acadêmicas que vem sistematicamente pensando, pesquisando e publicando sobre o cuidado. É claro que em cada um dos diferentes campos dos quais emerge a discussão do cuidado a aproximação assumirá pressupostos, características e interesses diversos. Parece haver, porém, dentro e fora da Enfermagem, algo de novo, ou pelo menos de um ímpeto renovador, na ênfase dada ao cuidado em anos recentes, e que revela certa afinidade em seus horizontes éticos: a recusa à “coisificação” das pessoas e das relações, o resgate do valor de uma solidariedade social



espontânea e criativa e, como corolário das perspectivas anteriores, a busca de superação de uma visão individualista e individualizante das ações humanas.

Nesse ínterim, a partir do desenvolvimento de uma metassíntese sobre o processo de cuidar em saúde e Enfermagem, almeja-se identificar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde na perspectiva de galgar caminhos que visibilizem o cuidado como prática social reconstrutora em saúde, como instrumento de produção de vida.



“Cuidar do outro é zelar para que a ação de diálogo entre os dois seres seja libertadora, cooperativa e construtora de uma aliança copiosa de paz e de amor”.

(BOFF, 1999).

### 3 PERCORRENDO PELO REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A ampla oferta de cursos de Pós-Graduação no Brasil nos últimos vinte anos fez acelerar a velocidade de publicação dos resultados das produções acadêmicas disponibilizadas em formato de tese, dissertações e artigos. Por conseguinte, a visibilidade do avanço científico de determinado objeto de investigação tem diminuído, incentivando pesquisadores a buscar estratégias de pesquisa do tipo revisões, que promovam uma síntese interpretativa dos resultados de estudos primários já conhecidos, por meio da congruência, confronto, comparação e relações estabelecidas entre as informações (OLIVEIRA et al., 2015a).

Corroborando, Vosgerau e Romanowski (2014) destacam uma progressiva expansão dos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, de grupos de pesquisas e, de programas de apoio e fomento à pesquisa na área da Educação. Multiplicou-se o quantitativo de periódicos e artigos científicos disponíveis atualmente, suscitando o desenvolvimento de estudos de revisão, mapeamentos e análises críticas, que coloquem em evidência o que já foi produzido sobre um tema específico (propensões teóricas metodológicas), as tendências e lacunas no conhecimento capazes de fomentar novas pesquisas e encaminhamentos.

Na área da saúde, especificamente, na Enfermagem, Scochi et al. (2013) elucidam que a Pós-Graduação surgiu no ano de 1972 em resposta a necessidade de qualificar os enfermeiros para sua inserção no mercado de trabalho, em instituições de ensino, de pesquisa ou de prestação direta de serviços. O número de cursos, Programas e egressos na área cresceu ao longo de mais de 45 anos de existência, concomitantemente à melhoria da produção científica visualizada pelo aumento de documentos indexados em base de dados de forte impacto mundial. No *ranking* das produções científicas no campo da Saúde, a Enfermagem ascendeu do 25º lugar em 2005 para o 6º lugar em 2010.

Por sua vez, o crescente interesse de pesquisadores pelo desenvolvimento de pesquisas qualitativas no campo das Ciências da Saúde culminou no acúmulo de conhecimentos oriundos dessas pesquisas, sem contudo, haver um entendimento e aplicabilidade individual (LODGE, 2011), o que Bick e Chang (2014) descrevem como desperdício intelectual, visto que, muitas pesquisas não produzem resultados de real interesse para os usuários.

Carvalho et al. (2011) corroboram a assertiva e acrescentam que os enfermeiros precisam driblar os entraves que distanciam a integração entre o binômio teoria e prática com vistas a perceber o impacto do avanço da produção do conhecimento em Enfermagem na sua prática assistencial. Para tanto, faz-se necessário que tais profissionais adaptem os resultados oriundos de pesquisas científicas em seu contexto clínico; busquem capacitação junto ao serviço sobre pesquisas em Enfermagem e; desenvolvam estudos no anseio de responder as necessidades e demandas dos usuários, dos profissionais e da instituição onde atuam.

Associado, tem-se a supervalorização de técnicas e métodos de pesquisa que conduzem à síntese de estudos quantitativos em vários campos do saber. Para melhor visibilidade do impacto das pesquisas qualitativas, o pesquisador deve interpretá-las em um contexto maior de abstração, apresentando uma nova interpretação que seja acessível e útil no campo prático (SANDELOWSKI; DOCHERTY; EMDEN, 1997). Assim, a RSLM configura uma resposta às preocupações sobre a relevância e utilidade das pesquisas com abordagem qualitativa.

É crescente o interesse de pesquisadores em desenvolver pesquisas qualitativas em saúde voltadas ao entendimento das percepções individuais e coletivas sobre a doença; das estratégias de prevenção ao gerenciamento das situações crônicas; do itinerário terapêutico realizado pelo usuário nos serviços de saúde, e, das modalidades terapêuticas disponíveis. Spadacio et al. (2010) sinalizam o quão imperativo é sistematizar o conhecimento científico que referencia a abordagem qualitativa sobre a temática do cuidar, apontando as implicações desse conhecimento para o campo da Saúde e Enfermagem.

Estudos de revisão, como a RSLM, destinam-se a organizar, compreender e sintetizar as publicações existentes em determinada área, fornecendo um panorama histórico das mesmas; comparar pesquisas sobre temas equivalentes; descrever o progresso de teorias e aportes metodológicos relacionando-os a diferentes contextos; apontar as lacunas e tendências científicas (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

Sandelowski, Docherty e Emden (1997) enfatizam que pesquisas de síntese, como a proposta nesse estudo, são reconhecidas como um importante caminho para o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem.

Considerando estudos desenvolvidos com o método da RSLM, ressalta-se, que o interesse maior desse estudo não consiste em sumarizar as melhores evidências científicas acerca do cuidado em saúde para auxiliar a tomada de decisão da prática clínica, mas sim, extrair e sintetizar os sentidos, os significados sobre a temática a fim de apresentar uma nova interpretação sobre o processo de cuidar que seja acessível e útil no campo prático. Contudo, foi desenvolvida uma RSL pela possibilidade que essa metodologia oferece de aplicar técnicas rigorosas e sistematizadas de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (COSTA, 2017).

### 3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA COM METASSÍNTESE: FERRAMENTA METODOLÓGICA EM PESQUISAS CIENTÍFICAS

Para a escrita do presente capítulo e melhor conhecimento dos estudos produzidos até o momento sobre o processo de cuidar utilizando-se a RSLM, realizou-se uma busca avançada na Biblioteca Virtual de Saúde sem intervalo de ano. Como vocabulários de busca, definiram-se os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS – a citar os termos “Cuidado”, “Saúde”, “Enfermagem” e “Metassíntese” combinados pelo operador booleano “AND”.

Após exclusão de artigos em duplicidade, foram encontrados e lidos um quantitativo de 21 estudos, com os termos: Saúde, Enfermagem e Metassíntese (09); Cuidado, Metassíntese e Saúde (02); Cuidado, Metassíntese e Enfermagem (03); Metassíntese e Saúde (04); Metassíntese e Enfermagem (02) e, Metassíntese e Cuidado (01).

Oportunamente, realizou-se uma busca no Catálogo e Teses e Dissertações da CAPES utilizando o termo metassíntese. Foram encontrados 56 trabalhos. Após o uso de filtros, como tipo de trabalho (dissertação e tese), ano (2015, 2016 e 2017) e grande área de conhecimento (Ciências da Saúde) foram encontrados 20 trabalhos, os quais foram lidos e referenciados. No mais, utilizou-se o acervo bibliográfico pessoal, do tipo livros, para tecer considerações relevantes sobre a RSLM.

Nas últimas décadas, observa-se um progresso exponencial do conhecimento veiculado pelas publicações acadêmicas em detrimento à evolução paradigmática científica e tecnológica nos diferentes campos do saber. Por conseguinte, houve o aumento do volume das informações, do número de pesquisas e suas publicações, configurando uma problemática quanto à seleção e análise qualificada da literatura disponível (BRUM, 2017). Em virtude desse problema necessário e fundamental para a evolução do conhecimento, Pinto (2013) aponta a necessidade de sínteses que facilitem o acesso às informações, possibilitando conclusões baseadas na combinação dos resultados oriundos de múltiplas fontes.

De acordo com Lopes e Fracoli (2008), com o aumento expressivo da produção científica mundial e descobertas de intervenções, tecnologias, medicamentos e terapias na área da saúde, viu-se a necessidade de integrar os achados desses estudos para subsidiar a tomada de decisão da prática clínica, gerencial, política e epidemiológica. Nesse contexto, emergiu o Movimento da Prática Baseada em Evidências (PBE), na qual fundamenta-se a Revisão Sistemática da Literatura (RSL), apoiado pela Fundação Cochrane, iniciativa internacional com origem no Reino Unido.

Historicamente, o termo PBE originou-se pela Medicina Baseada em Evidências (BICK; CHANG, 2014) e configura-se a utilização de informações oriundas de resultados de pesquisas primárias relevantes na tomada de decisão clínica. Na área da saúde, especificamente na Medicina, esse termo surge por volta de 1992 a partir da disciplina de Epidemiologia Clínica oferecida pela Universidade da Pensilvânia, na qual propagou a construção de um novo paradigma pautado na ressignificação de um cuidado com enfoque em evidências clínicas cientificamente comprovadas (CULLUN et al., 2010).

De acordo com Brum e Zuge (2016), o movimento da PBE, surgiu no Canadá na década de 1980 a partir de um grupo de estudos da Universidade McMaster almejando a melhoria do ensino e da assistência à saúde. No Reino Unido, considerado o segundo país na implementação da PBE, esse movimento emergiu como instrumento no desenvolvimento de estratégias eficazes para a melhoria da oferta dos serviços de saúde e diminuição de custos operacionais. Tal prática consiste na identificação, comparação, análise e uso explícito e criterioso de informações válidas que representam as melhores evidências científicas disponíveis na literatura, extraídas de estudos primários, as quais são úteis na sistematização e organização da prática clínica, gerencial e epidemiológica.

Bick e Chang (2014) enumeram os benefícios da PBE a citar a redução da variação dos desfechos em saúde com a implementação de cuidados efetivos do ponto de vista clínico e econômico; direcionamento da melhor utilização dos recursos da saúde e; apoio aos sistemas de saúde em que profissionais de saúde e pacientes compartilhem o processo de tomada de decisão relacionada à gestão informados pela melhor evidência.

Pelo movimento da PBE, é possível conceder um julgamento crítico e sistemático do que pode ser aplicado no cotidiano a partir da classificação das evidências, para posteriormente, generalizar a evidência encontrada. Concomitante, é possível lançar um novo olhar para o cuidar em saúde, de modo particular, para a Enfermagem, maximizando a qualidade de assistência prestada ao indivíduo e sua família e, minimizando a distância entre as pesquisas científicas e a prática assistencial (BRUM; ZUGE, 2016).

Okuno, Belasco e Barbosa (2014) associam a Enfermagem à PBE por meio dos primeiros ensaios, com Florence Nightingale, que viveu 1820 a 1910, ao desenvolver relatórios para o governo britânico sobre as precárias situações de saúde dos soldados que se encontravam feridos na guerra. Além disso, seu primeiro trabalho publicado consistiu-se na experiência e vivência no acompanhamento da realização de cuidados aos doentes, juntamente com um Pastor e uma diaconisa.

A carreira pós-guerra de Nightingale na reforma da saúde foi sua contribuição mais significativa. Ela supervisionou a modernização da Enfermagem, aconselhou os governos sobre a reforma da saúde do Exército, organizou melhorias sanitárias na Grã-Bretanha e na Índia e influenciou o projeto hospitalar. Reunindo evidências para apoiar a necessidade de tais reformas, Nightingale usou observação cuidadosa, manutenção de registros e análise estatística para validar seu trabalho em cada um desses desenvolvimentos (ARAVIND; CHUNG, 2010, p. 405).

Conforme essas autoras, o termo “baseado em evidências” foi pensado por Florence pouco mais de um século antes do mesmo ser introduzido nos artigos médicos quando ela usou evidências estatísticas para melhorar a assistência aos pacientes à época. Sua teoria ambientalista orientou e orienta o cuidado de Enfermagem na Pós-modernidade, muito embora não tenha sido reconhecida como tal em vida (BRUM, 2017).

Conforme Brum e Zuge (2016), a PBE adquiriu espaço no campo da Enfermagem desde a década de 1950, quando do esforço de estudiosos em reunir e incorporar saberes de diversas ciências na construção do seu corpo próprio de conhecimento para firmar-se enquanto ciência e disciplina. Desde então, os profissionais enfermeiros têm se interessado, cada vez mais, em buscar evidências científicas que proporcionem uma prática de cuidado mais segura, responsável e comprometida com as expectativas do sujeito e comunidade.

A PBE é um movimento que integra teoria à prática por meio da seleção dos melhores resultados existentes e mais recentes oriundos de pesquisas científicas, os quais subsidiarão a tomada de decisão para uma assistência segura, de qualidade e baixo custo. Para a Enfermagem, constitui-se um desafio diário pelas barreiras organizacionais e individuais do profissional para incorporar a pesquisa ao seu cotidiano laboral (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014). Melnyk et al. (2014) e Bick e Chang (2014) associam à natureza das pesquisas em Enfermagem; o apoio das instituições de saúde; e à competência dos enfermeiros para atuarem com essa prática como dilemas mundiais enfrentados na implementação da PBE.

Mesmo considerada fundamental para a melhoria da qualidade do cuidado, conforto e segurança do paciente por utilizar as melhores evidências atuais na tomada de decisões da prática clínica, Bondmass (2010) elucidam que a PBE encontra algumas barreiras para sua implementação no campo da Enfermagem, tais quais, a falta de tempo, conhecimento e apoio administrativo para sua aplicabilidade.

Ao tempo em que a Enfermagem é reconhecida como ciência e profissão cuja essência se configura na arte do cuidar, os enfermeiros se deparam com um complexo e extenso

aumento da produção científica e diversas possibilidades de ampliar sua prática a partir da aplicabilidade desses resultados. De acordo com Ercole, Melo e Alcoforado (2014), tais profissionais são exigidos a buscar o aprimoramento científico de suas habilidades e competências nos diversos cenários em que atuam, associando à sua prática clínica e gerencial as melhores evidências disponíveis que quantificam e qualificam as ações do cuidado.

Para Viana (2015) as evidências científicas de natureza qualitativa acerca de um problema e, ou fenômeno são extraídas de estudos primários, relacionadas e confrontadas, possibilitando outras interpretações que conformarão uma nova síntese de interpretações.

Métodos de pesquisa bibliográficas como a Revisão Narrativa, Revisão Integrativa da Literatura e RSL, são necessários no movimento da PBE, a fim de permitir a busca, avaliação crítica e síntese das melhores evidências disponíveis sobre o objeto investigado. Para Matheus (2009), esse último reúne resultados de pesquisas clínicas primárias, discutindo e comparando as diferenças e semelhanças dos achados dessas pesquisas, sem criticá-las.

Brum (2017) considera a inserção das pesquisas bibliográficas como uma possibilidade de satisfazer uma lacuna existente na produção do conhecimento no contexto das práticas de cuidado do enfermeiro. Por meio da síntese de um novo arcabouço de conhecimento, tais pesquisas contribuem para a sensibilização desse profissional no desenvolvimento de um cuidado fundamentado em referenciais construídos pelos próprios pesquisadores da área, nos quais, propiciam a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos cuidados e incorporam evidências científicas ao saber da Enfermagem.

A autora enfatiza que as pesquisas bibliográficas orientam os manuais ministeriais que regem as ações em saúde e as políticas públicas em âmbito nacional, bem como, subsidiam a construção de modelos teóricos a partir da produção científica dos profissionais da área da saúde.

Face a diversidade de termos que definem os estudos de revisão, Vosgerau e Romanowski (2014) os classificam conforme suas funções: estudos de mapeamento, os quais fornecem indicadores que apontam os caminhos teóricos para novas pesquisas (Levantamento bibliográfico, Revisão de Literatura ou Revisão Bibliográfica, Estado da Arte, Estudo Bibliométrico) e estudos de avaliação/síntese dos resultados provenientes de pesquisas primárias são oriundos da área de Ciências da Saúde, pois, identificam as condições em que as evidências ocorrem (RSL, Meta-análise, Metassíntese, Revisão integrativa, Síntese de Evidência Qualitativa, Metassumarização).

De acordo com Brum e Zuge (2016), a RSL se configura um tipo de estudo secundário que sintetiza os resultados dos estudos primários, a partir de um planejamento explícito e



rigoroso, e os organiza de forma a extrair a melhor evidência clínica comprovada, considerando o número crescente de produtos, intervenções e orientações disponíveis no mercado.

A história da RSL começa no início do século XX, embora sua notoriedade tenha apresentado um crescimento no final da década de 1990. A primeira publicação de uma RSL ocorreu no ano de 1955 no *Journal of American Medical Association*. Contudo, na área da Saúde, esse método expandiu-se na década de 1980 a partir da publicação do livro *Effective Care During Pregnancy and Childbirth* (BRUM; ZUGE, 2016).

A RSL esteve associada antigamente apenas à clínica médica. Atualmente, vem sendo utilizada por outras áreas do conhecimento, como Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Educação, entre outras. Especificamente, no contexto da Saúde, esse tipo de revisão ganhou visibilidade a partir da instituição da Cochrane Collaboration, fundada em Oxford, pelo Dr. Iain Chalmers no Reino Unido em 1992, a qual disseminou o conhecimento acerca das etapas para o desenvolvimento de estudos envolvendo esse método (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014).

Conforme Miccas, Batista e Batista (2016), o Centro Cochrane, uma organização não governamental, prima pela qualidade e disseminação do melhor nível de evidências sintetizadas na RSLM para a tomada de decisão em saúde e, também, pela minimização de vieses metodológicos que impeçam a segurança de sua reprodutibilidade. Sua missão consiste em elaborar, manter e divulgar RS de ensaios clínicos randomizados. Mediante a magnitude do emprego dessas evidências, investimentos foram realizados para implantar alguns desses Centros em países como França, Alemanha, Grã-Bretanha, Espanha, Itália, Holanda, Dinamarca, Canadá, China, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul e Brasil.

No Brasil, o Centro Cochrane foi fundado em 1996 pelo professor Dr. Álvaro Nagib Atallah, professor titular de Medicina de Urgência e Saúde Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina. Constitui o 14º Centro da rede inaugurado e o primeiro em um país em desenvolvimento. Dentre suas principais realizações, pontuam-se a criação da cultura e da prática das avaliações tecnológicas em saúde nos setores públicos e privados; o conceito de Direito à Saúde Baseada em Evidências Científicas e o acesso gratuito à Cochrane Library em 2001 para brasileiros e, posteriormente, para usuários da América Latina e Caribe (REITER; ATALLAH, 2015).

Além do Centro Cochrane, outras instituições contribuem para o desenvolvimento de pesquisas que utilizam a RSL, são elas, o Continental Europe Regional Support Unit (CESU),

The Joanna Briggs Institute (JBI) e o VK Regional Support Unit (UKSU) (BRUM; ZUGE, 2016).

A epidemiologia de artigos de revisão mudou rapidamente. O número de RSL publicadas anualmente aumentou pelo menos 500 vezes na última década. Não é incomum encontrar mais do que uma RSL abordando as mesmas ou similares questões terapêuticas. Nesse ínterim, pesquisadores reconhecem sua importância para resumir dados existentes, refinar hipóteses, estimar o tamanho de amostras, e ajudar a definir agenda de investigação futura. A sua não realização favorece a perda de pistas promissoras e, ou mascaram os estudos de perguntas que já foram respondidas (COOK; MULROW; HAYNES, 1997).

De acordo com Costa et al. (2015), revisar sistematicamente é uma tendência científica mundial que ultrapassa a simples descrição dos resultados. Para Zoltowski et al. (2014), consiste em aplicar estratégias rigorosas de buscas, análise reflexiva e síntese da literatura de maneira organizada, almejando minimizar o viés de publicação.

Conforme Costa et al. (2015), as RSL apresentam limitações metodológicas consideráveis no tangente à estratégia de busca e análise da qualidade dos estudos selecionados. Gomes e Caminham (2014) apontam a falta de critérios bem definidos como o principal entrave para o desenvolvimento de uma RSL. Zoltowski et al. (2014) corroboram esses autores e adicionam o fato de as RSL não apresentarem um aprimoramento significativo de qualidade que acompanhe a crescente quantidade de publicações com o decurso dos anos.

Costa e Zoltowski (2014) elucidam que a RSL é um método de pesquisa que amplia o potencial de uma busca, disponibilizando o maior número de estudos de forma organizada, sistemática, rigorosa e objetiva, para fins de compreensão e análise crítica e reflexiva do material. Enumeram oito etapas relacionais e não sequenciais para a confecção de uma RSL de qualidade. A primeira, corresponde à delimitação do problema de pesquisa, em que se estabelece uma relação clara entre os conceitos que se pretende estudar, podendo ser decomposto em partes para melhor facilitar a busca e organizar os resultados.

A etapa 2 consiste na definição das fontes de dados e, consulta em base eletrônica de dados especializada e, ou, convencional, a exemplo de Cochrane Database of Systematic Review, The Campbell Collaboration, JBI, repositório de teses e dissertações da CAPES. A terceira etapa corresponde à escolha dos descritores e, ou palavras-chave, as quais precisam ser sensíveis para acessar adequadamente o objeto, indicando um número representativo de estudos (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014).

Na etapa 4, procede-se a busca e armazenamento dos resultados, devendo o pesquisador consultar as instruções das bases de dados para compor adequadamente a *string* –

conjunto de descritores com operadores booleanos; utilizar figuras para ilustrar e documentar a *string*; indicar, pelo menos, dois juízes no mesmo intervalo de tempo para realizar a busca e, delimitar sua temporalidade (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014).

De acordo com os respectivos autores, a quinta etapa diz respeito à definição da amostra pelos critérios metodológicos de inclusão e exclusão, os quais podem ser, o delineamento de pesquisa, o instrumento de coleta, a técnica de análise, idioma de publicação, entre outros. Indica-se a realização dessa etapa por juízes independentes.

Na etapa 6, captação das informações dos artigos selecionados, o texto precisa estar disponível na íntegra para conferir qualidade à essa captação, além de ser realizada pelos juízes a fim de evitar vieses. Uma planilha com características gerais dos artigos pode ser construída para melhor organizá-los e compará-los. Na etapa 7, de avaliação dos artigos, o pesquisador constata a pertinência da seleção dos mesmos para responder o problema de pesquisa. Por fim, tem-se a oitava etapa, de síntese e interpretação dos achados (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014).

Alencar e Almouloud (2017) enfatizam que ao longo dos anos, as RSL vêm sendo utilizadas por diversas áreas do saber como ferramenta metodológica para mapear o conhecimento científico produzido. E, apontam o estado da arte, estado do conhecimento, meta-análise e metassíntese como modalidades dessa metodologia.

Conforme apontado por Gomes e Caminha (2014), a partir da relação estabelecida com o objeto e questão de pesquisa, os resultados encontrados na RSL, podem ser submetidos a um tratamento estatístico e descritivo, por meio da metanálise, à qual está ancorada em pesquisas quantitativas, ou também, podem ser agrupados, comparados, avaliados e submetidos a uma síntese interpretativa, por meio da metassíntese à qual se ancora em pesquisas qualitativas, possibilitando a (re) construção amplificada de conceitos e práticas.

Essa última, também denominada de revisão sistemática qualitativa corresponde a integração não combinada estatisticamente dos resultados de pesquisas qualitativas clinicamente relevantes, relacionando a evidência científica à prática clínica por meio da produção de conhecimentos novos apreendidos pela interpretação das contradições desses resultados (LOPES; FRACOLLI, 2008).

Walsh e Downe (2005) elucidam o crescente interesse de pesquisadores qualitativos pela metassíntese, uma técnica relativamente nova de caráter interpretativo com potencial para enriquecer a compreensão das dimensões conceituais do cuidado em saúde. Ao desenvolvê-la, o pesquisador almeja produzir uma nova interpretação e integração dos conhecimentos oriundos dos resultados de pesquisas qualitativas individuais existentes com

vistas a aprimorar os conceitos teóricos sobre determinado fenômeno e as políticas de cuidados de saúde (STERGIOU-KITA et al., 2014).

A metassíntese vem conquistando gradativamente espaço no cenário acadêmico brasileiro em decorrência da ampla veiculação de resultados oriundos das pesquisas científicas, sobretudo as de cunho qualitativo. Caracterizada como uma estratégia metodológica rigorosa, sistemática e objetiva que proporciona uma revisão bibliográfica interpretativa desses resultados, das teorias e métodos de investigação e também, dos aspectos descritivos obtidos em desenho qualitativo (OLIVEIRA et al., 2015a), justifica-se a escolha dessa estratégia pela possibilidade de propor novos conhecimentos acerca do processo de cuidar em Saúde e Enfermagem ao tempo em que confere qualidade e rigor metodológico ao estudo.

Para Melo e Castro (2017), a escolha pela Metassíntese depende de fatores intrínsecos à pesquisa, como o problema de investigação, o quantitativo de estudos confiáveis e de qualidade e, o conhecimento e experiência do pesquisador para selecionar, analisar e sintetizar os dados.

Bicudo (2014) entende a metassíntese como uma investigação comparativa e analítica dos resultados de pesquisas qualitativas primárias significativas que possibilita a teorização de temas investigados e suas aplicabilidades em situações práticas. Consiste na retomada à pesquisa realizada, mediante um movimento reflexivo, sistemático e comprometido sobre o que foi pesquisado, como foi conduzida a pesquisa e se essa atende a interrogação que a gerou.

A metassíntese é um tipo de pesquisa de integração que se encontra nos estágios iniciais de desenvolvimento e combina os resultados de estudos qualitativos. Várias são as denominações adotadas em distintas áreas do saber, são elas: meta-estudo, meta-etnografia, *grounded formal theory*, meta-análise qualitativa, meta-interpretação, meta-síntese qualitativa, síntese crítico-interpretativa, sendo a mais comum, metassíntese (SANDELOWSKI; BARROSO, 2003). No presente estudo, adotou-se o termo metassíntese.

Etimologicamente, a palavra metassíntese origina-se do grego. Meta significa “além de”, “acima de” e síntese, indica “fusão”. Pelo seu sentido, estimula no investigador o desejo de transcender os resultados de estudos qualitativos existentes, afastando-o do paradigma cartesiano (MARTINS, 2013).

O termo meta-análise qualitativa foi utilizado pela primeira vez em 1985 por Stern e Harris como sinônimo de meta-etnografia ou metassíntese qualitativa na área da educação (HOGA, MATHEUS, SOARES, 2014). No âmbito da Saúde foi reconhecido como uma

estratégia metodológica proveniente de pesquisas internacionais, amplamente utilizadas nas diversas áreas do saber (ALENCAR; ALMOULOU, 2017). Em 1988 a Fundação Cochrane estabeleceu o “Qualitative Research Methods Working Group” que orienta, metodologicamente, pesquisadores de todo o mundo a sistematizar os resultados oriundos de pesquisas primárias de delineamento qualitativo de acordo com os padrões definidos pela instituição (BRUM; ZUGE, 2016).

No que diz respeito a Enfermagem, as enfermeiras Margareth Sandelowski e Julie Barroso, professoras da University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing e da Duke University School of Nursing, respectivamente, foram reconhecidas pelo precursor investimento intelectual no desenvolvimento de técnicas de pesquisas analíticas e interpretativas que culminaram na Metassíntese, integração dos resultados oriundos de estudos qualitativos (SANDELOWSKI, BARROSO, 2004).

O trabalho pioneiro dessas enfermeiras envolvendo a RSLM intitulou-se Qualitative Metasynthesis Project, e originou estudos sobre mulheres com sorologia positiva para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e estudos sobre mulheres e casais que receberam diagnóstico positivo durante o período neonatal (SANDELOWSKI, BARROSO, 2004). Esses, auxiliaram a propagar e impulsionaram a produção de conhecimento sobre o respectivo método de pesquisa (VIANA, 2015).

Finfgeld (2003) sugere que a metassíntese permite o esclarecimento de conceitos, padrões e resultados para o refinamento dos estados de conhecimento existentes e surgimento de novos modelos e teorias. Além disso, estes têm o potencial para melhorar os resultados clínicos, realizar pesquisas e formular políticas de cuidados de saúde.

Sandelowski, Docherty e Emden (1997) consideram metassíntese as teorias, grandes narrativas, generalizações, ou traduções interpretativas produzidas a partir da integração ou comparação de resultados de estudos qualitativos. Por sua vez, não classificam como metassíntese as narrativas ou revisões de estudos quantitativos, ou os achados criados de análises secundárias de dados agrupados a partir de estudos qualitativos.

Segundo Matheus (2009), apesar de impor desafios de ordem prática e controvérsias de natureza conceitual e epistemológica, a metassíntese tem contribuído para o movimento da PBE. Brum e Zuge (2016) apontam-na como uma integração interpretativa do significado das experiências encontradas nas pesquisas qualitativas primárias oriundas da fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados e outros métodos qualitativos que proporcionam uma nova interpretação dos resultados, uma nova síntese capaz de alcançar um nível mais elevado de abstração e compreensão.

Assume como propósitos fortalecer o uso e relevância do desenho qualitativo nas pesquisas em Ciências da Saúde, qualificar a aplicabilidade dos resultados oriundos desse desenho na prática clínica e, descortinar um espaço qualitativo de conhecimentos, aspirações, desejos e inferências para fundamentar a teoria, a prática, a pesquisa, e as políticas de saúde (MATHEUS, 2009).

Carrillo-González, Gómez-Ramírez e Vargas-Rosero (2007) elucidam que a metassíntese amplia a interpretação dos resultados de estudos qualitativos que impactam na assistência, na investigação e na resposta aos problemas da prática, assim como, contribui para o fortalecimento de uma disciplina por meio da construção, descrição e, ou explicação de teorias relacionadas aos fenômenos de interesse da mesma.

Viana (2015) aponta a metassíntese como ferramenta metodológica que melhor visibiliza os resultados de pesquisas qualitativas possibilitando a ampliação de conhecimento e construção de críticas. Brown e Lan (2015) complementam ao apontá-la como um método de pesquisa que busca um resultado generalizável, um novo conhecimento suscitado a partir da interpretação da combinação de estudos qualitativos.

Essa síntese interpretativa pode ser obtida pelo método da agregação ou configuração. No primeiro, os achados tematicamente similares são fundidos para se chegar a um sumário do conjunto de estudos originais. No método de configuração, buscam-se as comparações, contradições e relações entre os resultados a serem integrados indutiva ou dedutivamente (ZOBOLI; SCHVEITZER, 2013).

A metassíntese se configura uma técnica rigorosa de pesquisa científica que possibilita afrontar, agregar, interpretar e transformar os resultados de estudos qualitativos primários em um processo de síntese interpretativa. O pesquisador separa esses resultados do contexto onde foram obtidos, amplia a abstração para reinterpretá-los e os integra em novas categorias que subsidiarão o estudo secundário ou a metassíntese. Ao ampliar essa abstração, os achados e as melhores evidências desse novo produto final podem e devem ser facilmente utilizados na prática clínica para fundamentar ações de Atenção à Saúde, como a formulação de teorias, modelos e políticas públicas (ZOBOLI; SCHVEITZER, 2013).

Sandelowski, Docherty e Emden (1997) e, Sandelowski e Barroso (2003) propõem três diferentes abordagens para a realização de metassíntese de estudos qualitativos, a saber, a integração de resultados de múltiplos estudos de um investigador em um campo relacionado; a síntese de estudos de diferentes pesquisadores em determinada área do saber e; o resumo quantitativo de elementos-chave, ou seja, o uso de métodos quantitativos para reunir resultados qualitativos de diferentes estudos de modo a transformá-los em dados passíveis de

análise estatística. Seja qual for a abordagem, o significado do texto original deve ser preservado tanto quanto possível.

As estratégias metodológicas adotadas na construção de uma RSLM para identificar, apreender, avaliar e julgar criticamente os estudos científicos primários permitem a redução de possíveis vieses e o alcance de resultados confiáveis com melhor evidência (MELO; CASTRO, 2017). Sandelowski e Barroso (2003) apontam uma lacuna no conhecimento acerca do caminho a ser percorrido para sua realização, tendo em vista as diversas opiniões existentes sobre esse método.

Alencar e Almouloud (2017) apresentam como limitações para a realização da metassíntese, fatores, como a busca e seleção das pesquisas, considerando que esse tipo de investigação não abarca todas as pesquisas desenvolvidas; a não conclusão do estudo visto que o período de captação dos dados é finito e a coleta depende dos critérios de inclusão e exclusão e, a indisponibilidade de textos na íntegra.

Melo e Castro (2017) identificaram na literatura uma lacuna no conhecimento acerca da descrição do rigor e clareza metodológica da metassíntese por se tratar de uma abordagem em desenvolvimento. Após consulta a três bases de dados no ano de 2005, observaram a discrepância entre o número de estudos que realizaram a RSL sem necessariamente adotar a metassíntese. Apontaram as dificuldades enfrentadas por pesquisadores brasileiros para desenvolverem esse tipo de estudo visto que, a maioria dos estudos sobre metassíntese era oriunda de bases de dados internacionais, as quais não dispunham o texto publicado na íntegra.

Contrariando os autores acima, Korhonen et al. (2013) tecem credibilidade científica a metassíntese como um método seguro de pesquisa porque cumpre etapas rigorosas e sequenciais que perpassam desde a descrição do processo de seleção dos estudos à compilação de seus resultados.

A pesquisa envolvendo a RSLM exige do pesquisador um planejamento sistemático do projeto de pesquisa, com etapas previamente elaboradas a fim de evitar possíveis vieses e potencializar a busca pela melhor evidência (BRUM; ZUGE, 2016). Corroborando, Melo e Castro (2017) enfatizam que para sistematização desse tipo de estudo e alcance do objetivo delineado, torna-se imperativo a delimitação de etapas sequenciais e complementares do caminho a ser percorrido.

Vosgerau e Romanowisk (2014) elucidam que o processo de construção da metassíntese ocorre em oito fases, quais sejam: 1) análise do objetivo mediante a questão de investigação, 2) identificação de palavras-chave que comportam o estudo, 3) avaliação da

qualidade do mesmo, 4) leitura para identificação dos problemas apontados pelos autores, 5) determinação da relação entre os estudos, 6) listagem das similaridades, diferenças e características individuais, 7) elaboração de sínteses e explicações, 8) elaboração de modelos a partir da nova síntese.

Para melhor conduzir estudos que utilizam a metassíntese, Melo e Castro (2017) propõem uma sequência de oito etapas que consiste na construção do projeto de pesquisa; busca de fontes literárias; seleção dos estudos que conformam a amostra; coleta e extração das informações; avaliação dos possíveis vieses e da qualidade metodológica; síntese e interpretação dos dados que configuram o processo de metassíntese; avaliação da qualidade das evidências encontradas e, redação e apresentação dos resultados finais.

Ponderando a variedade de etapas propostas por entidades e autores diversos que trabalham com tal metodologia, para a operacionalização da presente RSLM foram considerados os passos propostos pelo Centre for Reviews and Dissemination - CRD (2009); Matheus (2009); Galvão e Pereira (2014); Brum e Zuge (2016), conforme apresentados no **Quadro 1**, a seguir.

**Quadro 1** – Etapas para operacionalização de uma RSLM.

<b>Autores</b>	<b>Etapas</b>
<b>CRD (2009)</b>	1) Identificação da necessidade de revisão; 2) Definição da pergunta de investigação; 3) Definição dos critérios de inclusão; 4) Identificação das evidências de pesquisa; 5) Seleção dos estudos; 6) Extração dos dados; 7) Avaliação da qualidade das evidências; 8) Síntese dos dados; 9) Disseminação da nova síntese.
<b>Matheus (2009)</b>	1) Identificação do interesse intelectual e do objetivo do estudo; 2) Seleção da amostra e dos critérios de inclusão; 3) Definição da amostra; 4) Interpretação dos resultados dos estudos primários; 5) Elaboração de novas afirmações sobre o objeto estudado; 6) Elaboração de um novo conhecimento equivalente a todos os estudos primários.
<b>Galvão e Pereira (2014)</b>	1) Elaboração da pergunta de pesquisa; 2) Busca na literatura; 3) Seleção dos artigos; 4) Extração dos dados; 5) Avaliação da qualidade metodológica; 6) Síntese dos dados; 7) Avaliação da qualidade das evidências; 8) Redação e publicação dos resultados.
<b>Brum e Zuge (2016)</b>	1) Formulação do projeto de pesquisa; 2) Formulação da questão/pergunta de investigação; 3) Definição dos bancos de dados a partir da questão norteadora da pesquisa; 4) Definição dos critérios de inclusão e exclusão, busca da base de dados, seleção dos artigos; 5) Avaliação dos estudos selecionados quanto a relevância metodológica; 6) Coleta das informações; 7) Análise e apresentação das informações; 8) Interpretação dos resultados; 9) Atualização; 10) Respeito aos princípios éticos.



Ao considerar as etapas da RSLM propostas por esses autores, realizei aproximações semânticas e adaptações em seu contexto, de modo a agrupá-las em seis momentos percorridos metodologicamente nesse estudo, quais sejam: 1 – Elaboração do projeto de pesquisa; 2 - Busca na literatura; 3 - Composição da amostra; 4 - Avaliação da qualidade metodológica e extração dos dados; 5 – Compilação e análise dos dados; 6 – Metassíntese.

O primeiro momento refere-se à **Elaboração do Projeto de Pesquisa**, nos quais alguns elementos precisam estar claramente definidos e delimitados, tais como, o tema, o objeto, a questão de investigação, os objetivos e interesse intelectual do pesquisador; os descritores e, ou as palavras-chave; as fontes ou bases de dados para a busca dos estudos primários; os filtros aplicados nas bases de dados para auxiliar a busca das pesquisas, os critérios de inclusão e exclusão, bem como, os critérios de elegibilidade que definem a composição da amostra final (MELO; CASTRO, 2017).

Conforme Sousa, Erdman e Magalhães (2016), a definição do objeto de investigação corresponde à primeira indagação do pesquisador após a escolha do tema. Refere-se a uma lacuna no estado da arte que necessita ser compreendida, modificada e preenchida. Para tanto, deve ser bem delimitado e aplicável, pois dele resulta uma sequência posterior de procedimentos. De acordo com Minayo (2012), a definição de um objeto não reside na indagação em si, mas no seu esclarecimento e contextualização por meio da teorização que o torna um fato científico construído.

Definido o objeto de investigação, tem-se a formulação da questão de investigação. Em pesquisas de delineamento qualitativo, a formulação dessa pergunta envolve aproximação, envolvimento entre o pesquisador e o objeto de investigação (SANTOS, 2018). Pode emergir do interesse do pesquisador e do seu envolvimento com o contexto, da literatura científica, de aspectos sociais, de teorias, de indagações da prática clínica, dentre outras situações. Deve ser precisa, concisa, focalizada, operacional, factível e capaz de ser respondida (SOUSA; ERDMAN; MAGALHÃES, 2016).

O segundo momento realizado nessa RSLM foi a **Busca na Literatura**, que consiste na definição das fontes, dos documentos e das ferramentas de pesquisa. As fontes podem ser os repositórios presenciais ou virtuais da produção científica, como banco de teses e dissertações, bibliotecas ou sítios de revistas científicas disponibilizados em bases de dados (OLIVEIRA et al., 2015a).

Elegida a fonte de dados, tem-se a definição dos tipos de documentos, conceituados por Oliveira et al. (2015a, p.3) como ‘registros das mais diversas naturezas, certidões, diário

pessoal, artigo científico, matéria jornalística, obra literária, enfim, uma infinidade de artefatos que guardam uma informação'. Esses documentos conformam o *corpus* da pesquisa.

A **Composição da Amostra** foi o terceiro momento desenvolvido nesse estudo. De acordo com Costa e Zoltowski (2014), essa etapa diz respeito a definição da amostra pelos critérios metodológicos de inclusão e exclusão, os quais podem ser, o delineamento de pesquisa, o instrumento de coleta, a técnica de análise, idioma de publicação, entre outros. Conforme Brum e Zuge (2016), tais critérios devem conferir a representatividade da amostra, pois, se comportam como indicadores de confiabilidade e fidedignidade dos resultados.

A RSL preconiza o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, podendo ser reajustados no percurso do estudo. Devem ser claros, precisos e voltados para o objeto do estudo. É nesta etapa em que os tipos de estudos, as características da população e o período de tempo para o qual se limitará a busca (SANDELOWISK; BARROSO; VOILS, 2007).

Como na etapa anterior, a fase de seleção da amostra é realizada por, pelo menos dois pesquisadores, de forma independente. No caso de desacordo quanto à inclusão de algum artigo, deverá ser consultado um terceiro pesquisador, idealmente, que seja expertise na área do estudo (SANDELOWISK, BARROSO, 2003).

A fim de evitar vieses de seleção e identificar duplicidades por meio da leitura do título, autores, resumos e texto completo, os pesquisadores realizaram os Testes de Relevância, definidos por Melo e Castro (2017) como perguntas auxiliares na seleção dos artigos.

Em número de dois, o teste de Relevância I é conduzido pela leitura rápida e objetiva dos títulos e resumos dos artigos selecionados para (re) conhecimento e exploração dos documentos que apresentam congruência com o objeto de estudo (MELO; CASTRO, 2017). O teste de Relevância II consiste na leitura seletiva do texto completo dos estudos selecionados no primeiro teste. Uma reunião de consenso é agendada para verificar a equivalência entre os estudos selecionados e os objetivos propostos. Em caso de divergência, a reunião é conduzida por um terceiro pesquisador (BRUM, 2017).

Carrillo-González, Gómez-Ramírez e Vargas-Rosero (2007) explicitam que o tamanho da amostra pode variar dependendo do objetivo da metassíntese, não havendo um quantitativo de estudos padrão. Acrescentam que, o conteúdo das informações coletadas é quem determina a amplitude dessa amostra.

No quarto momento, **Avaliação da Qualidade Metodológica e Extração de Dados**. Sandelowski, Docherty e Emden (1997) e, Melo e Castro (2017), orientam a não exclusão de

estudos com abordagem qualitativa em revisões bibliográficas em virtude da variação sobre as concepções de bons critérios de qualidade e, também, por não haver um consenso na literatura atual sobre esse tipo de avaliação em estudos dessa natureza.

No desenvolvimento de estudos de revisão do tipo metassíntese, Gewurt e Kirsh (2009); Fossey e Harvey (2010) adotaram modelos de avaliação de qualidade dos estudos entre seus métodos de seleção de artigos, desconsiderando as críticas existentes sobre as diretrizes de avaliação da qualidade desses artigos nos quais valorizam modelos hegemônicos de pesquisa que não refletem a totalidade de possibilidades existentes (DALY et al., 2007).

O JBI, por exemplo, adota o formulário padronizado *Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research* (JBI-QARI) como instrumento para avaliação crítica de estudos qualitativos a partir de critérios bem definidos. A Fundação Cochrane, por sua vez, disponibiliza o formulário *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) que possui finalidade equivalente ao anterior (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

Na fase de coleta ou captação das informações, os estudos são lidos em profundidade e as informações pertinentes que auxiliarão a responder o objetivo são recortadas e agrupadas em tabelas. De acordo com Oliveira et al. (2015a), o pesquisador melhor visualiza toda a amostra e identifica os documentos com maior potencial analítico e precisão temática a partir do levantamento de elementos que identificam cada estudo individualmente. Como ferramenta de registro, sugere-se a elaboração de planilha eletrônica *libre office* ou mesmo, quadro descritivo dos dados consolidados.

Para Brum e Zuge (2016), a etapa de coleta das informações deve ressaltar os participantes, o tipo e o local da pesquisa, as limitações metodológicas, as evidências e aplicabilidade dos resultados, desfecho final, entre outros. Podem-se utilizar instrumentos próprios para a coleta das informações ou utilizar quadros sinópticos que auxiliem nas comparações e sínteses.

O quinto momento realizado consiste na **Compilação e Análise dos Dados**. Vários são os métodos disponíveis para síntese dos dados qualitativos, como, análise de conteúdo, meta-etnografia, teoria fundamentada ou método comparativo, e a opção por determinado método depende da questão de pesquisa, do quantitativo de estudos relevantes e do conhecimento e experiência dos pesquisadores (MELO; CASTRO, 2017).

Independente do método escolhido, Sandelowski, Docherty e Emden (1997) chamam atenção para o objetivo da análise da metassíntese que consiste em explicar todas as semelhanças e diferenças de linguagem, conceitos, imagens, ampliando as possibilidades de interpretações e construindo narrativas maiores ou teorias gerais.

O processo de análise inicia-se com a primeira leitura dos estudos e é completado com a criação de uma grande rede de conceitos. Esses achados são, então, justapostos para identificar homogeneidade de categorias/códigos/temas e, crucialmente, notar discordância e dissonância (WALSH; DOWNE, 2005).

No contexto analítico, a fase de leitura exige do pesquisador um olhar dinâmico e o possibilita ocupar diferentes posições de interpretação, ora de aproximação com o texto, ora de distanciamento, em um movimento de ir e vir constantes, de modo a visualizar o todo, destacar as informações pertinentes e tecer alguma inferência sobre o mesmo (OLIVEIRA; BASTOS, 2017).

Oliveira et al. (2015a) elucidam que, na fase da análise, sem a qual não se torna possível a metassíntese, o pesquisador ultrapassa a descrição das informações, se apropria profundamente do conteúdo coletado no sentido de criar possibilidades de análise, emerge na leitura em profundidade, estabelece uma relação de diálogo em busca de conexões, confrontos e comparações.

Por fim, o sexto momento dessa revisão consiste na **Metassíntese** propriamente dita, fundamentada na construção de uma ação interpretativa em que se consegue operar uma transformação por meio de novas inferências acerca do objeto de investigação, no qual, o pesquisador articula as informações, estabelece conexões, confronta os dados apresentados, enfim, ultrapassa o conteúdo de cada documento para alcançar uma compreensão que está entre estes (BASTOS, 2014).

Nessa etapa, o pesquisador tem por objetivo sintetizar e obter uma compreensão conceitual dos resultados, propor uma crítica interna à produção científica e apontar as lacunas e tendências para um novo conhecimento na área em estudo (MELO; CASTRO, 2017). As novas afirmações teóricas foram fundamentadas na literatura pertinente ao processo de cuidar em Saúde e Enfermagem.

Essa fase almeja sintetizar as traduções para elucidar significados mais refinados, teorias exploratórias e novos conceitos. Grupos de metáforas tornam-se progressivamente mais depurado e surge um consenso quanto aos temas centrais ou teoria explicativa, intermediária ou substantiva. A síntese precisa refletir a tensão entre contraditório ou explicações alternativas se as traduções recíprocas sugerirem falta de congruência. Em última análise, a síntese final precisa transmitir explicitamente como o todo é maior que a soma das partes constituintes (WALSH; DOWNE, 2005).

Ressalta-se que todos os princípios éticos que envolvem pesquisa secundária foram obedecidos em conformidade a Lei Nº 9.610/98, preservando e respeitando as ideias e conceitos de outros autores (BRASIL, 1998a).



“A vida é boa.  
Saber viver é a grande sabedoria.  
Fazer bem feito tudo o que  
houver de ser feito”

(Cora Coralina)

## 4 DELIMITANDO O PERCURSO METODOLÓGICO

**P**ara o alcance do objetivo proposto foi desenvolvida uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo RSLM, uma metodologia científica viável, embora incipiente no contexto da Enfermagem (BRUM, 2017), que valoriza e sintetiza os resultados de estudos primários veiculados nacionalmente e/ou internacionalmente, apontando o estado da arte, as lacunas e as tendências relacionadas a um tema específico (MARTINS; SOUZA; ARAGÃO, 2017).

Ao primar pela categorização dos sentidos atribuídos ao processo de cuidar e não pela quantificação de estudos relacionados à temática, escolheu-se a abordagem qualitativa devido sua flexibilidade e abertura ao mundo empírico, na qual se ocupa de objetos complexos e dados heterogêneos, agrega diferentes técnicas de coleta de dados que descrevem em profundidade aspectos importantes da vida social concernente à cultura e à experiência subjetiva vivida. De acordo com Sousa, Erdman e Magalhães (2016, p. 103) “os achados da pesquisa qualitativa podem orientar ações de cuidado, organizações das práticas em saúde e Enfermagem, implementar processos, recriar modos de cuidado e de olhar o mundo sob uma perspectiva multifocal e complexa”.

A pesquisa de abordagem qualitativa, historicamente, oriunda das Ciências Sociais e Humanas, possibilita uma compreensão mais ampla e complexa sobre a díade saúde-doença, extrapolando diagnósticos e testes laboratoriais e captando a profundidade dos sentidos daqueles que cuidam e são cuidados. Os elementos em estudo são os discursos, e seus instrumentos são a análise e a interpretação da linguagem. Os dados interpretativos trazem o estudo da experiência humana, entendendo que as pessoas interagem, interpretam e constroem sentidos. O objeto de estudo, entretanto, os pressupostos, as questões de pesquisa e o referencial teórico-metodológico funcionam como bússola nos momentos de análise e interpretação dos dados, uma vez que guiam o olhar do pesquisador, orientando-o no vasto universo onde a interpretação orbita (BRASIL et al., 2018, p.23).

Também considerado um processo naturalista, indutivo e interpretativo, acresce-se como justifica o fato de que a abordagem qualitativa se faz relevante no estudo das relações sociais, de modo a captar a visão de mundo e as experiências humanas, localizar o observador no mundo e dar-lhe visibilidade, comprometer-se com uma investigação direcionada para a práxis e a mudança social, e acima de tudo, disponibilizar um conhecimento ideográfico (SOUSA; ERDMAN; MAGALHÃES, 2016) - um novo sentido ao processo de cuidar em Saúde e Enfermagem.

## 4.1 MOMENTOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA COM METASSÍNTESE

### 4.1.1 Elaboração do Projeto de Pesquisa

Considerando a contribuição da metassíntese para o avanço do conhecimento e, a necessidade de visibilizar e conformar novas proposições que culminem para um cuidado mais ético e humano na área da Saúde e Enfermagem, o objeto de estudo foi definido a priori, qual seja, a produção do conhecimento sobre o processo de cuidar em Saúde e Enfermagem.

Delimitado o objeto, foi elaborada a seguinte questão de investigação: a partir da análise da produção bibliográfica qualitativa desenvolvida pela Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá, que categorias evidenciam a produção do conhecimento sobre o processo de cuidar em Saúde e Enfermagem? Como objetivo, almeja-se analisar o conhecimento sobre o processo de cuidar em Saúde e Enfermagem a partir dos sentidos extraídos da produção bibliográfica qualitativa da referida professora.

### 4.1.2 Busca na Literatura

Como fonte de investigação para a realização da RSLM, utilizou-se a produção bibliográfica da enfermeira Lenilde Duarte de Sá (*in Memoriam*), ex-professora da UFPB, informada no Currículo Lattes por meio da Plataforma Lattes, no endereço eletrônico <http://lattes.cnpq.br/6801469017582405>.

O *corpus* de análise foi constituído apenas por artigos científicos, que segundo Sandelowski e Barroso (2003), são o veículo mais comum para disseminar pesquisa nas Ciências da Saúde. Justifica-se a escolha do corpus pela preocupação com o tamanho da amostra e profundidade da análise. Lopes e Fracoli (2008) e Sandelowski, Docherty e Emden (1997) orientam que em pesquisa qualitativa, uma amostra excessivamente grande tende a impedir uma análise mais profunda, ameaçando a validade interpretativa dos dados.

O pesquisador deve selecionar e compreender cada estudo em sua singularidade, atentando para a similaridade temática por meio da comparação do tipo de questão problematizadora, da literatura utilizada na revisão, das técnicas de amostragem, coleta e análise dos dados.

Como ferramentas de busca, utilizam-se os descritores e, ou palavras-chave nos quais precisam ser sensíveis para acessar adequadamente o objeto, indicando um número



representativo de estudos (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014). Nesse caso, após consulta à Biblioteca Virtual de Saúde por meio do DeCS foram utilizados os descritores cuidado e, ou cuidados de Enfermagem e as palavras-chave práticas de cuidado e/ou gestão do cuidado.

Definidas a fonte de investigação, o *corpus* e as ferramentas de busca do estudo, procede-se à fase de composição da amostra, na qual deve disponibilizar um material com amplo potencial analítico.

De acordo Galvão e Pereira (2014) e Brum e Zuge (2016) a busca dos estudos em bases de dados virtuais ou fontes tradicionais, assim como as demais etapas da RSLM, devem ser conduzidas por, pelo menos, dois pesquisadores/juízes, de forma independente, sistematizada, efetiva e organizada em *softwares* que permitem a manipulação das informações.

O percurso metodológico da presente pesquisa foi conduzido desde à busca dos artigos à avaliação metodológica, de forma independente, sob a supervisão de duas pesquisadoras, ambas Professoras e Doutoradas na área da Enfermagem, inseridas no GRUPO-TB/PB há mais de cinco anos, com afinidade à temática Processo de Cuidar.

#### **4.1.3 Composição da Amostra**

O universo da pesquisa compreendeu um total de 102 artigos. Como critérios de seleção da amostra, foram incluídos artigos de natureza qualitativa, publicados na íntegra nos idiomas português, inglês e, ou espanhol, no período compreendido entre 1995 a 2018, e cujo título apresentasse um dos descritores e, ou palavras-chave definidas na etapa anterior. Foram excluídos estudos com abordagem quantitativa (14), híbrida (02) e, estudos secundários (12). Os artigos foram identificados pela letra A maiúscula, indicando a modalidade da pesquisa (artigos), seguido da numeração conforme informado no documento do currículo lattes, a saber, A1, A2, A3 e assim, sucessivamente.

Dos 74 artigos qualitativos publicados, apenas 10 (A18, A24, A27, A45, A46, A49, A52, A54, A63, A70) atenderam os critérios de inclusão e foram submetidos, pelos juízes, ao Teste de Relevância I (leitura do título, resumo e descritores) por apresentarem similaridade ao objeto de pesquisa. Contudo, após a leitura na íntegra de cada artigo (Teste de Relevância II), os juízes desconsideraram o artigo A24 alegando incongruência com o respectivo objeto. O *corpus* analítico da RSLM resultou em nove artigos (A18, A27, A45, A46, A49, A52, A54, A63, A70).

Definida a amostra, procedeu-se a fase de avaliação da qualidade metodológica do *corpus* e da coleta de informações.

#### **4.1.4 Avaliação da Qualidade Metodológica e Extração de Dados**

Embora a qualidade não deva ser um critério usado para excluir estudos, os artigos selecionados na etapa anterior foram analisados quanto ao risco de viés e à qualidade metodológica por meio do JBI-QARI (Anexo A), composto por dez perguntas, que avalia a existência ou não de congruência entre o objeto, objetivos do estudo, metodologia e interpretação dos dados; se as falas dos participantes foram devidamente descritas; se os preceitos éticos foram respeitados, dentre outros critérios (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

A cada estudo, os juízes, de forma independente, assinalaram uma das alternativas (sim, não, nunca, não aplicável) e, após completo preenchimento do formulário, classificaram-no em duas categorias, a saber, Categoria A - indica os artigos com baixo risco de viés e que atenderam até, pelo menos, nove dos dez itens propostos no JBI QARI, e Categoria B – corresponde aos estudos com risco de viés moderado por atenderem parcialmente – pelo menos cinco dos dez itens adotados (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015). Após avaliação, os juízes consideraram os nove estudos com baixo risco de viés - Categoria A, totalizando a amostra final do *corpus* da pesquisa.

O material empírico foi coletado no período compreendido entre outubro e novembro de 2018. Dois quadros sinóticos foram construídos para melhor visibilidade de cada estudo, destacando-se as variáveis: código de identificação, título da obra, autores, ano de publicação, periódico, questão de investigação, referenciais teórico e metodológico, tipo de estudo, participantes, ano de desenvolvimento da coleta, cenário do estudo, técnicas de coleta e análise dos dados. Os resultados extraídos dos nove estudos primários foram descritos em um terceiro quadro sinótico. Uma vez descritas as informações, os dados foram compilados e analisados.

#### **4.1.5 Compilação e Análise dos Dados**

Almejando uma melhor interpretação e inferência dos estudos selecionados, adotou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temático-Categorial (ACTC), que de acordo com Minayo

(2014), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar algo para o objetivo analítico escolhido.

Bardin (2009, p.44) conceitua a Análise de Conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A técnica de Análise de Conteúdo pressupõe algumas etapas que não se sucedem, obrigatoriamente, segundo uma ordem cronológica. Estas, são definidas por Bardin (2009) como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Para Bardin (2009), a pré-análise corresponde à fase de organização do material propriamente dita por meio da sistematização de ideias. Neste momento, foram realizadas leituras em profundidade do material coletado para conhecer todos os textos e identificar os pontos convergentes, divergentes e significativos ao tema.

A exploração do material corresponde à transformação dos dados em conteúdos temáticos por meio da codificação do *corpus*, determinando as temáticas a serem discutidas (BARDIN, 2009). Este foi o período mais duradouro da análise, no qual foi realizado o inventário de todos os resultados, isolando, codificando e recortando as Unidades de Registro (UR) e as Unidades de Segmento (US). Após, ocorreu o processo de análise temática e análise categorial das unidades de segmentação.

A primeira corresponde à quantificação, frequência das UR em cada US, na qual se expressa a presença ou não dessas unidades em cada estudo. Na segunda, por sua vez, são definidas as dimensões nas quais as US aparecem, agrupando-as segundo critérios empíricos ou teóricos (OLIVEIRA, 2016).

Para a construção de boas categorias empíricas na ACTC, Oliveira (2016) recomenda a utilização de critérios específicos, como a homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade, adequação ou pertinência ao conteúdo e objetivo do estudo.

O material compilado foi codificado em quatro categorias principais: Categoria 1 - Distanciamento entre o processo formativo dos profissionais e as práticas de atenção à saúde; Categoria 2 – Fragilização dos modos de produzir cuidado em saúde; Categoria 3 - Dificuldades na organização dos serviços de saúde e sua influência na gestão do cuidado e;

Categoria 4 - Potencialidades e fragilidades nos atributos da APS e sua relação com o processo de cuidar.

No tratamento dos resultados, utilizaram-se inferências e interpretações a partir da fundamentação teórica e dos pressupostos que conduziram a investigação (BARDIN, 2009).

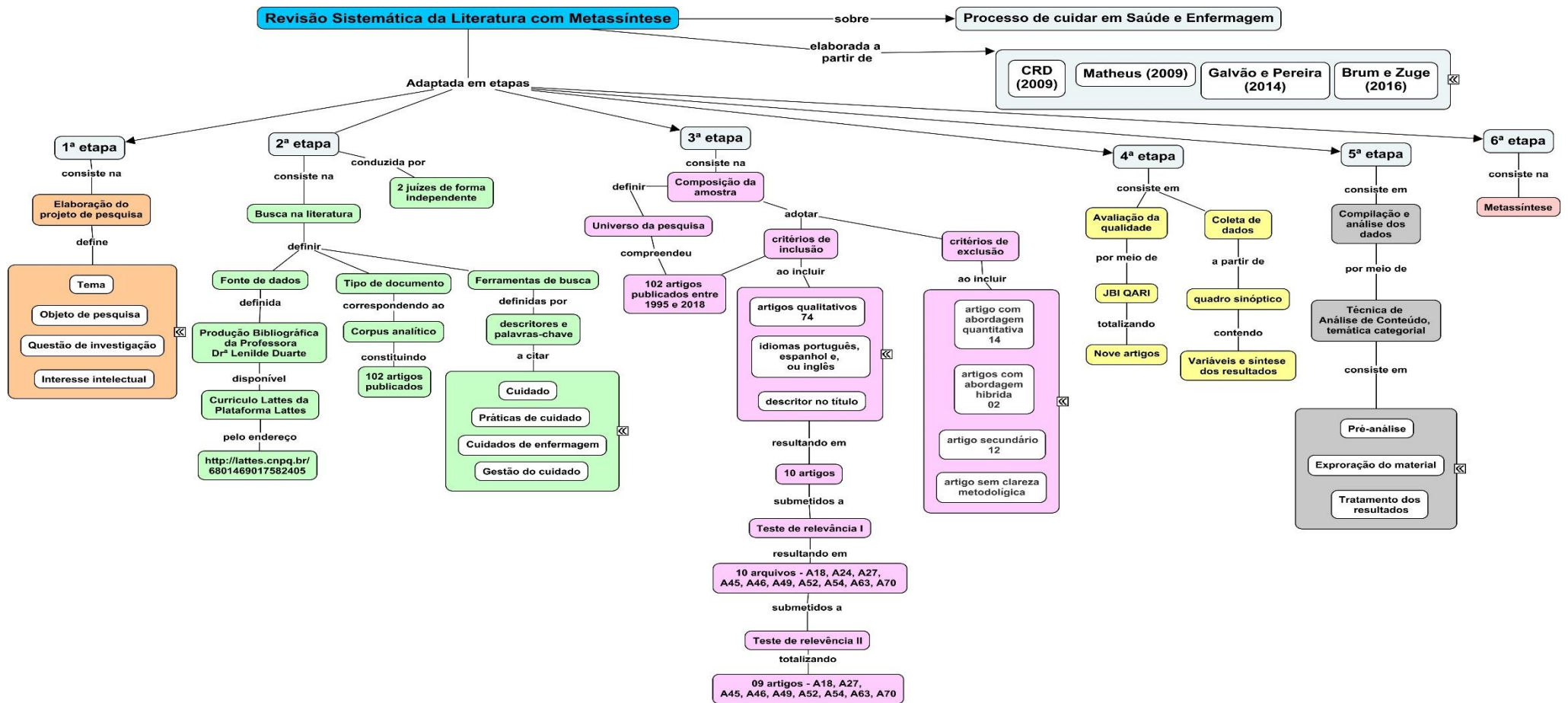
Posteriormente à confecção das categorias, almejando melhor compreendê-las, o *corpus* foi transcrito para uma planilha do programa *OpenOffice*, versão 4.1.2 e processado com auxílio do *software* de Análise Textual *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEC) - Versão 0.6 alpha 3, cujo arsenal variado de estratégias para análise estatística permite sistematizar as relações que podem ser apreendidas desse *corpus* (SOUZA et al., 2018; CAMARGO; JUSTO, 2013).

O IRAMUTEC é um *software* gratuito, criado sob a lógica da *open source* que se ancora no ambiente estatístico do *software R* e na linguagem *Python*. Desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud e mantido até o ano de 2009 no idioma de origem, tal ferramenta viabiliza diferentes processamentos e análises estatísticas de textos produzidos, desde aquelas mais simples como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude) (KAMI et al., 2016). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras) (SOUZA et al., 2018).

Com o auxílio da Profa. Dra. Sandra Almeida (UFPB) utilizou-se a Nuvem de Palavras para processamento de dados, estratégia simples de agrupar e organizar as palavras que mais se destacaram no *corpus* teórico. É uma análise textual mais simples, porém graficamente bastante interessante, na medida em que possibilita rápida identificação das palavras-chave de um *corpus* (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Na **Figura 1** a seguir, utilizando a ferramenta de Mapa Conceitual, são apresentados os seis momentos desenvolvidos para a construção dessa revisão. Ressalta-se, que a metassíntese é discutida no Capítulo 6, posterior à apresentação dos resultados oriundos da ACTC.

**Figura 1** – Etapas da Revisão Sistemática da Literatura com Metassíntese sobre o Processo de Cuidar. João Pessoa-PB, 2019.





“Fundamental é ser feliz!”

(SÁ, 2016)

## 5 APRESENTANDO OS RESULTADOS

O capítulo em análise foi tecido em dois grandes momentos. O primeiro refere-se à análise do *corpus* segundo a dimensão contextual, na qual envolve a descrição bibliométrica dos estudos, conforme apresentados nos **Quadros 2 e 3**. Variáveis foram utilizadas para ampliar a visibilidade do leitor quanto às características de cada estudo. O segundo momento diz respeito à apresentação da análise categorial, por meio da ACTC, descrita no **Quadro 4**. Na oportunidade, apresenta-se a nuvem de palavras, oriunda da análise textual processada por meio do *software* IRAMUTEC.

## 5.1 ANÁLISE DOS DADOS SEGUNDO A DIMENSÃO CONTEXTUAL

A bibliometria constitui uma estratégia relevante utilizada por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento (SILVA, 2013) que visam a mensurar e a compreender, de maneira contextualizada, a produção científica existente em livros, documentos e artigos publicados em periódicos e anais de eventos, por meio de métodos quantitativos e abordagens teóricas (GUEDES, 2012).

A análise bibliométrica possibilita a obtenção de informações dos processos de comunicação escrita por meio da identificação de tendências e crescimento do conhecimento produzido na forma de teses, dissertações e artigos. Fornece, ainda, pelos resultados obtidos, subsídios para a formulação de políticas científicas para disciplinas do campo da Saúde (PIZZANI; SILVA; HAYASHI, 2008).

Para compreensão contextualizada das produções que geraram o *corpus* analítico dessa pesquisa, variáveis foram quantificadas, a exemplo do título. Observa-se, uma preocupação dos pesquisadores pela veiculação de estudos direcionados à área de Enfermagem em Saúde Pública e à temática da TB (A45, A46, A52, A54, A63 e A70), apresentando como objeto de investigação a relação entre gestão do cuidado à TB e formação do enfermeiro (A45); o cuidado ao doente de TB na ESF (A46); o cuidado à saúde da mulher com TB (A52 e A63); a organização dos serviços e gestão do cuidado à TB (A54) e, o abandono do tratamento x serviços no cuidado ao doente de TB (A70).

Não tão distante dessa proposta de investigação sobre o processo de cuidar, estudos sobre a atuação de enfermeiros na prática de cuidados afrodescendentes (A18); a humanização da assistência de Enfermagem em nível hospitalar (A27) e, vivências de oficinas de cuidado com trabalhadores de saúde foram desenvolvidos (A49).

Tão importante quanto conhecer a área de interesse e objeto de investigação dessas pesquisas é conhecer quem são os pesquisadores envolvidos para melhor entender sua relação com a temática em estudo. Destarte, dos 27 autores, 26 possuem Graduação em Enfermagem

e um em Medicina. À época das publicações, 15 autores com titulação máxima de mestres e doutores atuavam como professores em instituições públicas e privadas; cinco cursavam Pós-Graduação *Stricto Sensu*, sendo quatro na área de Enfermagem (mestrado e doutorado) e um na área de Ciências da Religião (mestrado); seis autores atuavam como enfermeiros assistencialistas, sendo dois deles, mestres; e um cursava a Graduação em Enfermagem.

No tangente à variável ano de publicação, observa-se que os nove estudos que compuseram o *corpus* da pesquisa foram publicados entre os anos de 2010 e 2016, sendo os anos de 2011 (A54 e A63) e 2012 (A46, A49 e A52) responsáveis pela maioria da publicação. Os anos de 2010, 2013, 2014 e 2016 apresentaram uma publicação, cada.

Os estudos foram veiculados nacionalmente em periódicos que contribuem com o progresso do conhecimento nos campos da Saúde e da Enfermagem. Sete artigos foram publicados em periódicos específicos da Enfermagem, quais sejam: Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE - on line (A49, A63 e A70), Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn (A18 e A45), Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP - (A46) e Revista Texto e Contexto Enfermagem (A52). Outros dois artigos foram publicados nas revistas Ciência, Cuidado e Saúde (A27) e, Ciência e Saúde Coletiva (A54).

Como ferramenta de busca, foram considerados os descritores e palavras-chave que valorizaram a prática do enfermeiro e de outros profissionais na área da saúde que lidam com o processo de cuidar, podendo citar: TB (cinco); Enfermagem (três); Saúde da Família (três); Cuidado de Enfermagem (dois); Saúde da mulher (dois); Saúde Comunitária; Diversidade Cultural; Grupos Étnicos; Cuidado; Hospitalização; Humanização da assistência; Atenção Primária em Saúde; Programa Saúde da Família; Enfermagem em Saúde Pública; Humanização; Cuidadores; Processo de trabalho; Pessoal de saúde; Gestão em Saúde; Pacientes desistentes do tratamento.

Ao buscar conhecer a questão de investigação, percebe-se que sete estudos (A18, A27, A45, A49, A52, A54 e A63) apresentaram-na claramente quando da delimitação do objeto de pesquisa, o que é algo deveras positivo para a manutenção do rigor e clareza metodológica da mesma.

Tais variáveis são apresentadas no **Quadro 2** a seguir.



**Quadro 2** – Descrição dos estudos selecionados conforme as variáveis título, autores, ano de publicação, periódico, descritores e questão de investigação. João Pessoa - PB, 2019.

Nº	Título	Autores	Ano	Periódico	Descritor	Questão de investigação
18	Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas	Lima MRA, Nunes MLA, Kluppel BLP, Medeiros SM, Sa LD	2016	REBEn	Enfermagem; Saúde Comunitária; Diversidade Cultural; Grupos Étnicos; Cuidado	Como os enfermeiros, na produção de cuidado na atenção básica à saúde lidam com o contexto da diversidade cultural dos grupos étnicos e suas raízes espirituais?
27	Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar: percepção de usuários	Silva, F. L. F.; Oliveira, R. C. C.; Sá, L. D.; Lima, A. S.; Oliveira, A. A. V.; Collet, N.	2014	Ciência, Cuidado e Saúde	Cuidados de Enfermagem; Hospitalização; Humanização da assistência	Qual a opinião dos usuários hospitalizados sobre a humanização e os cuidados prestados pela enfermagem no ambiente hospitalar?
45	Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro	Barrêto, A. J. R.; Evangelista, A. L. F.; Sá, L. D.; Almeida, S. A.; Nogueira, J. A.; Lopes, A. M. C.	2103	REBEn	Enfermagem; Atenção Primária em Saúde; Tuberculose.	A formação do enfermeiro está voltada para promover a gestão do cuidado a TB?
46	Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras	Sá, L. D.; Oliveira, A. A. V.; Gomes, A. L. C.; Nogueira, J. A.; Villa, T. C. S.; Collet, N.	2012	Revista Escola Enfermagem USP	Tuberculose, Programa Saúde da Família, Enfermagem em Saúde Pública, Cuidados de Enfermagem	Não apresenta
49	Cuidando de quem cuida: importância de ações humanizadoras aos trabalhadores de saúde	Brito, V. K. F.; Lopes, A. M. C.; Coutinho, S. E. D.; Vaz, E. M. C.; Sá, L. D.; Collet, N.	2012	Revista Enfermagem UFPE on line	Humanização; Cuidadores; Processo de trabalho; Pessoal de saúde	Os profissionais se sentem cuidados e acolhidos no ambiente de trabalho? Já participaram de vivências cuidadoras? Como se sentiram?
52	O cuidado à saúde da mulher com	Sá, L. D.; Santos, A. R. B. N.;	2012	Texto	Tuberculose. Saúde da	Segundo a dimensão do

	tuberculose na perspectiva do enfoque familiar	Oliveira, A. A. V.; Nogueira, J. A.; Tavares, L. M.; Villa, T. C. S.		Contexto Enfermagem	mulher. Saúde da família.	enfoque familiar, quais são as relações que os profissionais da estratégia Saúde da Família estabelecem entre o cuidado integral e às necessidades da mulher com TB?
54	Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose	Barrêto, A. J. R.; Sá, L. D.; Nogueira, J. A.; Palha, P. F.; Pinheiro, P. G. O. D.; Farias, N. M. P.; Rodrigues, D. C. S.; Villa, T. C. S.	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Enfermagem, Gestão em saúde, Tuberculose	O que apresenta a discursividade dos Apoiadores Matriciais sobre a relação entre a organização dos serviços e a gestão do cuidado à TB considerando ser a ESF, pela política de saúde local, a principal porta de entrada no sistema de saúde no município estudado?
63	Cuidado integral a mulheres com tuberculose na Estratégia Saúde da Família	Sá, L. D.; Santos, A. R. B. N.; Oliveira, A. A. V.; Andrade, S. L. E.; Nogueira, J. A.; Rodrigues, D. C. S.	2011	Revista Enfermagem UFPE on line	Tuberculose; Saúde da Família; Saúde da Mulher	O que se evidencia na relação dada entre os profissionais que atuam em equipes da ESF e o cuidado à saúde da mulher com TB, na perspectiva da integralidade?
70	Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose	Sá, L. D.; Oliveira, A. A. V.; Souza, K. M. J.; Palha, P. F.; Nogueira, J. A.; Villa, T. C. S.	2010	Revista de Enfermagem UFPE on line	Tuberculose; Saúde da Família; Pacientes desistentes do tratamento.	Não apresenta

Prosseguindo a análise contextual, em relação à variável objetivos, identifica-se a coerência metodológica entre os objetos de estudo, questão de investigação, finalidades propostas e as estratégias metodológicas definidas pelos artigos em análise.

Sobre o referencial teórico, percebe-se que a maioria dos estudos (A27, A49, A52, A54, A63 e A70) não utilizou teorias e/ou redes teórico-conceituais para subsidiar o processo empírico de investigação e tomada de decisão. Tal prática deve ser paulatinamente substituída pelo uso de teorias que visibilizam as disciplinas do campo da Saúde, com olhar diferenciado para a Enfermagem, conferindo-lhes empoderamento do saber-fazer de cada profissão.

No que diz respeito ao referencial metodológico, percebe-se que apenas dois estudos utilizaram a História Oral (A18 e A70) como um dispositivo teórico-analítico para a elaboração do método de estudo.

No tangente à variável tipo de investigação, três estudos descreveram-na como exploratória e descritiva conforme os objetivos das pesquisas (A18, A27 e A46). Foi desenvolvido também um estudo de abordagem avaliativa (A70).

Em relação à técnica de coleta, quase a totalidade dos estudos (A18, A27, A45, A49, A52, A54, A63 e A70) utilizou a entrevista como instrumento para apreensão dos dados qualitativos. Um estudo utilizou da técnica de grupo focal (A46). Por sua vez, para a análise desses dados foi utilizada a ACTC (A27, A45, A46, A52 e A63), a técnica de Análise de Discurso (A54 e A70), a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (A49) e o método de identificação dos eixos centrais (A18).

Os estudos foram desenvolvidos, em sua maioria, em níveis de atenção primária (A18, A45, A46, A49, A52, A54, A63 e A70) e também de atenção terciária (A27), nas cidades do Conde (A18), João Pessoa (A27 e A49) e regiões metropolitanas de João Pessoa, que correspondem às cidades de Santa Rita, Bayeux e Cabedelo (A45, A46, A52, A54, A63 e A70), localizadas no estado da Paraíba.

No tangente à variável participantes, compuseram a amostra dos nove estudos pacientes em situação de hospitalização (A27), usuários em situação de abandono do tratamento da TB (A70), enfermeiros (A18, A45 e A46), profissionais diversos incluindo enfermeiros e ACS (A49, A52 e A63) e apoiadores matriciais (A54). As pesquisas qualitativas em análise foram desenvolvidas entre o período de 2008 a 2012, conforme informado no **Quadro 3**, a seguir.

**Quadro 3** – Descrição dos estudos selecionados conforme as variáveis objetivo, referencial teórico, tipo de estudo, local, participantes, ano de desenvolvimento, técnica de coleta e análise e, referencial metodológico. João Pessoa - PB, 2019.

Nº	Objetivo	Ref. Teórico	Tipo Estudo	Local/ Participantes/ Ano	Técnica coleta e análise	Ref. Metodológico
18	Analisar a atuação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação as práticas de cuidados cujas raízes tem origem nas culturas africana e indígena.	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (Leininger), Concepção intercultural dos direitos humanos (Boaventura de S. Santos)	Descritivo - exploratório, abordagem qualitativa	Conde-PB 07 enfermeiros 2012	Entrevista Método para identificação dos eixos centrais	História Oral Temática
27	Conhecer a percepção de usuários hospitalizados sobre o cuidado prestado pela equipe de enfermagem e identificar o entendimento dos usuários sobre a humanização do cuidado.	Não apresenta	Descritivo - exploratório, abordagem qualitativa	Clínica médica de um hospital público da cidade de João Pessoa-PB 31 pacientes hospitalizados 2011	Entrevista Análise temática	Não apresenta
45	Analisar a relação entre a formação do enfermeiro e as ações direcionadas a gestão do cuidado a tuberculose.	Os apontamentos teórico-conceituais sobre a gestão do Cuidado são abordados segundo Cecílio (2011).	Pesquisa qualitativa	Um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB. Dez enfermeiros da Estratégia Saúde da Família 2010	Entrevista semiestruturada Análise de Conteúdo Categorial	Não apresenta
46	Analisar as percepções de enfermeiras sobre o cuidado desenvolvido pela equipe de saúde da família no controle da TB em um município que integra a região metropolitana da grande João Pessoa, considerado prioritário pelo Programa Nacional de Controle da	Fundamenta-se no eixo teórico da integralidade, do processo de trabalho das equipes de saúde da família e do vínculo.	Descritivo - exploratório, abordagem qualitativa	Um município da região metropolitana da grande João Pessoa-PB. 13 enfermeiras da Estratégia Saúde da Família 2007	Grupo focal Análise de Conteúdo modalidade temática	Não apresenta

	Tuberculose (PNCT).					
49	Analisar a importância da realização de vivências cuidadoras aos trabalhadores de uma equipe de saúde da família.	Não apresenta	Pesquisa qualitativa	Unidade Básica de Saúde de João Pessoa-PB Sete profissionais da unidade de saúde 2010	Entrevista do Discurso do Sujeito Coletivo	Não apresenta
52	Analisar as relações que profissionais da estratégia saúde da família fazem entre o cuidado integral e as necessidades da mulher com TB em um município prioritário da Paraíba, segundo a dimensão de enfoque familiar.	Não apresenta	Pesquisa qualitativa	Um município da região metropolitana de João Pessoa-PB. Oito profissionais (enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde) que acompanhavam mulheres em tratamento da tuberculose. 2009	Entrevista de Análise de Conteúdo	Não apresenta
54	Analisar a discursividade de gestores sobre a relação entre a organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à TB em um município da região metropolitana de João Pessoa (PB), Brasil.	Não apresenta	Pesquisa qualitativa	Um município da região metropolitana de João Pessoa-PB. 16 apoiadores matriciais que atuavam como integrantes de equipes gestoras responsáveis pela organização dos serviços de saúde, na articulação entre as ESF e os distritos sanitários. 2009	Entrevista de Análise de Discurso de linha francesa	Não apresenta
63	Analisar as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família no cuidado à mulher com TB em um município prioritário da Paraíba, na perspectiva da integralidade.	Não apresenta	Pesquisa qualitativa	Um município da região metropolitana de João Pessoa-PB. Oito profissionais (enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde) que acompanhavam mulheres	Entrevista de Análise de Conteúdo	Não apresenta

				em tratamento da tuberculose. 2009		
<b>70</b>	Avaliar os fatores relacionados ao abandono do tratamento da TB, segundo a dimensão do elenco de serviços.	Não apresenta	Pesquisa avaliativa, natureza qualitativa	Dois municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB Nove usuários que tiveram o abandono como critério de encerramento do tratamento da tuberculose 2008	Entrevista de Análise de Discurso	História Oral Temática

## 5.2 ANÁLISE CATEGORIAL DA RSLM SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR

Essa seção destina-se à apresentação da ACTC da RSLM e da nuvem de palavras gerada pelo IRAMUTEC sobre o processo de cuidar. O conhecimento produzido pelos 27 autores dos nove artigos analisados sobre o cuidado foi descrito e pode ser compreendido a partir da compilação de quatro categorias temáticas, 11 US e 54 UR.

Na Categoria 1, **Distanciamento entre o processo formativo dos profissionais e as práticas de atenção à saúde**, observa-se a importância e a influência de uma formação acadêmica politicamente construtivista e dialógica, que favoreça a reflexão, a participação ativa/crítica e a inovação de práticas voltadas à promoção da saúde e prevenção da doença. No estudo, a formação segmentada, focada no paradigma da cura, obstaculizou profissionais de saúde a desenvolverem um cuidado mais humano. Associado a isso, o déficit na capacitação desses profissionais surgiu como um dos fatores predisponentes à obstacularização de sua prática assistencial.

Na Categoria 2, **Fragilização dos modos de produzir cuidado em saúde**, percebe-se o caráter prescritivo, curativo e segregacionista do cuidado dispensado nos contextos de atenção à saúde, no qual o ser humano foi percebido diante de suas necessidades físicas e biológicas, em consequência da hegemonia do modelo de atenção curativo.

Na Categoria 3, **Dificuldades na organização dos serviços de saúde e sua influência na gestão do cuidado**, evidencia-se que a gestão do cuidado esteve diretamente relacionada aos modos de organização dos serviços de saúde. Nesse caso, teve-se a descontinuidade e, ou desvalorização do cuidado em virtude da organização verticalizada da rede; da existência de um ambiente de cuidado prescritivo, não acolhedor; um processo de trabalho incontinuo em que os profissionais ignoram seus saberes e de outrem, desconhecem seu papel e a importância do trabalho em equipe.

Na Categoria 4, **Potencialidades e fragilidades nos atributos da APS e sua relação com o processo de cuidar**, percebe-se, na maioria dos estudos, um modelo de cuidado contrário aos princípios, diretrizes e atributos do SUS, caracterizado pela falta do vínculo terapêutico em virtude de relações interpessoais fragilizadas; pela falta de coordenação e reconhecimento da AB como porta preferencial de entrada do usuário no serviço; por práticas e atitudes que não valorizaram a integralidade do cuidado e do ser em todas as suas dimensões, considerando nesse ínterim a família. Adversamente, a corresponsabilização do cuidado entre os profissionais, usuários e família foi identificada como potencialidade nesse processo de cuidar.

**Quadro 4** – Análise categorial da RSLM sobre o Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem

<b>Categoria 1: Distanciamento entre o processo formativo dos profissionais e as práticas de cuidado à saúde</b>	
<b>Unidade de Segmentação</b>	<b>Unidades de Registro</b>
Formação segmentada, voltada à prática curativa	“os espaços de aprendizagem estavam voltados, principalmente, para o campo curativo” (A45) “superficialidade e distanciamento do cuidado à pessoa com TB na relação entre a teoria e a prática” (A45) “deficiência na formação com ênfase na observação” (A45) “as matrizes curriculares enfatizam uma abordagem estritamente biológica” (A45) “desvalorização da problemática da TB, desconhecimento da vulnerabilidade social das pessoas em adquirir a doença” (A54)
Déficit na qualificação profissional	“falta de capacitação dos profissionais” (A46)
<b>Categoria 2: Fragilização dos modos de produzir cuidado em saúde</b>	
<b>Unidade de Segmentação</b>	<b>Unidades de Registro</b>
Cuidado prescritivo, curativo e segregacionista	“um cuidado centrado em tarefas, valorizando a execução de procedimentos técnicos” (A27) “existe uma definição de como, quando e quem deve fazer o que” (A46) “ações voltadas exclusivamente para a condição clínica” (A70) “resistência da hegemonia do saber médico” (A46) “cumprimento de protocolos pré-estabelecidos, monitoramento de indicadores e garantia de acesso às tecnologias duras” (A54) “o preconceito da sociedade com o doente e o preconceito do próprio doente” (A52)
<b>Categoria 3 – Dificuldades na organização dos serviços de saúde e sua influência na gestão do cuidado</b>	
<b>Unidade de Segmentação</b>	<b>Unidades de Registro</b>
Hierarquização e verticalização dos serviços voltados a prática clínica	“a organização do serviço se volta para a detecção do sintomático respiratório” (A45) “a organização do cuidado ao doente de TB cumpre sua função quando da suspeição e encaminhamento” (A70) “nenhum profissional entrevistado apresentou em sua fala elementos que revelassem uma atenção articulada entre controle da TB e a atenção à saúde da mulher” (A52) “não se observam enunciados que favoreçam a efetiva descentralização do cuidado à TB para ESF” (A54)



	<p>“coordenação (gestão) de Programa de Controle da Tuberculose (PCT) atuante no município que concerne à garantia da medicação” (A46)</p> <p>“não há planejamento específico” (A54)</p> <p>“o não oferecimento do pote quebra na linha de cuidado” (A70)</p> <p>“esforços da equipe e a articulação com outros níveis da atenção” (A63)</p> <p>“fragilidades na oferta de exames” (A70)</p>
Necessidade de um ambiente de cuidado acolhedor e de compartilhamento de experiências e saberes	<p>“promover um ambiente acolhedor” (A27)</p> <p>“dificuldade de acolher e valorizar” (A49)</p> <p>“os colaboradores necessitam de cuidado e de um espaço próprio de cuidado” (A49)</p> <p>“deve haver espaço para o diálogo e orientações” (A70)</p> <p>“a não valorização da comunidade às ações de educação em saúde” (A52)</p> <p>“falta de acesso à educação em saúde” (A70)</p>
Processo de trabalho em equipe: apropriação, empoderamento profissional e trabalho em equipe	<p>“assistência prestada por equipes multiprofissionais” (A63)</p> <p>“atuação das equipes se dá mediante abordagem multiprofissional” (A46)</p> <p>“Enfermagem possui o conhecimento científico... omite essas informações por acreditarem que é dever do médico” (A27)</p> <p>“fragilidades na relação entre os próprios membros das equipes” (A46)</p> <p>“dificuldade de trabalhar em conjunto; dificuldades interpessoais” (A49)</p> <p>“resistência por parte de alguns em participar (vivências de cuidado), seja por falta de confiança ou pela dificuldade em interagir com colegas de equipe” (A49)</p> <p>“a sobrecarga de trabalho entre os profissionais da enfermagem interfere na prestação dos cuidados” (A27)</p> <p>“ao relacionar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) apenas com o monitoramento da tomada do medicamento” (A45)</p> <p>“as ações de controle da TB ocorrem de modo segmentado, recebe primeiro a atenção do enfermeiro” (A46)</p> <p>“desconhecimento da estratégia DOTS” (A54)</p>
<b>Categoria 4 - Potencialidades e fragilidades dos atributos da APS a sua relação com o processo de cuidar</b>	
<b>Unidade de Segmentação</b>	<b>Unidades de Registro</b>
Acessibilidade: entraves no primeiro contato	“há relutância do doente de TB em procurar a USF para o diagnóstico da doença” (A54)
Cuidar na perspectiva do vínculo longitudinal ou do	“as relações estabelecidas entre a enfermagem e os usuários não abarcam princípios interpessoais” (A27)

relacionamento impessoal?	
Integralidade do cuidar: (des) valorização do sujeito social e dos determinantes sociais e individuais de saúde	<p>“distanciado da realidade em que os grupos populacionais vivenciam o adoecer de TB” (A45)</p> <p>“as mulheres se tratam mais rápido que os doentes masculinos” (A52)</p> <p>“não levam em consideração a realidade social... que têm relação direta com a doença” (A52)</p> <p>“valorização, dada pelo apoiador matricial, do acesso a exames e tratamento gratuito. Não foram encontrados fragmentos que versem sobre a vulnerabilidade social” (A54)</p> <p>“necessidade social obstaculiza o processo de ser cuidada.” (A63)</p> <p>“negligenciam a preocupação em conhecer o entorno social, seus aspectos socioeconômicos e culturais, suas relações familiares” (A70)</p> <p>“usuários se sintam cuidados e percebidos, sendo compreendidos em sua singularidade” (A27)</p> <p>“não fazem menção às necessidades singulares de cada ser humano” (A46)</p> <p>“correlacionaram a humanização ao acolhimento” (A27)</p> <p>“discursos se aproximam dos conceitos de humanização e integralidade do cuidado” (A54)</p>
Pouco envolvimento familiar no processo de cuidado	<p>“Não há depoimentos que ressaltem os cuidados preventivos nem tampouco priorizando a família e comunidade” (A45)</p> <p>“a importância da família para o êxito terapêutico” (A52)</p>
Relacionamento apático e o cuidado culturalmente competente	<p>“por não possuir vínculo com as culturas afro e indígena, afirma desconhecer os exercícios de cuidado e não valorizar os saberes indígena e afro que embasam as práticas tradicionais de cura” (A18)</p>
Coordenação da atenção fragilizada	<p>“centralização e hierarquização do processo de informação da área técnica de TB da SMS para as USF” (A54)</p>
Corresponsabilização do cuidado	<p>“pode ser observado o vínculo e a corresponsabilização da equipe” (A63)</p> <p>“generosidade” (A63)</p>





“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

(FLORENCE NIGHTINGALE)

## 6 ESCRREVENDO A METASSÍNTESE

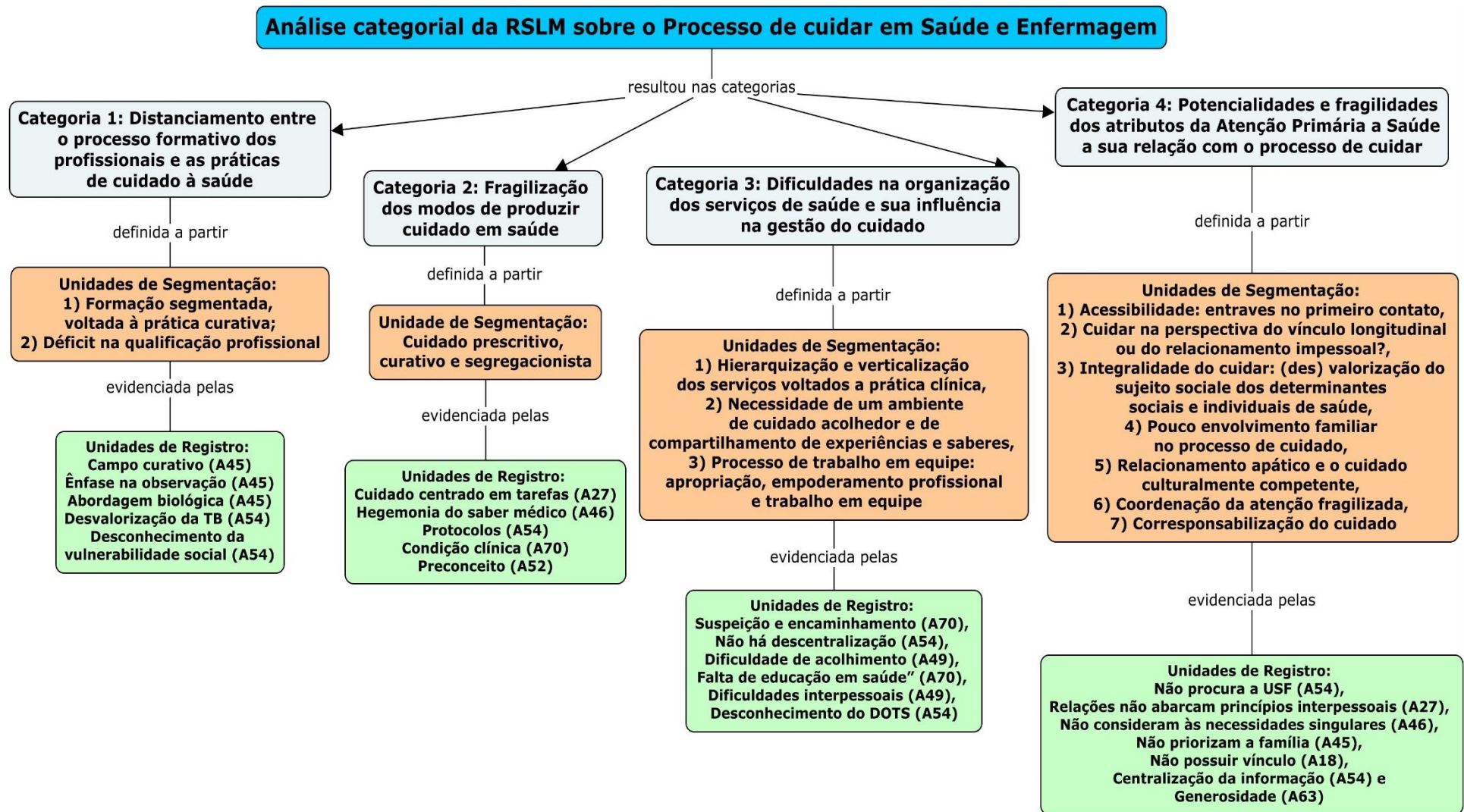
**T**eceu-se o capítulo em tela pela síntese do conhecimento produzido sobre o processo de cuidar em saúde e Enfermagem, por meio da interpretação dos resultados extraídos do corpus empírico.

A discussão teórica proposta assume caráter pluralista entre campos do saber como da Enfermagem, Medicina, Saúde Pública e Saúde Coletiva, quando se considera a origem do *corpus* empírico. O currículo da professora Dra. Lenilde Duarte de Sá, associado ao currículo de outros 26 autores que compõem os nove artigos da amostra, retratam historicamente as lutas e conquistas de uma democracia pela instituição legal de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Tais autores são protagonistas dessa história e têm sua trajetória profissional voltada à militância em favor da Reforma Sanitária Brasileira. Destarte, para discussão e síntese do processo de cuidar, na perspectiva de tais autores, é imperioso percorrer momentos históricos da construção do SUS.

Pelas categorias temáticas infere-se que o processo de cuidar desenvolvido pelos profissionais de saúde, sobretudo, pelos enfermeiros atuantes nos níveis de atenção primária e terciária, dos municípios do Conde e da região da grande João Pessoa, incluindo a capital João Pessoa, Cabedelo, Bayeux e Santa Rita, estado da Paraíba, apresentou fragilidades e obstáculos para sua operacionalização à época da pesquisa (período compreendido entre os anos de 2007 a 2012), uma vez que, as práticas de cuidado estiveram enraizadas no modelo médico hegemônico de atenção à saúde, sob forte influência do processo de formação desses profissionais.

Em cada categoria temática, apresentam-se as US e suas respectivas UR (**Figura 3**), fundamentas e/ou confrontadas teoricamente com a interpretação própria da pesquisadora e com estudos científicos veiculados na última década que retratam especificamente o estado da arte sobre o processo de cuidar.

**Figura 3** – Análise categorial da RSLM sobre o processo de cuidar. João Pessoa-PB, 2019.



## 6.1 DISTANCIAMENTO ENTRE O PROCESSO FORMATIVO DOS PROFISSIONAIS E AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE

A primeira categoria de análise versa sobre a relação e a influência da formação acadêmica dos profissionais de saúde no desenvolvimento de práticas humanizadas de cuidado que considerem a complexidade do ser humano e sua inserção no contexto das políticas públicas de saúde.

Para interpretar a síntese do conhecimento produzido acerca da formação em saúde e sua interface com o processo de cuidar voltado para o SUS, galgou-se, embora que minimamente, por contextos sócio, histórico e político que influenciaram a construção e ou reformulação dos currículos dos cursos na área da saúde em conformidade as necessidades de saúde da comunidade, perpassando pelas DCN, pelas estratégias e ferramentas de incentivo à formação dos profissionais como a Educação Permanente em Saúde (EPS) e pelas Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MAEA) como prática pedagógica atual.

Tal percurso culminou na construção de duas subcategorias de análise, cujos apontamentos, talvez não inéditos, se configuram imprescindíveis para a formação de profissionais de saúde políticos, ativos, críticos e reflexivos.

### 6.1.1 Formação em saúde e as práticas de cuidado: uma relação intrínseca

Atualmente, em resposta aos efeitos da globalização, vive-se uma era de incertezas epistemológicas, mudanças paradigmáticas e transformações tecnocientíficas, nas quais o conhecimento se configura recurso imprescindível para a adaptação dos seres humanos às exigências inerentes ao seu papel na sociedade.

Reside, pois, na educação a expectativa e a responsabilidade de formar e educar cidadãos aptos a atender as necessidades do ser social em sua complexidade. Zanetti (2015) enfatiza a importância da efetiva formação de recursos humanos altamente qualificados e a construção do conhecimento por meio de um processo de trabalho democrático, comprometido com valores éticos, humanistas e igualitários, em um ambiente organizacional solidário e construtivo.

Padovani e Corrêa (2017) destacam o papel singular das universidades nas modificações do sistema social, político, econômico e cultural da sociedade de acordo com cada época. Os moldes tradicionais de ensino, centrados em padrões teológico-jurídico-

filosófico foram se transformando de acordo com as necessidades do humanismo e das ciências, transpondo-se para os padrões da universidade moderna do século XXI.

A busca por caminhos que consolidem projetos pedagógicos coerentes com tais avanços é imprescindível para preparar profissionais tecnicamente capazes de cumprir os desafios da modernidade sem perder de vista as perspectivas de uma educação/ensino que atendam às demandas sociais da população, possibilitando a produção de relações mais democráticas, de espaços coletivos de encontro e de modos de decisão mais compartilhada (PADOVANI; CORRÊA, 2017).

De acordo com Fujita, Carmona e Shimo (2016), a formação tradicional em saúde, hegemônica nas Instituições de Ensino Superior (IES), carrega consigo influências históricas do modelo de ensino de Abraham Flexner, que, em 1910, publicou o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, o qual fundamentou uma significativa reforma no ensino médico na América do Norte que, ampliadamente atingiu vários campos do conhecimento, consolidando a arquitetura curricular que hoje predomina na rede de ensino superior dos países industrializados.

Tal modelo difundiu-se vastamente pelo mundo, sendo adotado por diversas IES até os dias atuais (LIMA, 2017). Desde então, a formação em saúde fundamenta-se em um ensino organizado em disciplinas, centrado na transmissão de conhecimentos pelo professor ao aluno (FUJITA; CARMONA; SHIMO, 2016), sendo o primeiro o único responsável pela condução do processo educativo, uma autoridade máxima no que concerne às estratégias de ensino (PRADO et al., 2012).

Corroborando, Roman et al. (2017) enfatizam que as atividades práticas ocorrem em cenário predominantemente hospitalar, que enfatiza os aspectos biológicos, fragmenta o saber, fortalece a dicotomia entre teoria e prática sem considerar as necessidades do SUS (LIMA, 2017), nega os determinantes sociais e da doença.

Consequentemente, tem-se uma fragmentação do conhecimento, por meio das subdivisões da universidade em centros e departamentos (ROMAN et al., 2017), dos cursos em períodos e séries, e do currículo em disciplinas, dificultando o processo de ensino-aprendizagem (FEUERWERKER, 2014).

No campo da formação no Brasil, Feuerwerker e Capozzolo (2018) assinalam que os anos iniciais da década de 1960 apontavam a necessidade de um debate sobre o descompasso entre o conteúdo transmitido e as reais necessidades da população e para a dissociação teoria-prática e básico-clínico. Essa discussão deliberou um novo olhar sobre a formação em saúde,



fomentando mudanças no ensino, sobretudo na Medicina e na Enfermagem, por meio da diversificação dos cenários de aprendizagem e prática para além dos hospitais, incluindo a inserção na APS durante a graduação.

Nos anos 1970 e 1980 foram desenvolvidas experiências diversas de integração docente-assistencial, do tipo projetos de extensão universitária, nas quais acumularam saberes importantes em relação à conexão universidade-serviços e universidade-movimentos sociais (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2018). Contudo, somente a partir da criação do SUS, disseminou-se incisivamente a necessidade de trabalhar um conceito ampliado de saúde, incluindo na formação elementos que ultrapassassem a dimensão biológica na compreensão do processo saúde-doença, como o conhecimento das diferentes realidades sócio epidemiológicas do país (FEUERWERKER, 2014).

Fujita, Carmona e Shimo (2016) ressaltam que desde a segunda metade do século XX, uma preocupação com o modelo tradicional de ensino cresceu amplamente, convocando as IES a analisarem seus métodos e suas concepções pedagógicas fomentando a formação de profissionais com espírito crítico-reflexivo aptos a resolver problemas na sua realidade, em conformidade a Lei Nº 4.024/1961 que fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional – DBEN, citada por Prado et al. (2012) como a defensora das orientações pautadas nos serviços especializados para a população, estabelecendo relações de reciprocidade e acolhendo a importância do atendimento para as demandas sociais do SUS.

No cenário da educação superior, a DBEN almeja o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo (COLARES; OLIVEIRA, 2018); o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual por meio do incentivo à pesquisa e extensão; a prestação de serviços especializados à população no contexto regional e nacional, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade; a atuação em favor da universalização e do aprimoramento da educação básica (LEI DE DIRETRIZES E BASES, 2017).

No Brasil, Padovani e Corrêa (2017) destacam que na década de 1990, mudanças no ensino se concretizaram a partir da reformulação de projetos pedagógicos e curriculares nos cursos de graduação das áreas da saúde fomentada pelas DCN sob a perspectiva de construir novos perfis profissionais que viabilizassem a consolidação do SUS.

A partir de 2001, com a publicação das primeiras DCN para as graduações de Medicina e Enfermagem, a AB foi considerada cenário preferencial para a diversificação de estratégias de formação e aproximação das graduações em saúde em relação aos princípios e políticas públicas (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2018).

As DCN reiteram as premissas das DBEN (BRASIL, 2001a), pressionam as IES a assumirem o compromisso por reformas curriculares nos cursos de graduação com ampliação dos cenários de aprendizagem e determinam que os elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento sejam contemplados (VIEIRA et al., 2016) e, visando a promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Esse deverá estar apto a posicionar-se criticamente frente ao contexto sócio-político-econômico do país, atuando como agente de transformação e reconhecendo o papel da prática de profissional no contexto social (PRADO et al., 2012).

Atualmente, as DCN para os cursos de graduação enaltecem a formação contemporânea fundamentada na pedagogia das competências cujos olhares se voltam para os Pilares da Educação, quais sejam, o aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer (DELORS et al., 1998). Consideram-se conceitos fundamentos da educação orientados pelo Relatório para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, coordenada por Jacques Delors (SOUZA; SILVA; SILVA, 2018).

Especificamente, no campo da Enfermagem, as DCN para os cursos de Graduação, por meio da Resolução N°3/2001 do Conselho Nacional de Educação da Câmara de Educação Superior, em seu artigo 3° propõem a formação do enfermeiro generalista, humanista, crítico, reflexivo, qualificado, com base no rigor científico e intelectual, 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 (BRASIL, 2001a).

De acordo com Fernandes e Rebouças (2013), após aprovação da DBEN, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) desencadeou encontros e seminários para discutir e estabelecer as diretrizes gerais para a educação em Enfermagem, articulando os diversos níveis de formação. Nesse sentido, em 1998, a partir do 3° Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn), discutiu-se o processo ensino-aprendizagem da Enfermagem, com vistas a superar o modelo de currículo mínimo e da grade curricular.

Conforme enfatizado por Teixeira (2017), a qualidade da formação em Enfermagem vem sendo discutida e defendida em diversas agendas promovidas pela ABEn, que em 2012 deflagrou o movimento “Em tempos de novas DCN”, almejando construir coletivamente uma minuta de DCN com a contribuição efetiva desse órgão à mudança do atual quadro da educação em Enfermagem no Brasil, reforçando dentre outros aspectos a integração teoria e prática, a formação interdisciplinar, a garantia de participação dos enfermeiros dos serviços

nas atividades práticas e estágio curricular supervisionado, bem como, o estabelecimento das áreas prioritárias de formação segundo o quadro epidemiológico, as necessidades em saúde da população e os princípios do SUS. Destaca-se o estabelecimento da carga horária mínima para as atividades práticas, que devem ocorrer desde o início do curso.

As DCN/Enfermagem tiveram, pois, sua materialidade concretizada a partir de propostas que emergiram da mobilização das (os) enfermeiras (os), pela sua associação de classe, de entidades educacionais e de setores da sociedade civil interessados em defender as mudanças da formação na área da saúde. A Enfermagem deve responder no sentido de ultrapassar os pilares da educação pois está atrelada ao papel social e político do trabalho em saúde/enfermagem e inserida nas políticas públicas de educação e saúde (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Contrariando os esclarecimentos, propõe-se que as IES - as quais se formaram os profissionais que compuseram o corpus empírico desse estudo – não conformaram as novas proposições oriundas das DCN, quando se observa nos recortes da **US uma formação segmentada, voltada à prática curativa** [*“os espaços de aprendizagem estavam voltados, principalmente, para o campo curativo”*; *“superficialidade e distanciamento do cuidado a TB na relação entre a teoria e a prática”*; *“deficiência na formação com ênfase na observação”* (A45); *“desvalorização da problemática da TB, desconhecimento da vulnerabilidade social das pessoas em adquirir a doença”* (A54)].

Ao considerar as UR do artigo A45, infere-se que o processo de cuidar em saúde e Enfermagem fora diretamente influenciado pelo modelo tradicional de formação dos cursos de Graduação, não sendo valorizados os espaços de aprendizagem como cenários destinados à produção do trabalho vivo, nem tampouco, a relação estabelecida entre os atores envolvidos no cuidado.

Ressalva-se, porém, que apesar de os demais estudos constituintes do corpus não apresentarem a temática formação em saúde como objeto de investigação, ainda assim, sua influência na conduta ética e profissional dos trabalhadores é perceptível quando no artigo A54, os profissionais não reconheceram a importância social e epidemiológica da TB nem a vulnerabilidade da população em contrai-la, isentando-se, subconscientemente das consequências da falta de ações de vigilância em saúde.

Dos nove artigos que compuseram o corpus empírico deste estudo, seis apresentaram a TB como área temática principal. Justifica-se o fato reportando-se ao currículo da própria Professora Dra. Lenilde, que investiu quase duas décadas de sua trajetória profissional em

estudos locais e multicêntricos sobre a temática, com olhar especial para as populações em situação de vulnerabilidade humana.

Especificamente, problematiza-se nesta categoria o distanciamento entre os pressupostos teóricos e práticos que regem o cuidado ao usuário doente de TB no contexto da AB. Os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, mantiveram uma relação não dialógica e superficial com o mesmo, centrada na observação, em decorrência de inúmeros fatores, podendo aqui elencar a formação técnica recebida na Graduação como um possível entrave, cujas tecnologias leves não foram consideradas um instrumento efetivo na comunicação profissional x usuário.

Ressalta-se que, embora a TB seja uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* de evolução benigna quando tratada adequadamente, ela ainda permanece como um desafio histórico global de Saúde Pública (BARBOSA et al., 2013) devido os determinantes relacionados ao estado de pobreza, às condições sanitárias precárias, o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o envelhecimento da população, os grandes movimentos migratórios, as dificuldades de operacionalização dos programas de controle da TB e o crescimento demográfico desordenado (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

A TB ocupa o ranking entre as dez principais causas de morte no planeta, quando considerado seu impacto epidemiológico na sociedade. Mundialmente, foi responsável pelo adoecimento de 10 milhões de pessoas e pelo óbito de aproximadamente 1,3 milhão no ano de 2017 (WHO, 2018). Aponta-se para uma queda de 1,4% ao ano nas taxas de incidência desde 2000. Contudo, em atendimento à Estratégia pelo Fim da Tuberculose, meta preconizada pela OMS para redução da incidência da TB para menos de 10 casos por 100 mil hab. até o ano de 2035, seria necessária uma redução global de 4 a 5% ao ano (BRASIL, 2015).

Contrapondo-se ao cenário mundial, no ano de 2018, o Brasil registrou cerca de 72.788 casos novos da doença, correspondendo a um coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil hab. Embora, de 2009 a 2018, tenha sido observada uma queda na média anual de 1,0%, o coeficiente de incidência aumentou nos anos de 2017 e 2018 em relação ao período de 2014 a 2016 podendo relacioná-lo à ampliação do acesso às ferramentas de diagnóstico como a Rede de Teste Rápido Molecular da TB e às mudanças no contexto social e econômico do país nos últimos anos (BRASIL, 2019).

Dentre os estados da região Nordeste, o MS (BRASIL, 2019) destaca a importância epidemiológica da TB para a Paraíba, que registrou no ano de 2018, 1.112 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 27,5/100 mil hab. Por sua vez, a capital João Pessoa, considerada prioritária pelo MS no desenvolvimento de ações de controle da

doença, registrou 392 casos novos de TB nesse mesmo ano, o que representa um coeficiente de incidência de 49/100 mil habitantes (BRASIL, 2019).

Taxas elevadas de incidência da TB estão geralmente associadas à cobertura da vacinação pelo *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG), a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e à insatisfatória condição de assistência, diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios. Logo, é imprescindível que os trabalhadores da saúde reconheçam o cenário de risco epidemiológico da doença no sentido de contribuir com o planejamento, implementação e avaliação de ações efetivas de controle da TB, ressaltando-se as ações de vigilância epidemiológica em saúde (BARBOSA et al., 2013).

Contudo, Maffaccioli et al. (2015) elucidam que as ações de cuidado desenvolvidas pelos profissionais na APS só terão impacto no controle da doença quando os mesmos correlacionarem as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade ao processo de adoecimento por TB, pressupondo que o indivíduo não é em si vulnerável, mas pode estar vulnerável a alguns agravos e não a outros, sob algumas condições e em diversos momentos da vida.

Por vulnerabilidade, Ayres, Paiva e Buchalla (2012) consideram a análise dos graus variados de suscetibilidade ao adoecimento a que os sujeitos estão expostos e, de modo inseparável, à avaliação da maior ou menor disponibilidade de recursos que eles têm para se proteger de eventos que ameacem sua saúde.

As análises, sob essa perspectiva, devem considerar três dimensões que mutuamente se relacionam para constituir a especificidade de uma situação em saúde, podendo-se destacar que, pela dimensão individual, são reconhecidos os acontecimentos nocivos à saúde dos indivíduos, suas trajetórias pessoais e suas diferentes condições materiais e psicossociais; pela dimensão social, se analisam cenários socioculturais e de proteção dos direitos humanos; e pela dimensão programática, são analisadas políticas e serviços de diversos setores como elementos intervenientes no processo de vulnerabilidade (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

Imbricadamente, considerar a vulnerabilidade como uma importante perspectiva teórica para a análise das questões que envolvem o processo de adoecer por TB é também reconhecer e correlacionar a existência de tais dimensões no planejamento de ações voltadas a promoção da saúde. É uma atividade complexa, pois exige um trabalho coletivo de vários campos do saber, como por exemplo, a saúde, educação, serviço social, economia, epidemiologia, dentre tantos outros. Nesse caso, o profissional de saúde deve ampliar seu

campo de competência, inovando sua prática assistencial (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012).

O acompanhamento dos casos de TB incluindo a investigação, o diagnóstico e tratamento é uma das prioridades da AB. Inseridos no contexto da ESF, os enfermeiros, profissionais de saúde protagonistas na história das ações de controle da TB no país, são responsáveis por identificar os sintomáticos respiratórios, solicitar baciloscopia para diagnóstico, realizar a consulta de enfermagem, fazer tratamento supervisionado, notificar a doença, acompanhar o doente e seu familiar/cuidador durante todo o percurso da doença, promover atividades de educação em saúde, entre outras (SÁ et al., 2012b).

Considerando essa complexidade que envolve as ações de cuidado ao doente de TB, como interpretar o cuidado prestado pelos enfermeiros no artigo A45 quando os mesmos apontam para uma formação centrada na observação de tais ações? Se não foi possível concretizar espaços de cuidado na academia, como tais profissionais construíram atributos necessários para cuidar? Infere-se que, não houve produção de cuidado. E mesmo que houvesse, os enfermeiros não saberiam gerenciar o cuidado ao doente de TB considerando sua dimensionalidade porque não lhes foram permitidos um contato, uma aproximação com o mesmo, assim como também eles não foram estimulados a dialogar, questionar, simular e se posicionar criticamente diante de situações problemas reais que poderiam ter surgido durante a graduação.

Tais profissionais não estiveram aptos a cuidar dessa população específica, pois não foram formados na perspectiva da universalidade, integralidade e equidade, mas tão somente, na perspectiva do modelo biomédico hegemônico, com a reprodução de práticas dicotomizadas que priorizam o saber-fazer com foco no diagnóstico e tratamento medicamentoso da vítima, desconsiderando a autonomia, a reflexão, a criticidade e a capacidade desses profissionais solucionar impasses, aproximando o conhecimento teórico e técnico da realidade.

Carnut (2017) corrobora ao destacar que é precária a interação e o despreparo dos profissionais da Atenção Primária, um dos principais limites para o exercício da integralidade no SUS, para lidarem com a dimensão subjetiva do ser humano, além da incorporação tecnológica da prática em saúde que causa certa dependência. O ato de cuidar a ser ensinado aos futuros profissionais precisa incluir valores, desejos e compromissos com o cuidado e com o conhecimento.

Fini (2018) afirma que um dos grandes desafios do Ensino Superior, na atualidade, é superar práticas de transmissão de saberes e formar profissionais militantes aptos a enfrentar

mudanças, seja no campo tecnológico, científico e social, uma vez que, esses estão em constante mudança e exigem, por conseguinte, capacidade contínua de adaptação e aperfeiçoamento das novas formas de trabalho e vida. Diante disso, percebe-se que a formação profissional deve estar pautada em uma metodologia libertadora e problematizadora que favoreça a proximidade do estudante à comunidade.

Estudo sobre a percepção de estudantes e professores acerca do processo de inserção do aluno na prática profissional de Enfermagem demonstrou a importância dos primeiros serem incluídos no contexto hospitalar desde os anos iniciais da Graduação para o desenvolvimento da aprendizagem, da construção e consolidação do vínculo com o paciente e família; para a valorização da parceria entre ensino e serviço, destacando a necessidade de investimentos no processo de trabalho dos docentes enfermeiros e profissionais da Enfermagem que estão inseridos nas atividades assistenciais, por meio da Educação Permanente (TONHOM; MORAES; PINHEIRO, 2016).

Parafraseando Fabro et al. (2018), uma das formas de aperfeiçoar o ensino é a partir da compreensão da experiência dos estudantes, considerando suas percepções, queixas e recomendações. Nesse cenário de perspectivas e desejos de mudanças na formação de recursos humanos para o SUS, sugere-se as IES de toda Paraíba o desenvolvimento de novas pesquisas avaliativas sobre a formação de recursos humanos em saúde, principalmente em Enfermagem, na perspectiva de docentes e discentes enquanto atores protagonistas no desenvolvimento do cuidado. Convém ainda, refletir sobre o profissional enfermeiro que as instituições de ensino de Enfermagem estão se comprometendo a produzir.

Feuerwerker (2014) ressalta que esse movimento interacional entre a academia e o serviço favorece as mudanças na graduação, aproxima o diálogo entre atores, cria espaços coletivos de problematização e propicia o desenvolvimento de práticas de educação permanente dos trabalhadores em saúde. Nesse sentido, como pensar a AB e as universidades como sendo territórios férteis para uma construção compartilhada de saberes frente as conjunturas políticas anteriores e atual que prosperam ostensivamente a favor do desmonte do SUS em solo brasileiro?

Para Carvalho (2016), repensar a formação presume fortalecer o movimento que envolve propostas que vão desde uma reforma curricular, com consequentes modificações dos projetos pedagógicos de cursos, até um plano da inovação de uma disciplina ou conteúdo curricular, uma vez que ambos podem contribuir para a transformação do processo de ensino aprendizagem na saúde.

Compete às IES promover o rearranjo dos currículos integrados, organizados modularmente e não por disciplinas, e a formação pedagógica dos professores, atribuindo-lhes a responsabilidade de diversificar os cenários de aprendizagem no sentido de inserir os estudantes em diferentes aspectos do trabalho das equipes de saúde da família, tomando a integralidade como eixo orientador.

As práticas de saúde e educação, que sustentam a estrutura de ensino, o planejamento curricular, os conteúdos, as técnicas de avaliação e os cenários de aprendizagem, devem ser pensadas como um processo participativo (PERES et al., 2018). A educação que ocorre de maneira integral e interdisciplinar oportuniza a obtenção de competências que propiciam a ação voltada para o ser humano na sua subjetividade. Com base em referenciais crítico-reflexivos, que sustentam a análise e a interlocução na realidade, a construção do currículo pode oportunizar a aprendizagem a partir de problemas reais do seu contexto e da sociedade como um todo (CAVEIÃO; HEY; MONTEZELLI, 2013).

Reul et al. (2016) elucidam que as IES têm sido motivadas a refletirem e mudarem suas práticas pedagógicas tradicionais, no intuito de se aproximarem da realidade social e de motivarem seus corpos docente e discente a desenvolverem um novo modelo de construção de conhecimento que permita atender aos novos perfis delineados para seus profissionais. Sob esta perspectiva, surgem diversos debates sobre o uso de metodologias ativas como estratégia para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias aos profissionais de saúde.

Um crescente movimento de reorganização dos currículos dos cursos superiores da saúde e a busca pela implementação de MAEA tem sido observado à medida que potencializa a proatividade do estudante (FREIRE, 1996), favorece o desenvolvimento de autonomia profissional e privilegia o atendimento das necessidades de saúde de determinada população (FREITAS, 2012).

Segundo o educador norte-americano John Dewey, primeiro a formular o novo ideal pedagógico, a Escola Nova deve se dar pela ação e não pela instrução - *learning by doing* - ou o aprender fazendo. Ele defendia que a escola deveria propiciar um espaço de descobertas em que o conhecimento não seja, exclusivamente, apresentado pelo docente, mas sim que o aluno também busque e construa seu aprendizado. Pressupõe um processo de ensino aprendizagem a partir de experiências concretas, ativas e produtivas de cada discente (CARON; SOUZA; SOUZA, 2016).

Dewey defendia o ensino por meio da metodologia problematizadora em que os conteúdos fossem apresentados em forma de questões ou problemas, assim, o discente atuaria



ativamente na formulação de conceitos e na resolução de problemas (CARON; SOUZA; SOUZA, 2016).

Não tão obstante, é possível correlacionar elementos entre o ideal pedagógico de Dewey e a concepção pedagógica progressista de Paulo Freire que preconiza para a educação contemporânea o discente capaz de autogerenciar e autogovernar seu processo de formação, em que problematização, diálogo, liberdade e conscientização são elementos-chave. Para Freire a curiosidade do professor e aluno, em ação, se encontra na base do ensinar - aprender (ADADA, 2017).

Freire (2011) denuncia a educação bancária e, num segundo momento, anuncia uma pedagogia libertadora freireana: problematizadora e conscientizadora. Para o autor a concepção de educação bancária desconsidera o diálogo, à medida que na prática pedagógica prevalecem poucas palavras.

No Brasil, a metodologia ativa, fundamentada nos princípios teóricos de Paulo Freire e na tendência pedagógica progressista crítico-social dos conteúdos, surge, substancialmente, do Movimento Escola Ativa e pressupõe a aprendizagem, pela hegemonia do aluno sobre o professor (ARAUJO, 2015).

Santos et al. (2017) definem metodologias ativas como processos interativos de conhecimento permeados pela análise, estudos, pesquisas e decisões tanto em nível individual quanto coletivo, desenvolvendo o processo de aprender a partir de experiências reais ou simuladas, visando a solucionar, com êxito, desafios advindos da prática profissional e social em diferentes contextos.

As metodologias ativas no ensino em saúde vêm sendo desenvolvidas sob diferentes abordagens, a exemplo, mencionam-se a Aprendizagem Baseada em Problemas ou *problem-based-learning* (FABRO et al., 2018), Teoria da Problematização utilizando o Arco de Maguerez, Aprendizagem baseada em equipes, também conhecida como *team-based-learning* (FUJITA; CARMONA; SHIMO, 2016), Espiral Construtivista, Aprendizagem Baseada em Projetos, Instrução por Pares, Sala de Aula Invertida, Simulação entre outras (LIMA, 2017).

Estudo desenvolvido por Lopes et al. (2017) destacou o uso do cinema como estratégia facilitadora no ensino de Enfermagem, principalmente no que diz respeito às questões da subjetividade humana, porque permitiu maior aproximação entre os acadêmicos e temáticas que muitas vezes não fazem parte do currículo normativo da IES, garantindo a viabilização de uma discussão que passou a ter significado na vida desses indivíduos.

Estudo descritivo desenvolvido por Peres et al. (2018) sobre as estratégias de ensino na Graduação em Enfermagem identificou que durante as aulas teóricas as estratégias

facilitadoras para o processo de ensino-aprendizagem mais utilizadas foram os recursos audiovisuais; aulas dinâmicas; discussão; trabalhos/trabalho em grupo/pesquisa; aula expositiva dialogada/participação ativa do discente; teoria e prática/aula prática/demonstração/repetição ativa/revisão de conteúdo; problematização/raciocínio crítico e professor preparado para abordar o assunto/conhecimento/didática; leitura.

O elemento chave das metodologias inovadoras reside em estimular a postura ativa do estudante, o qual deverá refletir sobre suas próprias concepções e comprometer-se com seu aprendizado. Além disso, tais metodologias devem promover uma aproximação crítica do aluno com a realidade, pressupondo a reflexão diante de situações problema e a geração de conhecimento que o torne apto à resolução de impasses no seu cotidiano. É necessário que seja estimulado no estudante a curiosidade, o desafio e a criatividade, concebendo significado e aplicabilidade ao conhecimento gerado (LUNA; BERNARDES, 2016).

As reflexões e discussões sobre as situações-problema a que são expostos, desencadeia no estudante a busca de fatores explicativos e a suposição de soluções para o problema. Desta forma, problematizar significa ser capaz de responder ao conflito intrínseco que o problema traz. Os conteúdos são construídos pelo estudante que precisa reorganizar o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar; retirando da realidade elementos que conferem significado em direção à aprendizagem (OLIVEIRA-BARRETO et al., 2017).

As IES da Paraíba, quicá de outras regiões brasileiras, sejam elas públicas ou privadas, têm sido orientadas, e porque não dizer, pressionadas a ampliar ou reinventar as metodologias de ensino-aprendizagem em que o estudante se configure como o ator principal desse processo, formando-se um profissional proativo, apto para atuar e transformar a sociedade contemporânea.

Detendo-se a formação dos profissionais de saúde, sobretudo os de Enfermagem, considera-se essencial que os estudantes de Enfermagem transcendam as habilidades técnicas para além das habilidades relacionais (intra e interpessoais) de modo que, ao aprender continuamente, consiga problematizar o compromisso político com a educação e a sociedade, bem como, com a compreensão histórica do momento atual do ensino de Enfermagem no Brasil. Os Enfermeiros docentes, pautados nas DCN e com vistas na formação humanista de novos profissionais, devem lançar-se ao encontro de metodologias ativas que motivem a protagonização do aluno nos cenários do cuidar.

Estudo sobre a vivência de estudantes de Enfermagem na articulação entre duas áreas de conhecimento - saúde da mulher e saúde da criança, e o uso de estratégias de ensino mais

participativas proporcionou não somente aprendizado técnico científico, como também o aprendizado de valores morais, crescimento como ser humano, a importância da cidadania, do respeito ao outro e a constante necessidade de escuta, do interesse e sensibilidade nas relações humanas (FABRO et al., 2018).

Para além da técnica, a disciplina proporcionou um olhar ampliado sobre as condições de vida e processo saúde-doença dos usuários atendidos, incorporando conceitos como integralidade, horizontalidade nas relações com o outro, superação dos obstáculos, desenvolvimento da autonomia e de habilidades de comunicação. O método proporcionou mais aproximação e respeito nas relações entre docentes e estudantes, bem como entre eles (FABRO et al., 2018).

Nesse mesmo estudo, os alunos destacaram o desafio representado para sair da *zona de conforto* proporcionada pelo método tradicional e as resistências de mudanças tanto para os alunos pois muitos são decorrentes de uma trajetória no Ensino Médio pautada no modelo tradicional de ensino ou de ter tido vivências pouco satisfatórias, como também, os professores, pois grande parte deles vem de modelos escolares e universitários tradicionais, em que os currículos não privilegiam alguma estratégia (FABRO et al., 2018).

Em seus estudos sobre a atuação e formação do enfermeiro docente no ensino superior, Fonseca e Fernandes (2017) destacam dois pontos elementares que perpassam a discussão do presente estudo, quais sejam: a ausência da formação pedagógica do enfermeiro docente e a influência que o exercício profissional em Enfermagem tem na construção dos saberes e práticas docentes. O primeiro, também considerado como um problema atual entre os professores universitários, diz respeito a falta de formação pedagógica, nos quais, muitos deles desenvolvem sua didática utilizando a própria sala de aula como seu laboratório. No segundo, os autores ressaltam que para se tornar um professor, é necessário que esse profissional tenha vivência da prática na área específica em que ele leciona.

Logo, ao investigar a formação de 41 enfermeiros docentes de instituições de Ensino Superior da região do Sul de Minas Gerais e sua relação com a atuação docente, os autores acima citados, demonstraram que a maioria dos professores era doutores ou mestres, com experiência profissional na área pois atuavam diretamente na assistência e optaram por uma formação complementar na área pedagógica, algo deveras positivo no atual cenário de formação para o SUS.

Tecidos conceitos e aproximações teóricas sobre a relação entre a formação de Enfermeiros e demais profissionais da saúde e o processo de cuidar, infere-se, que tais profissionais sofreram influências negativas do modelo de ensino tradicional. Acrescenta-se

ainda, a não valorização da metodologia ativa como estratégia facilitadora do processo de ensino-aprendizagem.

### **6.1.2 Importância da qualificação profissional no desenvolvimento de práticas do cuidado**

Nos últimos anos, discussões têm sido levantadas a respeito da Educação em Saúde, no Ensino Superior, chamando a atenção para a necessidade da formação profissional em consonância com os princípios preconizados pelo SUS (ROMAN et al., 2017) e a capacidade de atendimento às necessidades do atual contexto social (MELO; ALVES; LEMOS, 2014).

Logo, a **US - Déficit na qualificação profissional** definida pela UR [*“falta de capacitação dos profissionais”*] extraída do artigo A46 mantém íntima relação com a primeira US, ao atribuir-lhe caráter consequencial de uma formação atípica aos pressupostos da APS, culminando em um déficit na qualificação profissional por falta de capacitação em saúde. Os profissionais reconheceram as fragilidades de sua formação, apontando a real necessidade de investimentos na capacitação de recursos humanos pelos órgãos gestores.

A qualificação profissional deve ser entendida como sustentáculo para a renovação do processo de trabalho de qualquer profissional independentemente de sua formação acadêmica. Logo, é de suma importância o desenvolvimento de uma cultura organizacional de responsabilidade compartilhada entre o trabalhador e instituição, considerando os reflexos positivos desse investimento a curto, médio e longo prazos, quais sejam, a motivação e competência profissional para assegurar a boa qualidade da assistência e segurança do paciente; valorização da ciência como fonte de conhecimento; melhores indicadores de saúde e menores investimentos em reabilitação; melhor relacionamento entre os trabalhadores de saúde e, entre esses e os gestores; preenchimento das lacunas do processo de formação e reflexão crítica do trabalho, articulando arcabouço teórico com a prática profissional (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Considerando o compromisso individual, o trabalhador em saúde deve investir em Educação Continuada, um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualização e melhorias da qualificação pessoal ou coletiva, centrada nas necessidades de transformação da prática, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais.

São estratégias de Educação continuada a busca pela leitura, a participação em eventos científicos e cursos *Stricto Sensu* e, ou *Lato Sensu*, o engajamento em grupos de estudo e

pesquisa promovidos pelas IES, o incentivo e promoção de rodas de conversa com simulação de problemas reais. Contudo, a opção pela Educação Continuada nem sempre é possível pois o alto investimento financeiro afasta o profissional dessa escolha quando se considera a baixa remuneração salarial e a necessidade de múltiplos vínculos para suprir as prioridades pessoais e familiares.

Estudo sobre as tecnologias educacionais utilizadas no processo de atualização dos enfermeiros no cuidado à pessoa com ferida oncológica de cabeça e pescoço identificou lacunas no processo de formação dos profissionais relacionados à temática e também, que a maioria depende exclusivamente das atualizações e conhecimentos ofertados pelo programa de EPS do próprio serviço, havendo pouca procura de conhecimento fora do ambiente de trabalho, pela falta de tempo dos profissionais, os quais passam a maior parte do dia na instituição, aproveitando para participar das atualizações neste ambiente (VICENTE et al., 2019).

Institucionalmente, quando do não desenvolvimento da Educação Continuada, compete aos serviços de saúde a corresponsabilidade nesse processo de aprimoramento profissional. Logo, os gestores municipais e estaduais devem estimular e investir em recursos materiais, humanos e financeiros para a criação de Polos de Educação em Saúde, assim como, subsidiar estratégias definidas pelos órgãos superiores para implementar a temática no cenário das diversas profissões dos cursos em saúde.

Feuerwerker e Capozzolo (2018) relatam que por diferentes governos, o MS, preocupado com a formação de recursos humanos em saúde encabeçou diversas iniciativas políticas para estimular mudanças na formação em saúde, a fim de aproximar a formação do SUS. Polos de capacitação em saúde da família foram criados levando à cooperação entre a AB e algumas IES brasileiras, com a oferta de treinamentos introdutórios e especializações para as equipes.

De acordo com Vieira (2017) e Rios (2017), várias iniciativas foram realizadas nessa perspectiva, com destaque para as Vivências e Estágios na Realidade do SUS, Aprender-SUS, Ensina-SUS, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), apoio aos projetos de educação popular dos movimentos sociais, residências multiprofissionais com o objetivo de promover a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.

De acordo com Feuerwerker (2014), educação permanente e integralidade foram conceitos mobilizados por políticas e programas que buscavam afetar não somente as

graduações, mas também as pós-graduações, com as residências multiprofissionais e mestrados profissionais com ênfase na saúde da família.

Nesse sentido, a EPS vem como estratégia para promover o desenvolvimento pessoal, social e cultural situado nos processos de ensino-aprendizagem, centrado no sujeito que aprende, como agente ativo, autônomo e gestor de sua educação. Historicamente, a EPS no Brasil é recente, tornando-se política pública na área da saúde pela Portaria GM/MS nº 198/2004, a qual instituiu a PNEPS como estratégia em formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde (BRASIL, 2009).

Tal política, envolvendo o quadrilátero formação, gestão, atenção e controle social, considera o conceito de Educação Permanente, oriundo do campo da educação, para problematizar o processo de trabalho na rede do SUS (BRASIL, 2009). Constituiu-se uma ferramenta importante para abrir espaços coletivos de reflexão e negociação, criando oportunidades para que as equipes se interroguem e aprendam dentro de seu próprio contexto (FEUERWERKER, 2014).

Ao desvelar as práticas de EPS desenvolvidas por 46 profissionais de saúde, integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na atenção à saúde do idoso, Nogueira et al. (2019) verificaram que tais práticas são desenvolvidas junto aos profissionais da ESF durante os momentos de discussão de casos de idosos, pelo matriciamento desencadeado pela iniciativa da gestão estadual e municipal, por meio de visitas domiciliares e durante a atuação nos grupos de educação em saúde e no cotidiano do trabalho, de modo informal.

Para Brasil (2018), a EPS, fundamenta-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, oportunizando uma prática reflexiva e priorizando os problemas cotidianos dos serviços de saúde e das equipes, ao buscar a transformação das práticas, as relações entre os sujeitos e a compreensão do trabalho em saúde, na tentativa de superar a lógica das capacitações, aperfeiçoamentos e atualizações.

Destarte, reportando-se ao corpus empírico, o artigo A46 denuncia a ausência de Educação em Saúde, seja Educação Continuada e/ou Permanente, apontando como consequência a falta de capacitação técnica para lidar com as novas proposições do cuidar na ESF. Provocações de ordem prática são tecidas aos serviços de saúde da Paraíba no sentido de refletirem sobre a qualidade da assistência oferecida a população quando do não investimento em educação em saúde. Os profissionais devem ser sensibilizados, mobilizados e cultuados à educação em saúde como estratégia de enfrentamento para driblar os avanços científicos e as

fragilidades na formação em saúde que ainda assolam os campos férteis da produção do cuidado.

Não dá para pensar em mudanças na formação sem a produção concomitante de muitos processos de ação nos territórios e nas unidades construídos de modo compartilhado tendo em vista que a transformação do modelo de atenção e da formação profissional fabrica-se de maneira articulada, imbricada, de modo que uma potencializa a outra, uma não acontece sem a outra (FEUERWERKER, 2014).

A metassíntese possibilitou o entendimento de que o modelo de formação tradicional não favoreceu aos profissionais o reconhecimento de suas habilidades e competências para desenvolver um cuidado coletivo e responsável, principalmente ao doente de TB. A observação, enquanto prática pedagógica apontada no artigo A45, não possibilitou ao estudante sua aproximação aos determinantes sociais no processo saúde-doença da TB, nem tampouco, permitiu-lhe conhecer as dimensões individual, social e programática que torna o indivíduo vulnerável ao adoecimento.

Esses profissionais foram influenciados em sua formação por docentes desprovidos de formação pedagógica e vivência prática na área específica em que lecionaram? Tais profissionais não foram motivados e sensibilizados para lidar com os problemas reais da população considerando a metodologia problematizadora ou mesmo, a pedagogia das competências?

Incita-se, pois, reflexões sobre a necessidade e importância das IES da Paraíba, dos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Saúde Pública e áreas afins, repensarem a formação de novos profissionais, considerando a transversalidade do cuidado na formação pedagógica e curricular.

## 6.2 FRAGILIZAÇÃO DOS MODOS DE PRODUZIR CUIDADO EM SAÚDE

A categoria em análise, trata das dificuldades operacionais nos modos de produção do cuidado em saúde, cujas influências do modelo biomédico de atenção e do sistema capitalista de produção, determinaram e ainda determinam práticas de saúde especializadas que inviabilizam mudanças no Sistema de Saúde, no comportamento dos profissionais e nas relações individuais e coletivas de cuidado.

Perpassou-se historicamente pelo surgimento do paradigma newtoniano-cartesiano e suas implicações nas práticas de saúde atuais, cuja hegemonia do saber médico ainda repousa no íntimo de muitos profissionais. Em consequência à formação deficiente, o cuidado não

encontrou terreno fértil para sua produção, pois atitudes preconceituosas e de exclusão e o uso de tecnologias (leve) duras impediram os profissionais de ver, reconhecer, ouvir, dialogar e oportunizar trocas de experiências com o outro no momento de cuidado. Ao discutir sobre as tecnologias em saúde e sua influência nos modos de produção do cuidado, reportou-se aos preceitos teóricos de trabalho em saúde proposto por Merhy (2002a; b).

A unidade categorial em análise encontra-se dividida em três subcategorias para melhor condução e visibilidade da discussão.

### **6.2.1 Modos de produção do cuidado e sua inter-relação com os paradigmas em saúde**

O paradigma biomédico, que constituiu as bases da medicina científica, foi instituído então no rastro do paradigma newtoniano-cartesiano, do modelo de Flexner e da revolução científica que se seguiu nos séculos XVI e XVII — sobretudo a partir dos estudos realizados nos campos da matemática, da astronomia e da física. O atual paradigma, também conhecido como anatomoclínico, dá origem ao modelo assistencial tecnicista dos dias de hoje (ANDERSON; RODRIGUES, 2016).

Também denominado de reducionismo, o paradigma cartesiano não tolera a interferência de valores humanos e religiosos, bem como, qualquer variável relacionada à subjetividade. Ramos et al. (2013) divide o todo em partes e as estuda em separado, de forma isolada. Na área da saúde, esse modelo fez com que o corpo humano fosse comparado a uma máquina e o cuidado comparado a um conserto.

Com as transformações sociais do capitalismo, o corpo humano passa a ser reduzido a uma força de trabalho e fonte de lucro. Igualmente, a saúde passa a ser entendida como um mecanismo capaz de garantir a produção por meio da recuperação do corpo individual, visto como uma máquina, onde a doença era tida como algum defeito a ser consertado (BARBOSA; MOTTA; RESCK, 2015).

Fertonani et al. (2015) apontam que o modelo biomédico influenciou diretamente a formação profissional, a produção de conhecimentos e a organização dos serviços de saúde. Grande parte do arcabouço desse modelo deveu-se ao relatório Flexner, o qual orientou a ruptura da ciência com base metafísica para uma sustentação no paradigma cartesiano, que assumiu um destaque no campo da saúde.

De acordo com Mendes (2012), reconhecido internacionalmente, o modelo hospitalocêntrico foi incorporado pelos serviços de saúde com o intuito de beneficiar o tratamento de diversas doenças e promover o alívio da dor. Entretanto, limites em sua atuação



o tornaram alvo de críticas, tais como: a predominância de intervenções no corpo, sem considerar o ser individualmente; o foco na doença e no tratamento medicamentoso; a ênfase nas ações curativas de tratamento de lesões e danos e, a ênfase na atenção hospitalar com o uso intensivo de tecnologias duras, a pouca atenção dispensada aos determinantes do processo saúde-doença, o distanciamento dos aspectos éticos, culturais e sociais, a falta de orientação para com a demanda espontânea e a incapacidade de compreender a dimensão do indivíduo enquanto sujeito composto de vivências e singularidades.

Apesar das limitações a ele atribuídas, possibilitou inúmeros benefícios à sociedade, permitindo ao ser humano grandes avanços nos campos científico e tecnológico. Entretanto, segundo Anderson e Rodrigues (2016), com a evolução do conhecimento médico, com uma melhor compreensão dos fatores que afetam o processo saúde-adoecimento e a mudança no perfil de morbimortalidade, o paradigma cartesiano vem se evidenciando inadequado e insuficiente para abordar os fenômenos relacionados à saúde e ao adoecimento em sua totalidade. Em especial, no campo da Atenção Primária, esta inadequação tem resultado em uma série de consequências nefastas.

No auge do desenvolvimento biotecnológico, os serviços de saúde não atendem às necessidades concretas de atenção médica da maioria da população, verificando-se uma dissociação entre o mundo das necessidades de saúde e a realidade intrínseca da prática médica. A forma de pensar e agir de modo fragmentado, episódico e pontual – característica da ciência cartesiana – apesar de ter trazido muitos avanços, se relaciona a diversas formas de crise vivenciadas pela humanidade nos tempos atuais. Crises financeiras, econômicas, sociais, ecológicas, éticas: uma crise civilizatória que também se reflete na saúde. Necessita-se, então, de um outro modelo explicativo que supere a simplificação e a fragmentação do modelo cartesiano, para dar conta dos fenômenos complexos, como é o processo saúde-adoecimento e outros caracterizados pela vida de relação (ANDERSON; RODRIGUES, 2016).

Barros (2002) corrobora e enfatiza que paralelamente ao avanço e sofisticação da biomedicina foi sendo detectada sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas ou, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença. As críticas à prática médica habitual e o incremento na busca de estratégias terapêuticas estimulados pelos anseios de encontrar outras formas de lidar com a saúde e a doença constituem uma evidência dos reais limites da tecnologia médica.

Para atender às mudanças no perfil epidemiológico observadas no país, no transcorrer do século XIX, propôs-se a construção de um novo paradigma, o da produção social da saúde,

orientado pelo conceito positivo de saúde, e tendo seus fundamentos calcados na teoria da produção social. Tal teoria permite romper com a divisão da realidade em setores e, dessa forma, além de responder por um estado de saúde em permanente transformação, rompe também com a ideia de um setor saúde, erigindo-a como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos (MENDES, 2006).

Anderson e Rodrigues (2016) afirmam que o paradigma da produção social em saúde, com ênfase na integralidade, vem sendo forjado nos últimos 40 anos no bojo da revisão do paradigma cartesiano. Tem por base o entendimento de que os fatores que afetam o processo saúde-adoecimento são multidimensionais. Mais que isso, se inter-relacionam e se interpenetram, caracterizando um processo sistêmico e um fenômeno complexo. Do ponto de vista científico, encontra-se nos avanços das neurociências e da psiconeuroimunologia uma base para o desenvolvimento desta nova forma de compreender estes fenômenos no campo da saúde.

A partir do ano de 1970, os conceitos de complexidade, integralidade e processo saúde-adoecimento vêm sendo objeto de um número crescente de estudos e revisões acadêmicas que visam ao desenvolvimento de novas racionalidades científicas, considerando as limitações que acompanham o paradigma cartesiano, instituído há mais de 200 anos. (ANDERSON; RODRIGUES, 2016).

Contrariando a perspectiva de um novo paradigma em saúde capaz de reorientar os modelos de atenção atualmente disponíveis, no presente estudo, de acordo com a **US – Cuidado prescritivo, curativo e segregacionista**, identifica-se uma fragilidade na produção do cuidado em Saúde e Enfermagem devido a alguns entraves operacionais, observados principalmente no contexto da APS, como a valorização de procedimentos técnicos [*“um cuidado centrado em tarefas, valorizando a execução de procedimentos técnicos”* (A27)], repetitivos [*“existe uma definição de como, quando e quem deve fazer o que”* (A46)], voltados à condição clínica do ser enfermo [*“ações voltadas exclusivamente para a condição clínica”* (A70)] supervalorizando o saber médico em detrimento de outros campos do saber [*“resistência da hegemonia do saber médico”* (A46)].

Pelas UR, observa-se que o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde dos municípios sedes dos estudos que compuseram o *corpus* analítico dessa metassíntese conotou uma prática tecnicista, centrada na execução de procedimentos sob a influência do paradigma newtoniano-cartesiano, valorizando a cura, a doença e o corpo ao invés da promoção do cuidado, da subjetividade e vulnerabilidade do ser humano. Logo, propõe-se uma incoerência no uso do constructo cuidado para as ações profissionais desenvolvidas, justificando que o

cuidado em saúde perpassa pela mera assistência médica e de Enfermagem como observado nos artigos A27 e A70.

Chaves et al. (2017) corroboram os achados do presente estudo ressaltando que os enfermeiros ainda estão ancorados em ações biologicistas que valorizam o conhecimento específico, fragmentam o cuidado e visualizam apenas a doença, priorizando a utilização de tecnologias de alta densidade que concomitantemente desvaloriza o usuário e aumenta os custos para o setor da saúde.

Seixas et al. (2016) são enfáticos ao afirmar que o processo de trabalho em saúde no SUS ainda é fortemente marcado por elementos do modelo de atenção biomédico, o qual reduz a abordagem do profissional apenas à enfermidade que o usuário apresenta, sem incorporar, na sua prática, os princípios e diretrizes que fundamentam o novo paradigma de atenção à saúde proposto para o SUS desde a reforma sanitária. Apontam ainda que um dos enfrentamentos contemporâneos centrais da crise do modelo de atenção à saúde consiste na necessidade de reconfiguração do processo de trabalho.

No artigo A46, por exemplo, a produção em série dos profissionais que já sabiam o quê, como, quando e quem deveria realizar a assistência remete o leitor ao filme *Tempos Modernos*, possibilitando-o uma rápida comparação entre o processo de trabalho em saúde e o processo de trabalho de operários fabris na era da revolução industrial. Metaforicamente, ambos seguiram a lógica do modelo de produção capitalista, taylorista-fordista, assujeitando-se a práticas de despersonalização do ser em provimento da produção, bem como, sofrendo com a alienação do seu trabalho.

Tal modelo, desenvolvido por Henry Ford e Frederick Taylor, é reconhecido mundialmente por aprimorar os mecanismos de controle de fabricação pelo método de sistema repressivo no interior das fábricas, retirando do trabalhador a capacidade de conhecer e definir seu processo de trabalho por acreditarem que a produtividade estava diretamente relacionada ao controle do processo de produção (FISCHBORN; CADONÁ, 2018).

Taylor defendeu a ideia de que o modo de organizar os processos de trabalho altera as relações entre máquina e trabalhador, pois pode impactar os seus movimentos no tempo. Dizia que o operário, sem o controle do capitalista, faria uma fábrica do seu jeito e esse nem sempre era o melhor jeito para quem visava à lucratividade e à competição no mercado. Desenvolveu então um conjunto de tecnologias para capturar a autonomia dos trabalhadores no exercício de seu trabalho vivo, pois considerava que somente a captura realizada pelas tecnologias não era suficiente (MERHY, 2002b)

Ou seja, Taylor reconhecia que a fábrica era um lugar de intensa dominação, porém partia do princípio que essa dominação deveria ser permanentemente pensada, pois do contrário os trabalhadores tenderiam a abrir “linhas de fuga” no interior das lógicas de produção e tendem a construir uma produção ao seu modo (MERHY, 2002b).

Nessa perspectiva, os enfermeiros e demais trabalhadores de saúde dos municípios de Conde e da região da Grande João Pessoa, necessitariam ter criado linhas de fuga que os possibilitassem produzir e reinventar os modos de produção de cuidado, exercendo a autonomia e criatividade no processo em trabalho em saúde. Assim, o saber-fazer mecanicista e repetitivo perderia a característica de linhas de produção, cedendo espaço para um saber-fazer criativo, inovador e motivador. Infelizmente, tal comportamento pode estar associado ao modelo de formação disponibilizado, bem como, aos próprios profissionais e por quê não dizer, a gestão vigente.

### **6.2.2 A hegemonia de saberes profissionais diversos na constituição do cuidado**

No artigo A46 destaca-se outra barreira na produção do cuidado, qual seja, à hegemonia do saber médico em detrimento a outros campos do saber, como a Enfermagem, que autentica a influência do modelo flexeneriano na AB tradicional, dicotomizando relações, fragilizando processos de trabalho, distanciando os usuários dos serviços e supervalorizando os cuidados curativos centrados na figura médica.

Merhy (2002b) aponta que o modelo médico hegemônico desvaloriza e deslegitima os outros saberes sobre saúde que não tomem o corpo biológico como objeto e que não se baseiem em conhecimentos ditos científicos sobre o tema.

O modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, também é possível afirmar que nesse modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde é subjugada a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido (PRATA et al., 2019).

Ao propor a APS como ordenadora e coordenadora da rede de cuidados no SUS, ressalta a importância e singularidade do saber e da competência de profissionais de outras disciplinas que cuidam do sujeito e da comunidade, quer não somente a medicina. Logo, a hegemonia do saber médico perde forças quando outras ciências, como a Enfermagem, se

inscrevem na história da construção desse modelo paradigmático, voltado ao atendimento das necessidades em saúde, de ordem individual e coletiva.

Partindo da compreensão de que os paradigmas permeiam os modelos de atenção à saúde no Brasil, e admitindo a importância das correntes filosóficas na formação do campo de conhecimento da Enfermagem, reflete-se acerca das implicações paradigmáticas na caracterização e desenvolvimento do processo de cuidar em Enfermagem (RAMOS et al., 2013).

De acordo com Santos et al. (2011), a Enfermagem, profissão instituída em meados do século XIX pelo trabalho de Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna ou Científica, teve seu saber e sua prática influenciada sob a égide do paradigma positivista, da ascensão da indústria, do capitalismo e do modelo hospitalar.

Buscou seu reconhecimento social pela cientificidade, aproximando-se da medicina e, consequentemente do modelo biomédico, que colocava o hospital como local e instrumento de cura. Nesse ambiente onde os avanços científicos e biológicos e a ampliação das atividades médicas e das estruturas hospitalares levaram à necessidade de agregação de outros trabalhadores, se deu o encontro das práticas médicas e de Enfermagem e tão logo, a divisão do trabalho, competindo à última o desenvolvimento do trabalho manual, centrado em técnicas; enquanto à medicina, o intelectual (BARBOSA; MOTTA; RESCK, 2015).

Nesse contexto, atendendo à hegemonia do curar, a Enfermagem desvaloriza o cuidar ocupando-se de ações curativas, operacionalizadas em escalas de trabalho que impossibilitavam a individualização do cuidado, uma vez que determinavam que cada funcionário executasse um tipo de tarefa. Essa prática beneficiava uma visão segmentada e uma relação de distanciamento e imparcialidade, que reforçava a centralidade do objeto do cuidado na tarefa a ser executada, não no paciente (BARBOSA; MOTTA; RESCK, 2015).

Conforme esses autores, tempos depois, a Enfermagem adquire uma visão mais global dos sujeitos-foco do cuidado, preocupando-se em ofertar um cuidado integral na perspectiva de visão do mundo da totalidade indivisa e sistêmica, em que a saúde passa a ser atrelada ao contexto social, cultural, histórico e político dos indivíduos.

Face ao caráter humanista da Enfermagem, a construção de teorias que embasam a ciência do cuidar engloba necessariamente padrões de conhecimento que vão além do empírico. Assim, Cestari (2003) apresenta quatro padrões de conhecimento fundamentais à Enfermagem: - o empírico, traduzido na ciência e metodologia da enfermagem; - o ético, que envolve o conhecimento moral da Enfermagem que dá suporte às escolhas frente aos dilemas éticos; - o pessoal, que traduz um significado pessoal interior formado pelas experiências

vividas; - o estético, que corresponde à arte da Enfermagem, expressa no processo de interação entre enfermeira e cliente.

Sendo assim, orientadas pelo paradigma da produção social, as ações de Enfermagem adquirem uma maior dimensão social e priorizam (ou deveriam priorizar) o desenvolvimento das pessoas e dos grupos, reflexo do crédito conferido à influência das condições socioeconômicas no processo saúde/doença. O cuidado, por esse prisma, ganha maior representatividade, e deve atender às necessidades essenciais dos indivíduos, compreendendo ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, além de primar por tecnologias leves, estimular a autonomia, e ajudar o usuário a viver.

Nessa perspectiva, apontam-se inquietações cujas respostas podem justificar o comportamento produtivista dos profissionais, a saber: onde e como o modelo biomédico de atenção à saúde encontra forças para superar práticas de cuidado centradas no modelo de atenção integral, humanizado e resolutivo, conforme proposto pela ESF? Mais de duas décadas se passaram após a implantação e implementação da APS como modelo organizador e coordenador da rede de atenção à saúde no Brasil e ainda se observam práticas profissionais enraizadas no modelo de AB tradicional. O que justifica esse comportamento?

Pensar a APS como novo modelo de atenção é complexo, pois figura-se na multidimensionalidade do ser humano, requerendo dos profissionais esforços como tempo, desenvolvimento de competências e habilidades relacionais. Em uma situação confortável, alguns profissionais encontram respaldo para simplificação do cuidado na atual conjuntura política e econômica em que o país enfrenta, como a falta de incentivo financeiro para investimentos em recursos humanos, insumos, materiais e equipamentos.

Cecílio e Merhy (2007) reconhecem que o processo de cuidado em saúde dá-se pelo conjunto de ações complexas, procedimentos de alto e baixo fluxo, conjuntura de conhecimentos, rotinas e método dialético de continuidade. Contudo, para que o cuidado seja eficaz, deve-se ter em prática uma assistência integral, começando pela reestruturação dos serviços, abandonando todo e qualquer modelo fragmentado de atenção à saúde, somando-se a isso, as ações e visualizando todas as dimensões que envolvem o sujeito.

### **6.2.3 Práticas inovadoras do cuidar centradas nas tecnologias em saúde**

Ainda neste estudo foram identificados entraves para a operacionalização do processo de cuidar considerando o novo paradigma da produção social em saúde, tais quais, o uso de protocolos pré-estabelecidos e tecnologias duras [*“cumprimento de protocolos pré-*

*estabelecidos, monitoramento de indicadores e garantia de acesso às tecnologias duras”* (A54)]. Pelos termos protocolos e tecnologias duras, os apoiadores matriciais que compuseram o artigo A54 sinalizaram a inexistência de uma relação dialógica no processo de cuidar, contrariando os pressupostos do novo paradigma, no qual demanda um arsenal tecnológico que transcende materiais e equipamentos, exigindo do profissional habilidades relacionais.

Considerando os diversos conceitos sobre tecnologias, tomando como base os conhecimentos científicos, sua concepção é equivalente à sistematização e organização, o que requer a presença humana e se concretiza no ato de cuidar por meio de uma ação emancipatória e transformadora dos sujeitos (SALBEGO, 2016).

Na atual contemporaneidade os modos de produzir cuidados têm se tornado cada vez mais apurados e evoluídos. As tecnologias têm ganhado destaque e estão sendo priorizadas por ultrapassarem a concepção reducionista e mecanicista, voltando-se para tecnologia intimista, acolhedora, prestativa e humanística (VÁZQUEZ, 2011). Na área da saúde, as tecnologias do cuidado se relacionam com recursos tanto humanos quanto materiais, operando como ferramentas na organização do trabalho em saúde.

A partir de tais ferramentas, Merhy e Feuerwerker (2009) classificam o trabalho em vivo, produzido em ato, como o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Consiste em um modelo relacional apoiado no encontro do trabalhador com o usuário e suas subjetividades, o qual integra diferentes saberes ao uso de tecnologias leves para um cuidado humanizado e integral, com a valorização e promoção da autonomia. O trabalho morto segundo Merhy (2002a) se baseia em um modelo prescritivo e procedimental, centrado no saber biomédico e na utilização de tecnologias duras.

O cuidado, no campo da micropolítica do trabalho em saúde, é operado por meio de tecnologias que, compreendidas a partir de uma concepção mais ampla, podem ser classificadas, de acordo com Merhy (2002a) em leve, leve-dura e dura.

As tecnologias leves consistem em saberes de base relacional utilizados no encontro entre o profissional e o usuário, para fins do acolhimento, do vínculo, da comunicação e da autonomização. A utilização predominante dessas tecnologias condiz com modos de cuidar que se sustentam num modelo de assistência humanizado, o qual tem como referência o trabalho vivo (MERHY, 2002a).

A tecnologia leve-dura é compreendida como a utilização de conhecimentos estruturados, que não precisam de um recurso de alta tecnologia para realização. Ultrapassa a compreensão de conhecimentos tecnológicos estruturados e apresenta grau de liberdade que

proporciona aos profissionais possibilidades de ações, de modo que o trabalho em saúde sempre será permeado de subjetividades, as quais são conferidas àqueles que interagem com pessoas (CARVALHO et al., 2012). Para Merhy (2002b) tecnologia leve-dura consiste em saberes bem estruturados que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica, o taylorismo.

A tecnologia dura consiste no uso de equipamentos, como bombas de infusão, ventiladores mecânicos e demais maquinários que demandam grande tecnologia. Além disso, também se classificam como tecnologia dura os softwares e vídeos (SABINO et al., 2016) e normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2002b).

De acordo com Thofehrn et al. (2014), a tecnologia dura do cuidado ou trabalho morto refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os materiais, equipamentos e máquinas para tratamentos, exames e a organização das informações. A tecnologia leve-dura refere-se a todo o conhecimento e metodologias assistenciais na execução do cuidado. As tecnologias leves são aquelas utilizadas nas relações humanas, como a produção de vínculo, autonomização, acolhimento, no encontro entre o profissional e o usuário/paciente.

Fundamentado nesse aparato conceitual, classifica-se o processo de cuidar em saúde apontado pelos apoiadores matriciais no presente estudo como um trabalho morto, com predominância de tecnologias duras e leve-duras. O cuidado para ser operado no campo da micropolítica do trabalho em saúde exige do profissional habilidades e competências para integrar harmoniosamente os três tipos de tecnologias descritas por Merhy. Somente quando isso for passível de concretização em todos os níveis de atenção é que o novo paradigma em saúde encontrará terreno fértil para sua reprodução.

Corroborando a inferência acima, estudo sobre a utilização das tecnologias em saúde no processo de trabalho empreendido pelos profissionais da AB na abordagem à hipertensão arterial sistêmica revelou que a atenção aos usuários hipertensos ainda é médico-centrada, com foco curativista, prescritiva, baseada na demanda espontânea e na utilização de tecnologias duras. Os protocolos ainda não foram considerados instrumentos necessários para organização da assistência e as tecnologias relacionais necessitam ser fortalecidas para realizar o cuidado centrado no usuário (ENGELA et al., 2018).

Estudo sobre as tecnologias do cuidado utilizadas na assistência ao paciente politraumatizado destacou que os profissionais de Enfermagem utilizaram os três tipos de tecnologias do cuidado na assistência ao paciente politraumatizado, com ênfase às leve-duras. Entre as tecnologias leves: apoio e educação em saúde do paciente e familiares/cuidadores e a



capacitação da equipe de enfermagem; tecnologias leve-duras: gerência do cuidado, acolhimento do paciente com classificação de risco, avaliação e tratamento da dor, processo de enfermagem e elaboração de protocolos; e tecnologias duras: sistemas de informação (CESTARI et al., 2015).

Estudo sobre a produção de tecnologias em saúde enquanto efetividade da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de Sobral, estado do Ceará, revelaram que a produção de tecnologias do cuidado, principalmente as leve e leve-duras, emergiu como um diferencial da Residência no município, cuja criatividade, a ousadia e o olhar inovador foram marcas que esse programa agregou nos territórios onde estava inserido (SILVA et al., 2015b).

Para Salvador et al. (2012), o termo tecnologia não pode ser visto apenas como um produto, mas sim como um processo de conhecimentos e instrumentos interligados que fundamentam e delimitam as diversas maneiras de cuidar. Essa concepção se alicerça na ideia de que o processo de trabalho em saúde é relacional e dinâmico, em que se tencionam sujeitos em uma produção de cuidado momentânea e recíproca. Concebe-se, por conseguinte, o processo de trabalho em saúde como comandado pelo trabalho vivo, em que o profissional de saúde relaciona-se com o usuário, experimenta soluções para os problemas que aparecem, interagindo, fazendo-o sujeito protagonista de seu processo saúde-doença.

É preciso desmistificar a ideia de tecnologia apenas atrelada ao uso de equipamentos de última geração, uma vez que o saber profissional e o processo relacional constituem mecanismos intrínsecos ao processo de trabalho em saúde. Merhy (2002a) enfatiza que a organização do trabalho “vivo em ato” é diretamente influenciada por questões micropolíticas. Assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde identifiquem novos sentidos de produção do cuidado, tomando as tecnologias leves como orientadoras do uso das tecnologias leve-duras e duras (SEIXAS et al., 2016).

A Enfermagem vem ganhando destaque na aplicação das tecnologias, com oportunidades de implementá-las e/ou desenvolvê-las para maior crescimento da profissão e benefícios da relação entre profissional e usuário. Compreende o conjunto de conhecimentos, sejam científicos, sejam empíricos sistematizados, os quais requerem a presença humana (SABINO et al., 2016), que visa à qualidade de vida, representada pelo ato de cuidar, e considera questões éticas e processos reflexivos; (CARVALHO et al., 2012).

Na perspectiva da Enfermagem, Prata et al. (2019) ressaltam que as tecnologias leves se configuram como atributos da relação humana que integram o cuidar, situando-se na dimensão subjetiva do cuidado que se traduz em comportamentos, atitudes e posturas

manifestadas durante o encontro da enfermeira com o cliente. Nesse espaço interacional, as habilidades relacionais são fundamentais para a construção compartilhada de um cuidado terapêutico com vistas à autonomia e ao empoderamento.

Conforme estudo desenvolvido por Salvador et al. (2012), dentre as vantagens do uso das inovações tecnológicas nas práticas de cuidado de enfermagem, destacam-se a inovação do cuidado, a possibilidade de qualificação assistencial, a sistematização de informações do cuidado para a tomada de decisão e o juízo diagnóstico, a maior segurança no cuidado e a melhoria da saúde ocupacional dos profissionais por meio da melhor administração do tempo da Enfermagem.

Por outro lado, esse mesmo estudo apontou o despreparo profissional para lidar com novas tecnologias, o que requer adequações educacionais que se iniciem no espaço acadêmico e perdurem durante toda a prática profissional do enfermeiro, em um processo de educação permanente, aspecto *sine qua non* a qualquer prática profissional (SALVADOR et al., 2012).

Salbego et al. (2018) sugerem a inserção de uma nova abordagem sobre tecnologias nos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, que possibilite desenvolver no acadêmico competências cuidativas, tendo em vista a interface com a competência educativa de si e do outro. Para tanto, propõe-se o enfoque da práxis humana para além da abordagem teórico-prática já em curso na formação dos enfermeiros.

Uma estratégia para promover um cuidado que não seja fragmentado e centrado na doença é a implementação da Consulta de Enfermagem sistematizada que é pautada em um marco teórico e executada de acordo com as etapas previstas na Resolução COFEN 358/2009, baseada no Cuidado Centrado na Família, técnica capaz de favorecer a participação ativa da família tanto no cuidado direto ao usuário, quanto na participação social, unindo o conhecimento científico ao saber familiar para a construção do plano de cuidados, de forma a favorecer o autocuidado (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem, que é regulamentado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009, é um instrumento que orienta o cuidado prestado pelos enfermeiros em todos os níveis de atenção à saúde e recomenda-se que seja implementado em serviços públicos e privados. Quando implementado na assistência extra hospitalar recebe a denominação de consulta de enfermagem, e não pode estar somente condicionada à presença do protocolo municipal de enfermagem, já que o enfermeiro possui um corpo de conhecimentos próprio da profissão (COFEN, 2009).

Sallum, Santos e Lima (2012) apontam a utilização do processo de Enfermagem como tecnologia leve-dura de grande importância no cuidado ao paciente vítima de trauma. Os

diagnósticos de Enfermagem são um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Eles proporcionam a sustentação para a seleção de intervenções, a fim de atingir resultados pelos quais a Enfermagem é responsável.

Ao pesquisar as práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção básica do município do Rio de Janeiro, Acioli et al. (2014) perceberam a sua diversidade, tais como visita domiciliar, consulta de Enfermagem, atividades educativas, assistenciais e administrativas e acolhimento, as quais estavam voltadas para a dimensão técnica e para os aspectos biológicos, sendo o cuidado expressivo/sensível pouco fortalecido, o que pode comprometer a atenção integral à saúde do usuário.

Consideraram a consulta de Enfermagem como um espaço propício para o desenvolvimento das práticas de cuidado, pois nela o enfermeiro tem a oportunidade de ouvir demandas, avaliar as condições de saúde físicas e psicoemocionais, conhecer mais profundamente o usuário e orientar, uma vez que ele pode utilizá-la para entender o contexto emocional, social e as relações familiares (ACIOLI et al., 2014).

Logo os profissionais da Enfermagem dos municípios do Conde e da região da Grande João Pessoa, PB, assim como outros de unidades federativas diversas, necessitam repensar a prática assistencial atual e ampliar seus modos de produzir atos em saúde a partir de novos arranjos tecnológicos de modo que o peso das tecnologias leves seja maior e que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central.

As tecnologias relacionais em saúde são uma ferramenta organizacional no processo de cuidar dos profissionais pelo poder, envolvimento, articulação e intervenção frente as condutas e atitudes preconceituosas e excludentes contra o ser humano em situação de adoecimento, principalmente, quando vitimados por uma doença estigmatizante como é o caso da TB.

Neste estudo, o sofrimento e humilhação do preconceito, auto preconceito e exclusão social devido à falta de ações humanizadas, educativas e dialógicas de inserção social capazes de propagar informações que auxilie e encoraje o doente nesse processo de saúde-doença obstaculizou a gestão do cuidado conforme observado no artigo A52 [*“o preconceito da sociedade com o doente e o preconceito do próprio doente”*].

O medo e a exclusão social embutida nas entrelinhas das falas dos profissionais, caracterizou e ainda caracteriza um forte entrave no processo de cuidar em saúde. Destaca-se, pois, o preconceito da sociedade contra o doente, no qual, o medo do contágio devido à carência de informações pode justificar esse comportamento excludente e discriminatório. Por

outro lado, há o preconceito do próprio doente que não aceita sua condição de estar doente e ser uma fonte potencial de contaminação se não tratado adequadamente.

Corroborando, estudo sobre as representações sociais de enfermeiros de UBS de Belém, no estado do Pará, acerca da TB evidenciou que tais profissionais a perceberam como uma entidade biológica com enfoque para o contágio e como um fenômeno social, destacando o estigma e preconceito. Identificaram ainda que o atendimento foi influenciado pelo medo, fato que explica o distanciamento de alguns enfermeiros ao lidar com os doentes (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2016).

Pinheiro et al. (2017), ao analisar os discursos de profissionais atuantes no serviço de referência sobre pontos de estrangulamento que afetam os atributos essenciais da APS relacionados ao controle da tuberculose no município de João Pessoa, Paraíba, apontaram a ausência de vínculo e de acolhimento, o preconceito por parte dos profissionais, dificuldades de acesso à realização de exames, consultas e tratamento, falhas no sistema de referência e contrarreferência como principais entraves no controle da doença.

Perpassando pelo conceito de preconceito, Borges et al. (2002), o caracteriza como um julgamento, uma opinião ou um sentimento no qual se formula irrefletidamente, sem fundamento ou razão, a propósito de uma pessoa ou grupo que não se conhece. Rose (1972) o percebe como uma fonte de desgraça e incompreensão mútua que provoca medidas de discriminação e inflige a certas pessoas um tratamento imerecido, favorecendo a ignorância, proveniente da ausência de conhecimento ou mesmo da presença de falsas ideias.

De acordo com Marques (2011), por estar associada a fatores de cunho social, tais como, hipotéticas condições de habitação e alimentação, escassez em saneamento básico, uso abusivo de álcool e crescentes aglomerações, os doentes de TB experienciam o preconceito social, estampando sentimentos de autodepreciação cujo produto final resulta em um completo isolamento social e abandono do tratamento, o que torna abstruso a redução dos impactos causados pela doença na sociedade, na vida de doentes e de seus familiares.

Atitudes e comportamentos preconceituosos, excludentes e estigmatizantes contra o doente de TB, como vistos no artigo A52, são considerados um dos entraves nas ações de controle da doença, com enfoque para as ações de diagnóstico e tratamento. Muitos optam pela busca do tratamento no serviço secundário especializado, fora de seu território na APS por medo de ser identificado; outros abandonam o tratamento contribuindo para propagação do contágio, enquanto outros, se negam a procurar o serviço de saúde retardando a descoberta e início da terapia.

Estudo sobre os sentimentos do doente e sua relação no enfrentamento da TB evidenciou que os aspectos culturais, comportamentais e sociais influenciaram sobremaneira o retardo do diagnóstico e a adesão ao tratamento, podendo enumerar a prática cultural da automedicação, a percepção da gravidade da doença, o sentimento de medo relacionado à possibilidade de internação hospitalar, o estigma relacionado à doença e a falta de confiança no serviço de saúde devido à deficiência dos profissionais (OLIVEIRA et al., 2015).

Ao considerar a AB como porta preferencial do usuário para o controle da TB, compete aos enfermeiros e demais trabalhadores da ESF mobilizar constantemente a sociedade e os doentes sobre a temática, ponderando que a menor possibilidade dos mesmos serem infectados desperta um turbilhão de sentimentos que podem dificultar sua relação com a equipe, serviços e familiares, tais como a angústia, tristeza, raiva, solidão, negação da doença e medo devido a imagem deturpada que se consolidou no imaginário das pessoas ao longo dos séculos (OLIVEIRA et al., 2015).

Rodrigues, Motta e Ferreira (2016) afirmam que apesar da compreensão conferida à doença ao longo de sua evolução histórica ter possibilitado uma ressignificação acerca de sua representação social, ainda persiste no imaginário social a figura estereotipada do doente de TB, como transmissor ou fonte de contaminação, representando, portanto, perigo para sociedade. As representações sociais da doença que perpassam a história, marcadas por estigma de perigo e consequente medo, dificultam a aceitação da doença pelo doente e sua interação com profissionais de saúde, limitando o desenvolvimento de uma comunicação efetiva entre ambos (FERREIRA; ENGSTRON; ALVES, 2012).

Ademais, para auxiliar os usuários no enfrentamento da doença, os enfermeiros devem atentar-se para a repercussão da doença em suas múltiplas dimensões, tais como: no convívio familiar quando esses são discriminados pelos próprios parentes devido à sintomatologia, não recebem apoio necessário durante e após o tratamento, destroem laços matrimoniais pela vergonha da falta ou perda da libido; na dimensão laboral, visto que muitos são afastados de seus empregos pela exigência do tratamento e acaba perdendo-os; na dimensão social, com comportamentos de isolamento, e também na dimensão espiritual, pois muitos se revoltam contra Deus, culpabilizando-o por não aceitar seu estado de adoecimento.

Barbosa et al. (2013) corroboram ao afirmar que o desconhecimento agregado ao aspecto social estigmatizante e marginalizador que acompanha a história da doença modifica a dinâmica familiar, causando paulatino isolamento do portador do ambiente coletivo e afetivo, mudança na autoestima e da percepção sobre si, afetando, desta forma, sua qualidade de vida.

O apoio familiar muitas vezes torna-se decisivo para o enfrentamento da doença e conseguinte adesão ao tratamento e cura. Em contrapartida, a ausência de apoio gera constrangimento e reforça o estigma e preconceito, o que culmina em mais resistência ao tratamento e menos aceitação da doença (CLEMENTINO et al., 2011).

Na produção de cuidados, o enfermeiro deve envolver o binômio usuário e família durante o planejamento da terapêutica considerando sua subjetividade, as concepções sobre seu processo saúde-doença e a singularidade de suas necessidades em saúde. Assim, tal profissional deve lançar-se ao encontro do outro, considerando as tecnologias leves como instrumento potencializador para oportunizar o diálogo, incitar a confiança e, dar voz e vez ao doente para ele expressar suas angústias e medos.

Rodrigues, Motta e Ferreira (2016) ressaltam que, embora o acesso ao tratamento da tuberculose esteja assegurado por políticas públicas e disponível nas UBS, muitas vezes não se vislumbra o aspecto mais relevante no cotidiano da gestão do cuidado, qual seja, a relação estabelecida entre os doentes e os profissionais responsáveis pelo cuidado.

Imprescindível se faz repensar a formação e as práticas de cuidado atuais desses profissionais, sensibilizando-os para a importância de ações efetivas de controle da doença, que envolvem desde a suspeição de casos à alta por cura. Ressalva, pois, a necessidade de investimentos em atividades de educação permanente; necessidade de aproximar os doentes à comunidade por meio de rodas de conversas, grupos de apoio e educação em saúde com a protagonização dos mesmos nas escolas, praças. É preciso vencer o medo do contágio e concomitante, aproximar a temática da população.

Pensando na gestão do cuidado ao doente de TB e demais usuários, acometidos ou não por doença infectocontagiosa, para além do território da APS, é relevante ponderar a mudança do modelo de atenção tradicional ainda vigente, centralizado na doença, para um modelo dialógico que reconheça o sujeito em sua multidimensionalidade, com suas concepções e saberes. Portanto, faz-se necessária a adoção de medidas que transcendam ao corpo biológico e apontem em direção às transformações de valores, ideologias e concepções da sociedade.

O conhecimento produzido a partir dessa metassíntese favorece o entendimento de que os profissionais de Enfermagem e demais trabalhadores de saúde não haviam despertado para o novo paradigma da produção social, pois não reconheceram os determinantes sociais e a vulnerabilidade em saúde; as práticas de cuidado estiveram calcadas em procedimentos técnicos, curativos, que valorizaram o clínico, desconheceram o ser humano e perduraram em tecnologias não relacionais. Logo, suscita-se a necessidade de reorganizar os serviços de saúde de acordo com os novos modelos de atenção paradigmáticos.

### 6.3 DIFICULDADES NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA GESTÃO DO CUIDADO

Desde os anos de 1990, políticas públicas têm sido implementadas almejando a construção de um sistema universal de saúde no Brasil. Considerando as bases previstas na Constituição de 1988, as ações e serviços de saúde no SUS devem estar descentralizados, organizados em rede regionalizada e hierarquizada com gestão democrática e participativa, com vistas ao alcance da integralidade da atenção e equidade no acesso (MENDONÇA et al., 2018).

Considerando a proposição, na unidade categorial em análise, discute-se a íntima relação entre a gestão do cuidado e a organização dos serviços de saúde, apontando os desafios a serem enfrentados para reconstruir, fortalecer e ampliar o processo de cuidar visto que, pelas US percebe-se uma **Hierarquização e verticalização de serviços voltados à prática clínica**; uma **Necessidade de um ambiente de cuidado acolhedor e de compartilhamento de experiências e saberes** e, um **Processo de trabalho que clama por apropriação, empoderamento profissional e trabalho em equipe dos trabalhadores em saúde**.

A discussão perpassa por temas imbricados na construção e reconhecimento da APS como modelo de atenção, como por exemplo, a descentralização e organização dos serviços em RAS, ambiente de cuidado, processo de trabalho em saúde. Os temas são apresentados e problematizados em três subcategorias a seguir.

#### 6.3.1 Serviços de saúde centralizados e verticalizados: como gerir o cuidado?

A descentralização é um princípio que se origina por volta da década de 1970, nos países desenvolvidos, como resposta à crise do Estado de Bem-Estar Social. Tal modalidade de Estado representou uma nova relação de mediação entre o Estado e a sociedade, visto ter assumido a regulação das atividades econômicas e garantido alguns direitos sociais à população (PALHA; VILLA, 2003).

A Constituição Federal do Brasil, no artigo 198, estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único e organizado de acordo com as diretrizes ou princípio da descentralização (PALHA; VILLA, 2003), a qual se apresenta como uma ferramenta importante para o desencadeamento

de várias intervenções no âmbito da saúde, que deve tornar concreto o acesso aos serviços por inúmeros sujeitos, antes excluídos da assistência à saúde (BRASIL, 1998b).

No Brasil, o processo de descentralização do SUS, nos anos de 1990, foi norteado pela edição das NOB 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96 (BRASIL, 1998b), que são instrumentos de regulação para tratar os aspectos de divisão de responsabilidades, relação entre gestores e critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios, bem como dos aspectos de organização do sistema de saúde (PALHA; VILLA, 2003).

No que diz respeito à TB, Protti et al. (2010) elucidam que a descentralização das ações de controle da doença no Brasil, ocorreu após a década de 1980, por meio da celebração de convênios entre o MS e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tendo como objetivo central desencadear ações mais efetivas para o controle da doença, consideradas as distintas realidades territoriais.

De acordo com Ruffino-Neto e Villa (2006), na década de 1990, em decorrência da falta de compromisso e financiamento pelo governo no controle da TB, ocorreu a desestruturação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), comprometendo profundamente as ações de controle da doença no país, contribuindo para o aumento dos coeficientes de prevalência, mortalidade e para a diminuição das taxas de cura e detecção de novos casos.

Como consequência do caos instalado pela situação da TB no mundo, a estratégia *Directly Observed Treatment-short Course* (DOTS) foi adotada como resposta global para o controle da TB após a OMS, em 1993, reconhecê-la como uma emergência pública mundial. Em âmbito nacional, em 1998, o DOTS que era gerenciado pelo PNCT, passa a ser implantado gradativamente nos municípios como estratégia inserida no SUS, recebendo destaque neste mesmo período a implantação do PNCT, que define a TB como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelece diretrizes para as ações e fixa metas para alcance dos objetivos (RUFFINO-NETO; VILLA, 2006).

É elaborado, então, um novo PNCT, com metas para o período de 2001 a 2005, que tinha como objetivo a expansão das ações do controle da TB, incluindo parcerias com os serviços de AB, principalmente com o PACS e ESF. Dessa forma, as ações de controle da TB passaram a ser responsabilidade de todos os municípios, privilegiando as unidades de saúde de nível primário, com a finalidade de se obter maior detecção e cura de casos da doença (BRASIL, 2009).

A partir do momento em que as ações de controle da TB passaram a fazer parte das ações da AB, ou seja, de responsabilidade municipal, os municípios passaram então a planejar



e a executar as atividades de controle da doença com autonomia, evidenciando-se o processo de descentralização política e administrativa no país (MARQUIEVIZ et al., 2013). Autores como Scatena (2009) acreditam que essa política foi de suma importância, pois deu autonomia aos municípios para desenvolverem as ações de promoção e prevenção do agravo, sendo, portanto, favorável à implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS.

No estado da Paraíba, o DOTS foi implantado a partir de 1999 (SÁ et al., 2006). Já a transferência de política (TP) do Tratamento Diretamente Observado (TDO) transcorreu no ano de 2007 para os serviços da AB. Anteriormente, era centralizado no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga, Unidade de Referência do estado. Embora algumas equipes já realizassem o TDO nas USF, foi neste ano que a gestão local deu passos em favor da TP das ações do controle da TB, dentre elas, o TDO para ESF (SÁ et al., 2011a). Esse processo de transferência constitui-se em um significativo avanço, muito embora venha impondo vários desafios, como o de articulação das ações entre os diversos níveis técnico-administrativo-gerenciais do sistema de saúde.

Sá et al. (2011a) identificaram fragilidades nesse processo de descentralização, destacando como principais entraves na sustentabilidade do TDO a descontinuidade política dos cargos de coordenador de PNCT, o porte do município, a alocação dos recursos financeiros condicionada à decisão do gestor, a insuficiência da rede laboratorial para exame de baciloscopia e a falta de uma adequada política de qualificação de trabalhadores de saúde para atuar no controle da TB no SUS.

Pela metassíntese observa-se uma aproximação aos pressupostos acima e uma incongruência entre as políticas públicas que regem a descentralização do cuidado para a ESF e o cenário de gestão, articulação e ordenação das redes de atenção que tendem à hierarquização e verticalização dos serviços de saúde, principalmente da APS. Tal inferência é reproduzida a partir do cuidado dispensado a portadores de TB, quando se observa nas UR que o serviço esteve organizado para a realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios [*“a organização do serviço se volta para a detecção do sintomático respiratório”* (A45)]; que os casos suspeitos da doença eram encaminhados aos serviço de referência [*“a organização do cuidado ao doente de TB cumpre sua função quando da suspeição e encaminhamento”* (A70)]; que não houve articulação e nem planejamento específico entre as ações de controle da TB e a atenção à saúde da mulher [*“nenhum profissional entrevistado apresentou em sua fala elementos que revelassem uma atenção articulada entre controle da TB e a atenção à saúde da mulher”* (A52)].

Ressalta ainda que as ações de controle da TB estiveram centralizadas em serviços de referência [*“não se observam enunciados que favoreçam a efetiva descentralização do cuidado à TB para ESF”* (A54)]; apontando fragilidades na operacionalização do DOTS no que diz respeito a falta de planejamento e garantia de insumos e exames laboratoriais [*“desconhecimento da estratégia DOTS”* (A54); *“ao relacionar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) apenas com o monitoramento da tomada do medicamento”* (A45); *“coordenação (gestão) de Programa de Controle da Tuberculose atuante no município que concerne à garantia da medicação”* (A46); *“não há planejamento específico”* (A54); *“o não oferecimento do pote quebra na linha de cuidado”* (A70)].

Problemas como a falta de planejamento, a não garantia do usuário aos insumos e materiais para confirmação da doença, a detecção dos sintomáticos respiratórios, o encaminhamento para o serviço de referência e, principalmente, a centralização da atenção à TB no setor secundário e terciário e, sobretudo, o não empoderamento do enfermeiro no processo de trabalho pela falta de competências para lidar com o DOTS/TDO são considerados entraves e concomitante consequências da organização dos serviços de saúde.

É preciso que o enfermeiro ressignifique suas práticas de gestão do cuidado para lidar com os entraves advindos da AB. Como justificar o trabalho do enfermeiro no processo de cuidar de usuários portadores de TB quando esse nem ao menos reconhece o TDO da estratégia DOTS?

O DOTS é uma estratégia importante para o controle da TB. Corresponde a um conjunto de práticas que se ancoram em cinco pilares: 1) compromisso político para o fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros; 2) elaboração de planos de ação e mobilização social; 3) diagnóstico por meio de exames bacteriológicos de qualidade, fornecimento e gestão eficaz do medicamento; 4) sistema de monitoramento e avaliação ágeis que permitam a análise dos casos, desde sua notificação até seu encerramento; e 5) tratamento padronizado com supervisão da ingesta medicamentosa por meio do TDO (BRASIL, 2010b).

A estratégia DOTS deve ser adotada e expandida em cada instituição de saúde em paralelo, considerando as diferenças institucionais existentes, que são desafiadoras, visto que existem diferentes culturas organizacionais, diferentes perfis populacionais, recursos financeiros disponíveis, procedimentos administrativos e financeiros, sistemas de informação e indicadores para o sucesso, objetivos e visões corporativas distintas e abordagens para a sensibilização da comunidade (BRASIL, 2010b).

O DOTS é uma estratégia notadamente eficiente, pois tende a modificar o quadro epidemiológico da TB e possibilita a reorganização dos serviços de saúde, evitando a hospitalização, tornando o tratamento disponível e de baixo custo. Além disso, diminui a multirresistência bacteriana, o risco de abandono e gastos com outras drogas (BRASIL, 2010b).

Utilizar o DOTS como ferramenta nas ações contra a TB, aproxima a equipe de saúde da ESF com a realidade social dos usuários dos serviços, ao mesmo tempo em que minimiza os efeitos estigmatizantes da doença, facilitando na identificação de grupos de riscos para que haja maior adesão ao tratamento, formando-se assim, uma ligação entre a equipe, o processo saúde/doença, indivíduo e família. Essa ligação é valiosa, pelo fato de os profissionais de saúde poderem proporcionar o empoderamento do sujeito, que por sua vez tem a oportunidade de conhecer sobre sua doença e participar diretamente da construção do cuidado, por meio de uma educação dialogada e peculiar (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, o MS (BRASIL, 2011b) retrata que a performance do enfermeiro no DOTS deve abranger o âmbito gerencial e assistencial, organizando os serviços, planejando as ações e também participando do cuidado direto no tratamento. O enfermeiro tem papel de integrar o doente de tuberculose nos distintos níveis de complexidade existentes no serviço de saúde, desde consultas básicas até consultas especializadas, ou seja, está diretamente ligado a resolutividade dos casos. Com isso, os serviços de referência devem compor os demais serviços de saúde, de forma linear, organizando o fluxo da assistência e não limitando suas ações em apenas receber o paciente, mas que favoreça a continuidade da assistência, corroborando no retorno do paciente a sua unidade de partida, ou seja, fazendo uso da contrarreferência.

No estudo desenvolvido por Souza et al. (2014) enfermeiros inseridos na ESF destacaram que, nas suas experiências assistenciais, o DOTS configura-se como uma modalidade de tratamento exitosa, no tocante ao objetivo de tratar e curar o indivíduo acometido por TB. Neste cenário de cuidado, destacou-se o estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais de saúde, fazendo emergir um ambiente de confiança e corresponsabilidade, visando ao sucesso do projeto terapêutico. Assim, os requisitos subjetivos do doente devem ser visualizados na transferência de política do DOTS, com o intuito de ultrapassar a valorização dos requisitos técnicos e normativos.

Já o TDO como elemento chave da estratégia DOTS, visa ao fortalecimento da adesão do doente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo, assim, os casos de abandono, mortalidade e aumentando a

probabilidade de cura. A escolha da modalidade do TDO a ser adotada deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. É desejável que a ingestão do medicamento seja diariamente, de segunda a sexta-feira sob a supervisão de um profissional de saúde que pode ser um enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem ou ACS (OLIVEIRA, 2015).

O protagonismo da Enfermagem na execução das ações de controle da TB é evidenciado mediante a criação, pelo MS em 2011, do protocolo específico para as atividades da enfermagem no âmbito da AB: *“Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica - Protocolo de Enfermagem”*, o qual contempla todas as ações de controle para a TB, priorizando os aspectos organizacionais dos serviços de saúde para a realização do TDO e organização do processo de trabalho de Enfermagem para o TDO nos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

É sabido que o modo de operacionalização do TDO fortalece ou fragiliza o desempenho dos serviços de saúde voltados à atenção às pessoas doentes ou expostas à TB. Os enfermeiros necessitam ampliar sua percepção pré-concebida e entendê-lo como uma tecnologia do processo de cuidar que ultrapassa exclusivamente a lógica relacional da supervisão da tomada de medicamentos. Contudo, o monitoramento da ingestão da dose diária (durante a fase de ataque) ou três vezes semanais (durante a fase de manutenção) corresponde a uma das atividades a serem desenvolvidas pelo enfermeiro durante o TDO, conforme preconizado pelo MS (BRASIL, 2011b).

Rêgo et al. (2015) apontam que o enfermeiro desenvolve o trabalho gerencial na atuação contra a TB, com ações de cunho preventivas e curativas, que se associam juntamente ao planejamento, estruturação, avaliações das tarefas e intervenções do cuidado propriamente incluídas no tratamento e controle da TB. Assim, cabe ao enfermeiro realizar consulta de Enfermagem, solicitação de exames, buscar e identificar os sintomáticos respiratórios, notificar casos positivos, envolver-se e capacitar-se em ações de educação permanente e continuada em saúde, entre outras atividades, proporcionando-o melhor desenvoltura nas intervenções com relação à doença.

A prevenção, identificação precoce e tratamento adequado dos casos são as principais metas do cuidado em TB. Para a efetivação desses pilares é importante o sucesso das condutas incrementadas, assim como, profissionais que operem de forma eficaz (SILVA SOBRINHO et al., 2014). Logo, conforme a PNCT, a integralidade é um dos mais significativos e valiosos princípios que contribui a efetivação do cuidado ao doente de TB, proporcionando ações que visualizem o sujeito de forma plena (RÊGO et al., 2015).

Estudos desenvolvidos sobre a organização dos serviços na APS, principalmente, voltados a TB, retratam algumas das problemáticas levantadas nessa metassíntese. Marcolino et al. (2009), por exemplo, avaliaram o acesso às ações de controle da TB no contexto das equipes de saúde da família em relação à ampliação da realização de baciloscopia para a rede de serviços de saúde e observaram uma insuficiência na oferta do procedimento de coleta de escarro pelas ESF exigindo o descolamento dos usuários suspeitos – ou em tratamento – de TB para outros serviços e transferindo a responsabilidade para o doente de realizar a coleta e de conduzir o material ao laboratório.

Os problemas citados colocam em risco a ação planejada para realizar o diagnóstico e são apontados como indicativos de deficiências organizacionais (previsão de insumos, capacitação insuficiente dos profissionais para realização do procedimento) que repercutem no desempenho das ESF no controle da TB.

Estudo sobre o desempenho dos serviços de saúde no diagnóstico da TB na perspectiva de portadores identificou que os serviços da APS foram os que mais encaminharam os usuários para consulta médica e outros serviços e para realização de exame de escarro. Paiva et al. (2014) concluíram que o baixo percentual de suspeição e de solicitação de baciloscopia e, o encaminhamento do usuário a outros serviços para realização dos exames, indicam baixa capacidade resolutiva e deficiência no reconhecimento das necessidades da população e da oferta de meios diagnósticos.

Por contemplar as principais ações de controle da TB, a ESF deveria funcionar como a porta preferencial de entrada do doente para o efetivo acesso aos diversos níveis de atendimento em saúde. Contudo, Andrade et al. (2016) enfatizaram que a descentralização dessas ações para os sistemas municipais de saúde tem sido dificultada, favorecendo, então, o abandono do tratamento e o diagnóstico tardio.

Estudo sobre a avaliação da estrutura dos serviços que atuam como porta de entrada para o diagnóstico da TB mostrou que embora as USF e UBS tenham apresentado melhor avaliação em tempo de espera para atendimento dos usuários e rotatividade de profissionais, o serviço hospitalar ainda é o principal responsável pelo diagnóstico da doença (BALDERRAMA et al., 2014).

Estudo sobre a análise da porta de entrada para o diagnóstico da TB no sistema de saúde de Ribeirão Preto, SP, identificou que apesar dos doentes terem procurado atendimento na atenção primária, o diagnóstico se deu na atenção secundária e terciária, para onde muitos foram encaminhados. Oliveira et al. (2011) justificam tal fato pautando-se na debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos na atenção primária; na sobrecarga de funções

e inadequada qualificação dos profissionais de saúde para lidarem com a doença; nas experiências anteriores dos doentes com determinados serviços de saúde e em aspectos culturais ou mesmo, pelo horário restrito de funcionamento dos serviços de atenção primária.

Assis et al. (2012) elucidam que a forma como os serviços de saúde se organizam se caracteriza como um entrave no problema da TB, ficando com maior evidência em relação as formas de detecção e tratamento da doença. Uma das causas apontadas é a insuficiência de materiais e de recursos humanos capacitados para implementar as ações de controle e combate a doença, comprometendo a assistência ao paciente.

Em 2015, Pinheiro (2015) destacou que após nove anos de descentralização das ações de controle da TB para os serviços da APS, o município de João Pessoa apresentou dados epidemiológicos insatisfatórios, não assumindo seu papel como porta de entrada no sistema, visto que, as ações de controle da doença continuaram centralizadas no serviço de referência, quando na verdade o fluxo de doentes de TB para o Complexo Hospitalar Clementino Fraga só deveria ter existido por encaminhamento das USF ou UBS àquele serviço, nos casos que necessitassem de acompanhamento por esquemas especiais de tratamento; para diagnóstico diferenciado; em casos que houvesse efeitos adversos maiores ao tratamento e nos casos de comorbidades.

Carnut (2017) afirma que no âmbito da gestão do cuidado a verticalização, a burocratização, a pouca qualificação e o não investimento em educação dos profissionais, os escassos investimentos em fomento a cogestão, os desrespeitos constantes aos direitos dos usuários do SUS e, acima de tudo, a desvalorização dos profissionais da saúde são fatores que ocasionam efeitos mais do que negativos na produção do cuidado em larga escala.

Destarte, necessário se faz reorganizar o sistema de serviços de saúde dos municípios da região da Grande João Pessoa, PB, segundo a lógica das RAS proposta por Mendes (2010) como suporte às políticas públicas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos. Conforme Mendes (2012, p. 80), constituem “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado”.

O conceito de rede tem sido crescentemente desenvolvido em vários campos do saber como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia de informação. Se configuram um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações contrários ao modelo burocrático e hierárquico hegemônico (MENDES, 2011).

As propostas de RAS são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 1990 nos Estados Unidos. A partir daí, avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento. No Brasil o estímulo à organização de RAS adquire maior relevância também no final da década de 1990 e culmina com a publicação da Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010, como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira (MENDES, 2012).

De acordo com a Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que instituiu as RAS, é possível observar que essas são caracterizadas por: formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; ter a APS como centro de comunicação; planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica; ofertar atenção contínua e íntegra; ofertar cuidado multiprofissional; compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos (BRASIL, 2010c).

Desta forma, as RAS têm como objetivo a melhoria da qualidade da atenção, da qualidade de vida das pessoas usuárias, dos resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, da eficiência na utilização dos recursos e da equidade em saúde (MENDES, 2010). Utilizando as características supracitadas, para promover a integração de ações e serviços de saúde com vistas a oferecer uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, alcançando a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012a).

O MS ressalta que é preciso inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Nos últimos anos, as experiências de RAS têm acontecido em diversos estados brasileiros (Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e outros), em geral sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e sob a forma de redes temáticas. Nos municípios de (Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba, Diadema, Florianópolis, Guarulhos, Joinville, Rio de Janeiro, São Paulo, municípios da Região de Campinas e muitos outros) têm acontecido sob a coordenação das Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2010c).

Nesse panorama, pode-se qualificar as redes como um arranjo institucional favorável à difusão de conhecimentos e informações sobre a política do TDO nas instâncias gestoras do SUS. Podem se constituir em potências para o estabelecimento de vínculo e corresponsabilização entre os gestores, coordenadores do PNCT, equipes da AB, doentes de

TB e seus familiares para o efetivo controle da TB. Para tanto, urge a necessária “compreensão do SUS como uma rede de políticas, talvez a mais ampla e capilar do país, uma verdadeira rede de redes” (TEIXEIRA, 2014, p. 180).

Mesmo passados dez anos da implantação do DOTS na Paraíba, vale considerar que os estudos que compuseram o corpus analítico da metassíntese foram desenvolvidos nos primeiros seis anos de implementação do TDO, período correspondente entre 2007 a 2012. Logo, a identificação dos entraves discutidos faz parte dessa política de descentralização. Sugere-se, pois, o desenvolvimento de novas pesquisas avaliativas acerca da organização dos serviços de saúde na perspectiva da implementação e efetivação do TDO/DOTS considerando as RAS.

### 6.3.2 Ambiente e encontro terapêutico na produção do cuidado: um ato vivo em saúde

Por encontro terapêutico Rodrigues et al. (2016) consideram o momento de cuidado, a interação entre os seres envolvidos na relação do cuidar, onde de fato, se efetiva o cuidado humano. Nesse, o profissional influencia e é influenciado pelo ser cuidado potencializando um processo de reconstituição que suscita o auto restabelecimento, crescimento, controle, recuperação e conhecimento.

Borges e Santos (2013) ressaltam que o corpo humano é um sistema de energia onde, durante o encontro de cuidado, o campo energético do profissional interage, manipula e modifica o campo energético da pessoa cuidada, responsabilizando-se pela evocação de possibilidades para o planejamento, implementação e avaliação dos resultados das intervenções de saúde, por meio da atenção consciente e da intencionalidade.

Partindo dessa suposição, a US intitulada **Necessidade de um ambiente de cuidado acolhedor e de compartilhamento de experiências e saberes** – traduz-se como um pedido, um chamado, um convite à mudança proposto pelos profissionais e usuários, que cuidam e são cuidados. Esses sujeitos, clamam dos gestores públicos um ambiente de trabalho pacífico, seguro, acolhedor, harmonioso, que caminhe ao encontro da dimensão subjetiva de ambos para uma melhor prestação de cuidados, como apontado nas UR [“*promover um ambiente acolhedor*” (A27); “*dificuldade de acolher e valorizar*” (A49); “*os colaboradores necessitam de cuidado e de um espaço próprio de cuidado*” (A49); “*deve haver espaço para o diálogo e orientações*” (A70)].

Oponente à responsabilização dos gestores na gerência de um ambiente acolhedor, os profissionais se reconhecem protagonistas no antagonismo do vínculo e da coordenação da



atenção quando expõem a dificuldade de acolher e valorizar o outro (A49) e sugerem a necessidade de um espaço de diálogos, conversação, orientação (A70). Pelo recorte do artigo A27, identifica-se a necessidade de as instituições hospitalares proporcionarem ambientes acolhedores que minimizem o sofrimento, o medo e as expectativas dos sujeitos durante sua hospitalização.

Por outro lado, tão relevante quanto pensar o provimento de um cuidado acolhedor aos usuários é pensar no cuidado dos próprios profissionais, que cuidam (ou deveriam cuidar) e se responsabilizam pelo cuidado. Tal fato remete-se ao artigo A49, quando se reconhecesse a necessidade de um ambiente específico de cuidado para os profissionais.

Oportunizar um ambiente de encontro de cuidados requer mais que o planejamento de uma estrutura arquitetônica digna, pois de nada vale um aparato tecnológico para cuidar do corpo biológico quando não há investimento em recursos humanos para lidarem com as necessidades psicossociais e espirituais dos sujeitos. Os enfermeiros, e demais membros da equipe interprofissional, devem dispor em seu processo de trabalho de tecnologias leves capazes de acessar o mais íntimo das pessoas. Durante o cuidado, o enfermeiro oportuniza o encontro a partir da valorização da escuta, do toque, do olhar, de toda e qualquer comunicação verbal e não verbal.

De acordo com Nuno et al. (2016), a equipe de saúde constitui a principal ponte entre o paciente e sua família, devendo primar pelo bom relacionamento entre todos por meio de um cuidado centrado na escuta, no acolhimento e na empatia. É imprescindível, que o profissional, ao lançar-se ao encontro de cuidado com o outro, encontre primeiramente consigo mesmo, desvelando sua multidimensionalidade. Somente após isso, visualizará a relevância de reconhecer integralidade humana para um efetivo cuidado.

O cuidado humano se efetua quando da aproximação entre os mundos subjetivos do ser cuidado e cuidador, sendo possível transcender o campo físico, mental e emocional de ambos. Esse contato, beneficiado por um ambiente acolhedor e confortável, provoca transformação, restauração e reconstituição dos seres envolvidos no cuidado (MEDEIROS; FÉLIX; NÓBREGA, 2016).

As referidas autoras apontam a influência do ambiente terapêutico no ato de cuidar. Durante a relação transpessoal, o cuidador e o ser cuidado devem produzir, usando da criatividade, um espaço externo acolhedor, aconchegante, agradável e ecossistêmico que maximize a confiança mútua e proporcione conforto. Internamente, esse ambiente também deve estar preparado para que um perceba e entenda o outro em sua multidimensionalidade.

Esse momento de cuidado, encontro terapêutico deve ser promovido por quaisquer profissionais que atuam nos diversos cenários do campo da saúde. Contudo, ao pensar o cuidado a partir das dimensões pessoal, psicológica, espiritual, cultural e disciplinar, Queirós et al. (2016) o associam à Enfermagem, pois consideram-no como o objeto central de conhecimento dessa disciplina, distinguindo-se de outras disciplinas do campo da saúde a partir dos significados atribuídos a esse constructo.

Nesse ínterim, o enfermeiro, durante o desenvolvimento de suas habilidades técnicas e científicas, deve preocupar-se com o ser que necessita de cuidados no momento do ato, primando pela sintonia entre ambos. Faz-se necessário, a priori, que esse profissional olhe para o seu interior e transcenda, reconhecendo suas potencialidades e limitações para cuidar de si mesmo e cuidar conscientemente do outro com amor, zelo, responsabilizando-se por ele (GOMES et al., 2013).

No momento de cuidado – interação, o enfermeiro consegue acessar os aspectos humanísticos (subjetivos e emocionais) desse indivíduo, traçar conscientemente um plano de cuidados compatível as suas necessidades potencializando a restauração da saúde em sua integralidade (BORGES; SANTOS, 2013). Para o fortalecimento dessa relação, o enfermeiro necessita estar aberto a esse encontro, despindo-se de suas próprias concepções e julgamentos para entender, respeitar as particularidades da vida do ser cuidado (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Nessa mesma US que trata da criação de um ambiente que possibilite o compartilhamento de experiências e saberes, percebe-se a falta e, ou não valorização de ações voltadas à educação em saúde como estratégia fortalecedora de comunicação na construção do vínculo entre profissional e usuário como retratado nos recortes dos artigos A52 [*“a não valorização da comunidade às ações de educação em saúde”*] e A70 [*“falta de acesso à educação em saúde”*].

Percebe-se que os enfermeiros não valorizaram o tempo e a oportunidade de estabelecer vínculo com os usuários por meio da educação em saúde, assim como, a própria comunidade também não expressou satisfação com as ações de educação em saúde desenvolvidas na AB. Ressalta a necessidade de avaliação do impacto de tal tecnologia no processo de cuidar a partir da percepção dos profissionais e usuários.

A utilização dos avanços tecnológicos nas interfaces do cuidar, do educar e do gerenciar impulsionam o questionamento das ações a serem desenvolvidas pela Enfermagem no âmbito de sua assistência, visto que usufruir de tais tecnologias tem demonstrado ganhos incalculáveis ao processo saúde-doença em decorrência de sua importância, maleabilidade e custo-efetividade.

O enfermeiro como figura profissional de maior contato entre o usuário e o sistema, atua como principal elo transformador e responsável pelo desenvolvimento de estratégias de educação em saúde no contexto da APS. Vislumbrando esses aspectos das tecnologias educacionais voltadas ao cuidado, eis que surgem as tecnologias cuidativo-educacionais em saúde consideradas ferramentas importantes no desenvolver do trabalho educativo e no processo do cuidar em saúde (GONÇALVES; SCHIER, 2005). Estas integram o grupo das tecnologias leves voltadas ao acolhimento, a troca relacional cotidiana, a promoção do vínculo, da responsabilização e da gestão do cuidado como formas de processo de trabalho em saúde (MERHY, 2002).

Nesse sentido, a Enfermagem utiliza-se da educação em saúde para estabelecer uma comunicação ativa e um diálogo rico junto aos pacientes, proporcionando espaços de troca de saberes e práticas e construção de vínculo, agindo diretamente na melhora do paciente (FIGUEIRA et al., 2013).

Na perspectiva das tecnologias educacionais, acredita-se que as mesmas possam ser entendidas de diferentes formas ao considerar a sua origem histórica e áreas do conhecimento. A amplitude e a implicação dos resultados advindos da utilização da educação atrelado as tecnologias é de fundamental importância para as atividades do enfermeiro, uma vez que a enfermagem atua como educador nato em seu processo de trabalho por meio do desenvolvimento de estratégias educativas e facilitadoras da aprendizagem significativa.

Destarte, percebe-se a necessidade de os enfermeiros e demais trabalhadores de saúde, dos diferentes níveis de atenção, resignificarem suas práticas assistenciais direcionando-as para a humanização do cuidado a partir da reestruturação do próprio ambiente de atuação, de modo que esse possibilite aos profissionais e sujeitos a manifestação do conforto, acolhimento, partilhas, revelando a satisfação das necessidades em saúde. Investimentos em educação em saúde devem ser reais e potenciais na construção do vínculo, da coordenação e da integralidade.

### **6.3.3 Processo de trabalho em saúde: um desafio para a gestão do cuidado**

É sabido que o sistema de saúde brasileiro foi erguido por muros hierárquicos fruto do modelo biomédico, o qual posicionava o médico como centro do saber. Mesmo após as lutas sociais advindas da Reforma Sanitária e consolidação do SUS, muito ainda persiste do modelo hospitalocêntrico e reflete diretamente nas relações entre os profissionais e destes com a comunidade. Um outro desafio relaciona-se a não integração dos saberes e à

rotatividade dos profissionais, provocando a desarticulação no trabalho (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

Sob o enfoque da equipe multiprofissional, a ESF busca a complexa integração de ações individuais e coletivas, na manutenção da saúde desta comunidade, promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, com o firme propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde identificados na população adscrita (BRASIL, 2004a; 2008a).

Logo, infere-se que a AB cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS porque estabelece relações contínuas com a população e por se desenvolver por meio de um trabalho em equipe que enfatiza práticas democráticas e participativas. Diante das diretrizes estabelecidas pelo SUS e da proposta de AB, é necessário conhecer o papel do profissional enfermeiro (MEDEIROS; PERES, 2011).

Uma terceira US categorizada em **Processo de trabalho: apropriação, empoderamento profissional e trabalho em equipe** retrata o processo de trabalho em saúde, principalmente dos profissionais da APS dos municípios de Conde e da região da grande João Pessoa – Paraíba. Na busca pela melhoria da gestão do cuidado, os profissionais reconheceram os esforços da equipe mediante abordagem multiprofissional conforme apresentado no A63 [*“assistência prestada por equipes multiprofissionais”*].

Contudo, tal realidade difere de outros três artigos quando se percebe desgastes e conflitos nas relações interpessoais, fragilizando o processo de trabalho individual e coletivo [*“Enfermagem possui o conhecimento científico... omite essas informações por acreditarem que é dever do médico”* (A27); *“fragilidades na relação entre os próprios membros das equipes”* (A46); *“as ações de controle da TB ocorrem de modo segmentado, recebe primeiro a atenção do enfermeiro”* (A46); *“dificuldade de trabalhar em conjunto; dificuldades interpessoais”* (A49); *“resistência por parte de alguns em participar - vivências de cuidado, seja por falta de confiança ou pela dificuldade em interagir com colegas de equipe”* (A49)].

Pelos recortes identificam-se fragilidades nos processos de trabalho em saúde, como por exemplo, falta de autonomia, diálogo e competência da equipe de Enfermagem durante a prestação do cuidado, observadas pela omissão de informações clínicas (A27); relacionamentos interprofissionais difíceis e susceptíveis à ruptura de vínculos (A46 e A49).

É necessário por em questão a fragmentação do processo de trabalho e entender os geradores de conflitos no âmbito da saúde. É fatídico que o conflito permeia a convivência humana e aparece, por vezes, quando os indivíduos não compartilham ou não pactuam da mesma opinião ou resistem em praticar os ensinamentos valiosos das condutas promissoras

entre usuários e profissionais da saúde, onde a escuta, o vínculo, a humanização compõe parte da arquitetura das relações humanas (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

A AB exerce um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, pois é lá que os profissionais mantêm relações constantes com a população, por meio de um trabalho em equipe. A priori, deve considerar que o trabalho em equipe multiprofissional para se integrar deve preservar as diferentes técnicas ou especificidades de cada trabalhador, mas deve-se considerar a complementaridade e a interdependência das ações realizadas pelos componentes da equipe, pois os trabalhos especializados guardam conexões entre si (PEDUZZI, 2007).

De acordo com Ferreira, Perico e Dias (2018), para desenvolver seu trabalho com efetividade, considerando a amplitude do cenário da APS, o enfermeiro precisa dominar suas habilidades voltadas ao gerenciamento do seu processo de trabalho, raciocínio clínico e abstrato, planejamento, comunicação, administração do tempo e conhecimento técnico científico da área.

Contudo, os resultados da metassíntese apontam que a sobrecarga de trabalho do enfermeiro e a falta de empoderamento de seu processo de trabalho foram identificados como obstáculos no processo de cuidar [*“a sobrecarga de trabalho entre os profissionais da enfermagem interfere na prestação dos cuidados”* (A27)].

O recorte do artigo A27 aponta para a sobrecarga do trabalho do enfermeiro em instituição hospitalar, por conta de longas jornadas e/ou número reduzido de pessoal, o que é algo deveras negativo, pois converge para a maior ocorrência de erros, risco de eventos adversos e adoecimento, conforme comprovado em outros estudos (NOVARETTI et al. 2014; WISNIEWSKI; GRÓSS; BITTENCOURT, 2014).

A expressão carga de trabalho é inerente ao próprio processo e ambiente de trabalho (CARVALHO et al., 2017), exercendo influência direta e indiretamente na saúde do trabalhador, sendo necessária sua identificação e compreensão durante o processo laboral (ROCHA et al., 2015).

Pires et al. (2016) complementam ao elencar que as cargas de trabalho são elementos encontrados no processo de trabalho que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador. Essas interatuam entre si e com o corpo de quem realiza o trabalho e determinam a condição na qual o trabalhador enfrenta a lógica global do processo de trabalho.

Kirchhof et al. (2011) enfatizam que os trabalhadores de Enfermagem estão expostos a cargas de trabalho diversas, identificadas como cargas de materialidade interna, caracterizadas pelas cargas fisiológicas e psíquicas, pois se manifestam por meio de um distúrbio ou doença,

e de materialidade externa, cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas, uma vez que são observadas no ambiente de trabalho.

Trindade e Pires (2013) destacam que as condições de trabalho têm sido reiteradamente reconhecidas como um problema grave no campo da saúde no Brasil e em especial na Enfermagem, incluindo déficit na quantidade e qualidade na força de trabalho, jornada excessiva, déficits salariais e problemas no ambiente de trabalho, os impactam negativamente a saúde desses enfermeiros e o resultado da assistência prestada pelos mesmos.

Pires et al. (2016), ao analisarem as cargas de trabalho dos profissionais de Enfermagem da ESF e suas implicações na efetividade do acesso identificaram que déficits nas condições de trabalho e na gestão influenciaram negativamente as cargas de trabalho, dificultando a efetividade da ESF. Acrescentaram que o aumento da carga de trabalho repercute na eficácia e qualidade dos cuidados prestados, na forma como o usuário é acolhido e atendido nos serviços de saúde e, conseqüentemente, na qualidade do acesso.

O desenvolvimento dessa metassíntese visibilizou entraves na organização dos serviços de saúde de municípios paraibanos que corroboram a fragilização do processo de cuidar em saúde. Evidencia-se, pois, a necessidade de reorganização das redes de atenção, principalmente voltadas aos usuários com doenças infecto contagiosas como a TB; o empoderamento dos enfermeiros para o agir cotidiano a partir de investimentos em estratégias que fortaleçam o trabalho em equipe e a autonomia profissional; incorporação de tecnologias que contribuam para a resolubilidade da assistência e redução da sobrecarga de trabalho; investimentos em recursos materiais e humanos que favoreçam um ambiente de cuidado acolhedor na perspectiva da acessibilidade.

#### 6.4 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DOS ATRIBUTOS DA APS E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO DE CUIDAR

Dialogar sobre processo ou gestão do cuidado perpassando pelos níveis de atenção à saúde requer do profissional conhecimento amplo acerca dos princípios, diretrizes e atributos que regem a política do estado brasileiro para a saúde - o SUS. No contexto da APS, a Enfermagem vem construindo seu espaço e reorientando suas ações em torno das necessidades de saúde da população, transcendendo o princípio da racionalidade médico-curativa ao pressupor a integralidade, a equidade e a universalidade como princípios estruturantes do processo saúde-doença.

Nessa última categoria de análise, fez-se uma interpretação acerca da relação entre os atributos regulamentadores do SUS e a produção do cuidado no âmbito da Saúde e da Enfermagem. Pelas **US – Acessibilidade: entraves no primeiro contato; Cuidar na perspectiva do vínculo longitudinal ou do relacionamento impessoal?; Integralidade do cuidar: (des) valorização do sujeito social e dos determinantes sociais e individuais de saúde; Coordenação verticalizada; Pouco envolvimento familiar no processo de cuidado e Baixa competência cultural profissional**, infere-se que há um antagonismo entre o modelo de cuidado desenvolvido pelos profissionais e as novas conformações teóricas sobre as práticas de cuidar, centradas na humanização.

Notadamente, o vínculo, a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, o enfoque familiar e a competência cultural não foram consideradas ferramentas potencializadoras da APS nessa metassíntese, fragilizando o processo de trabalho tecnológico em saúde da maioria dos enfermeiros e demais profissionais, no qual culminou em relacionamentos frágeis, com pouco envolvimento do binômio usuário x familiar no plano singular de cuidados e na atenção desprovida de responsabilização com as necessidades do ser humano em sua complexidade.

Divergentemente, na **US – Corresponsabilização do cuidado**, no artigo A63, identificam-se pelo discurso de enfermeiros e ACS novas perspectivas para o cuidar quando esses reconheceram seu papel no processo de trabalho em equipe, responsabilizando-se pelo compartilhamento do cuidado.

De acordo com Oliveira e Pereira (2013), a APS consiste em uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial dotado de valores, princípios, e elementos próprios, por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, considerando as necessidades de saúde da população. Conforme elucidado por Silva e Alves (2019), no Brasil, a APS ainda enfrenta dificuldades relacionadas ao seu financiamento, qualificação dos profissionais e insuficiência de gestão apesar das evidências de sua efetividade.

Recentemente, estudos vêm sendo desenvolvidos para avaliar o grau de presença e extensão dos atributos da APS como indicador da qualidade da assistência prestada em diferentes cenários no Brasil e no exterior por meio do manual do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil) proposto pelo MS (MELO et al., 2019; SILVA; ALVES, 2019; ANTUNES; PADOIN; PAULA, 2018; CUBAS et al., 2017). Tais estudos possibilitam o melhor entendimento dos desafios ainda impostos à APS, sinalizando possíveis estratégias de enfrentamento.

Ressalta-se que, essa metassíntese não almejou avaliar esses atributos conforme os estudos acima, porém, a partir da síntese interpretativa sobre o cuidado foi possível aproximá-los ao contexto de saúde de alguns municípios Paraibanos, permitindo uma análise setorial dos mesmos. Assim como nas demais categorias, construiu-se essa discussão a partir de seis subcategorias que retratam os atributos, eixos estruturantes, da APS.

Por atributos, entende-se um conjunto indissociável de elementos estruturantes presentes nos serviços de saúde. A APS possui atributos essenciais e derivados. Os primeiros estão associados à qualidade, efetividade e eficiência dos serviços e consistem no acesso de primeiro contato ou sempre que o usuário necessitar, na longitudinalidade, na integralidade e na coordenação (MENDES, 2015).

Por sua vez, os atributos derivados qualificam as ações da APS em orientação centrada na família, orientação comunitária e competência cultural. Ambos, estão diretamente relacionadas as funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização, que a APS tem desempenhado como centro coordenador de uma RAS (STARFIELD, 2002).

#### **6.4.1 Acessibilidade: entraves no primeiro contato**

O conceito de acesso é complexo, por vezes, empregado de forma imprecisa e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). De acordo com Azevedo e Costa (2010), a operacionalização do conceito de acesso aos serviços de saúde implica considerar a relação que se estabelece entre os indivíduos e o sistema de saúde, em um contexto de necessidades complexas e de respostas, na maioria das vezes, limitadas.

De acordo com Starfield (2002), o atributo acesso de primeiro contato consiste na escolha da APS como o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário no sistema de saúde, onde o serviço é procurado regularmente a cada vez que o mesmo precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população à qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso.

Assemelhando-se, Oliveira e Pereira (2013) o definem como a porta de entrada dos serviços de saúde, de modo que a população e a equipe identificam aquele serviço como o



primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. Para Gulliford (2009) o acesso está relacionado aos processos de ingresso no sistema de saúde, podendo ser estendido para incluir os processos de entrada para níveis mais elevados de atendimento para aqueles que já foram admitidos em níveis mais baixos.

O constructo acesso significa mais que um ato de entrar ou ingressar, designando o grau de facilidade com que as pessoas acessam os serviços de saúde. Transcende a relação simplista com a porta de entrada do sistema de saúde, configurando-se como um dispositivo transformador da realidade. Para Quinderé et al. (2013) esse termo deve ser ampliado para a compreensão de acessibilidade, que não se restringe ao uso ou não dos serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades de saúde da população. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade.

Thiede e McIntyre (2008) argumentam que os fatores que determinam o acesso podem ser entendidos a partir de três dimensões: disponibilidade, aceitabilidade e acessibilidade. A disponibilidade de cuidados de saúde capta todos os fatores que se relacionam com a existência efetiva de um serviço específico dentro do alcance do cliente, a existência de sistemas de nomeação e da conveniência de horário. A distância para a instalação é um dos indicadores de fatores de acesso no âmbito desta dimensão, que são facilmente medidos. Já a aceitabilidade abrange muitos dos fatores subjetivos, sociais e culturais, tais como o grau em que um determinado serviço é culturalmente seguro.

Segundo Oliveira e Pereira (2013) a acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista geográfico, organizacional, sociocultural e econômico. A acessibilidade geográfica reflete a distância entre a população e os recursos, podendo ser medida por distância, tempo de deslocamento, custo do transporte, entre outros condicionantes. A acessibilidade organizacional abrange as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que obstaculizam ou facilitam a capacidade das pessoas na utilização dos mesmos. Inclui aspectos tais como: tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais, continuidade do tratamento.

Os aspectos socioculturais e econômicos da acessibilidade incluem o conhecimento de sinais e sintomas, a percepção do risco de gravidade, o conhecimento sobre o próprio corpo e sobre oferta dos serviços de saúde, medo do diagnóstico, crenças, hábitos, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, crédito dado ao sistema de saúde, graus de instrução, emprego, renda e seguridade social (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Nesse estudo, privilegia a dimensão acesso a partir do entendimento da acessibilidade como uma relação intrínseca entre a oferta de serviços e seu impacto na capacidade de utilização e resolubilidade das demandas da população.

Shimizu e Ramos (2019) identificaram que o acesso às equipes da ESF do Distrito Federal esteve comprometido, devido a existência de barreiras organizacionais, tais como, o longo tempo de espera para conseguir a consulta, a restrição do horário de funcionamento (segunda a sexta em horário comercial) e a impossibilidade de resolução de problemas de saúde urgentes e por telefone.

Figueira, Silva e Silva (2018) afirmam que esse descompasso entre a premissa do primeiro contato e a realidade empírica pode ser caracterizado, em partes, pelas evidentes barreiras de acesso relacionadas à AB como a ausência de profissionais, recursos materiais e diagnósticos, lógica territorial inflexível, limitação no horário de funcionamento e ausência de organização para atendimento da demanda programática e espontânea. Soma-se a isso a estruturação ineficiente do sistema de saúde como um todo, que, embora conviva com uma situação epidemiológica caracterizada pela tripla carga de doenças (infecciosas, crônicas e causas externas), orienta-se, principalmente, para o atendimento das condições agudas e agudização das crônicas, em detrimento do fortalecimento da rede de atenção (BALDERRAMA et al., 2014).

Nesse sentido, pela **US** intitulada **Acessibilidade: entraves no primeiro contato** observa-se que os usuários, doentes de TB, não reconheceram a AB de um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa como porta preferencial para o primeiro contato, como relatado no artigo A54 [*“há relutância do doente de TB em procurar a USF para o diagnóstico da doença”*], contrariando as diretrizes da política de saúde no Brasil que situa a TB como área estratégica da APS (SÁ et al., 2015).

Estudos têm apontado a dificuldade da ESF se configurar a porta de entrada principal do sistema de saúde (SHIMIZU; RAMOS, 2019; SILVA et al., 2018; BALDERRAMA et al., 2014), sobretudo no que diz respeito à suspeição de casos de TB e obtenção da confirmação diagnóstica da doença (ANDRADE et al., 2016; SÁ et al., 2015; PAIVA et al., 2014). Como porta de entrada, as unidades de APS devem constituir serviços de procura regular e servir de filtro e ponto de início do fluxo da rede de atenção, na busca coordenada da melhor opção de assistência disponível para cada tipo de necessidade (SÁ et al., 2015).

Interpretações devem ser feitas no sentido de compreender a resistência dos doentes de TB pela procura à unidade de saúde de sua área adstrita. É oportuno entender o que o serviço representa para esse usuário e como ele o percebe em termos de resolutividade. Ademais, o

difícil acesso ao serviço e o medo do preconceito e do estigma relacionados à doença podem ter obstaculizado o diagnóstico precoce da TB, considerado um dos maiores entraves nas ações de controle da doença.

O diagnóstico da TB se configura um desafio nas ações de controle desenvolvidas no Brasil (OLIVEIRA et al., 2019a), apesar de todo investimento depreendido no que diz respeito à operacionalização da estratégia DOTS e a descentralização de suas ações para a AB, considerada “o contato preferencial dos usuários, a porta principal de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde” (FERTONANI et al., 2015. p. 1871).

Por sua vez, Andrade et al. (2016) reforçam que o acesso ao diagnóstico da TB deve ser garantido logo no primeiro contato com o doente, e esse acontece na porta de entrada do sistema. A forma como os usuários são acolhidos e o vínculo estabelecido entre eles e o serviço de saúde reforçam sentimentos de confiabilidade. Isso facilita a procura dos serviços mais próximos para a resolução das suas necessidades.

Contudo, o termo APS, por vezes, causa divergência de interpretações por parte da população, que associa a palavra primária a conjunturas iniciais, frágeis ou de pouca profundidade no estabelecimento dos cuidados com a saúde do indivíduo (MENDES, 2011). Tais interpretações ocasionam descrença nas ações promovidas nesse nível de atenção fazendo com que a população opte pela procura de atendimento nos níveis de atenção secundária e terciária de saúde, que possuem a média e alta complexidade para diagnóstico e tratamento das doenças.

Estudo desenvolvido por Silva-Sobrinho et al. (2012) sobre o retardo do diagnóstico da TB em municípios da tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina evidenciou que o tempo transcorrido para o alcance do diagnóstico de TB foi menor entre os doentes inicialmente atendidos no pronto atendimento, do que aqueles que buscaram o primeiro atendimento na APS, associando essa condição à facilidade de acesso ao ambulatório, devido à amplitude do seu horário de atendimento.

No entanto, Paiva et al. (2014) ressaltam que as causas do retardo ao diagnóstico da TB diferem segundo à realidade de cada região/país, e não podem ser atribuídas exclusivamente às barreiras impostas pelos serviços de saúde. É preciso considerar também os aspectos inerentes à condição humana do doente.

Conclui-se, pois, ser primordial o fortalecimento da APS como porta de entrada de fácil acesso, que considere as demandas de saúde dos usuários a partir de ações de cuidado entre os níveis assistenciais, com fluxos e contrafluxos ordenados, com o intuito de intervir

sobre os determinantes sociais garantindo a integralidade e resolutividade do cuidado (SHIMIZU; RAMOS, 2019).

Pela metassíntese, ao correlacionar o discurso do artigo A54 à outras categorias e atributos a seguir, infere-se uma deficiência no acesso e acessibilidade, fomentando a necessidade de os gestores fortalecerem a APS por meio de investimentos na organização, infraestrutura, formação e força de trabalho em saúde com vistas a melhorar a qualidade desse atributo determinante para a equidade em saúde.

#### **6.4.2 Cuidar na perspectiva do vínculo longitudinal ou do relacionamento interpessoal?**

A longitudinalidade deriva da palavra longitudinal, sendo definida como lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de meses ou anos (STARFIELD, 2002). Mendes (2015) retrata que essa está relacionada com a responsabilidade que a APS tem que ter pelo usuário, implicando na existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, criando vínculos em ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

Uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde é denominada longitudinalidade temporal, porém, sua avaliação é controversa, pois uma relação de longa duração pode se estabelecer mediante relacionamento interpessoal insatisfatório, enquanto um bom relacionamento pode ocorrer em curto período de tempo. Em decorrência disso, os estudos sobre longitudinalidade têm se voltado para investigar o vínculo interpessoal entre usuários e sua fonte de atenção (longitudinalidade pessoal) (STARFIELD, 2002).

A relação entre os profissionais e as pessoas que usam os serviços de saúde é um tema importante no âmbito do SUS e adquire uma linguagem especial na PNAB pelo uso da palavra vínculo (BRASIL, 2012b), no qual se origina do latim *vinculum*, significando laço, ligação. Trata-se de um conceito que sugere interdependência, relações de troca, cuidado humanizado e integralidade da assistência (SANTOS et al., 2016).

Santos e Miranda (2016) elucidam que o conceito de vínculo é polissêmico e perpassa áreas diversas das ciências sociais e da saúde com caráter e abordagens variadas, tais como, dimensão, estratégia, diretriz, objetivo, tecnologia e relação. Consiste na formação de um forte ele entre o profissional e o sujeito, garantindo-lhe a segurança da satisfação de suas necessidades.

O vínculo longitudinal é um dispositivo potente para o cuidado na APS, reconhecido internacionalmente como atributo essencial para modelos de atenção abrangentes e efetivos, que deve estar presente e integrado aos atributos de primeiro contato, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

Conforme apontam Oliveira et al. (2019b), o vínculo consiste em uma aproximação mais efetiva, contínua, pessoal e intransferível entre o usuário e o profissional, de modo a se estabelecer relações de escuta, de diálogo e de respeito. Nesse caso, o primeiro se sente mais seguro com a unidade de saúde, por se perceber aceito e próximo dos profissionais que se responsabilizam pelo seu bem-estar.

Para fins de efetivação desse atributo, a comunicação interpessoal como processo relacional emite um significado de troca de saberes entre o emissor e o receptor, influenciando o contexto sociocultural. Este processo de ordem complexa, contínuo e permanente se desenvolve por meio de pensamentos, palavras, sentimentos, comportamentos e reações psíquicas promovendo o inter-relacionamento e trazendo significado a pessoas (PEREIRA et al., 2019). Santos, Romano e Engstrom (2018) enfatizaram que a continuidade do cuidado possui sua base na relação interpessoal desenvolvida por usuários e profissionais, na construção diária de um vínculo em prol da efetivação dos programas de saúde assistenciais.

A metassíntese em análise aponta o estabelecimento de relações interpessoais inexpressivas e apáticas no contexto hospitalar que afastaram o cuidador do ser cuidado, impossibilitando-o de cuidar do outro em sua singularidade, como elucidado no artigo A27 [*“as relações estabelecidas entre a Enfermagem e os usuários não abarcam princípios interpessoais”*].

Tal comportamento credita relevância a discussão realizada nas categorias anteriores sobre a hegemonia do paradigma hospitalocêntrico nas práticas dos profissionais de Enfermagem, por exemplo. Mesmo a formação em saúde centrada no modelo de atenção cartesiano-newtoniano, ainda assim, tais profissionais não cuidaram do ser humano no sentido de satisfazer suas necessidades porque não souberam lidar com a soma das partes e das dimensões do corpo, da mente e do espírito. Outrossim, observa a produção de um trabalho morto nesse hospital público de João Pessoa pela falta de relacionamento interpessoal entre pacientes e equipe de Enfermagem.

Apesar de parecer algo simples, a construção desse vínculo exige de seus protagonistas paciência, pois demanda tempo, momentos de conversação, respeito escuta, partilha e responsabilização frente as estratégias de enfrentamento planejadas durante a hospitalização. Mais que habilidades técnicas para atuar em níveis de maior complexidade

tecnológica, os enfermeiros assistenciais devem se revestir de competências e habilidades relacionais para lidar com um público diversificado dotado de valores e necessidades individuais em saúde.

Estudos desenvolvidos sobre a temática vínculo demonstram seus benefícios e as barreiras firmadas para sua constituição nos diversos cenários da saúde. Santos e Miranda (2016) consideraram-no uma tecnologia leve importante na obtenção do conhecimento acerca das subjetividades, individualidades e condições de vida e de saúde das famílias. Para Brunello et al. (2010) o vínculo facilita a continuidade do tratamento, e consequentemente evita consultas e internações desnecessárias, sendo mais fortemente observado entre profissionais e usuários do que entre profissionais e familiares.

O vínculo auxilia na promoção de um novo tipo de cuidado, o qual envolve humanização, responsabilização e a necessidade de dar voz ao usuário, acarretando mudanças no modelo assistencial. Em contrapartida, a distância entre os profissionais da saúde e os usuários pode diminuir os laços de vínculo e, consequentemente, poderá favorecer no abandono do processo terapêutico (SANTOS et al., 2018).

Quando no artigo A27, destaca-se a ausência de princípios interpessoais na construção do vínculo, esses podem ser entendidos por atitudes e comportamentos que perpassam a subjetividade humana, onde sentimentos como a generosidade, a empatia e a sensibilidade para com o sofrimento do outro devem ser cultivados. Tais princípios estão relacionados aos constructos da humanização e ética do cuidar, na perspectiva levinasiana.

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BRASIL, 2015).

Dentre as diretrizes encontradas como ferramenta de reforma nos processos de trabalho interpessoais está a tecnologia do acolhimento instituída pelo MS em 2003 por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), que surge como um eixo norteador das práticas de atenção ao cuidado e como alternativa aos modos de interlocução entre os sujeitos necessitados de cuidados e dos sujeitos aptos a realizá-los, objetivando o alcance da longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2004b).

De acordo com Brasil (2013, p. 7), acolher significa:

Reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

Almejando priorizar os aspectos humanos no campo de atenção à saúde e enfatizar a ética no trato com a população em geral, a PNH aborda como conceito-chave o termo “humanizar”, dando ênfase à reflexão de que as ações sugeridas na política não são distantes do dia-a-dia da população e nem necessitam de altos investimentos tecnológicos visto que é uma mudança nas práticas exercidas durante as atividades já realizadas desde o gestor ao profissional que atende diretamente o usuário (BRASIL, 2004b).

De acordo com Silva et al. (2018), os conflitos oriundos no cotidiano da hospitalização, tais como o recebimento de informações insuficientes, a ausência de diálogo, a falta de sensibilidade dos profissionais em relação ao momento vivenciado e o estabelecimento de interações interpessoais, podem interferir na formação de vínculo e prejudicar a qualidade do cuidado.

Infere-se, pois, que os enfermeiros desse hospital público de João Pessoa deveriam ter gerenciado sua equipe para a realização de um cuidado humanizado, acolhedor, solícito, sensível que compreendesse o ser humano e o contexto no qual ele estava inserido para melhor atendê-lo. Ambos, paciente e profissional deveriam se reconhecer importantes um para o outro no projeto terapêutico de cuidado. Tais profissionais, por meio da escuta, da atenção, da valorização do encontro deveriam ter ajudado os pacientes a não somente lidar com a hospitalização, mas sobretudo, incentivá-lo a viver, superando as dificuldades da vida.

O segundo constructo fundamental para o fortalecimento das relações interpessoais consiste na ética do cuidado, que envolve a alteridade e a responsabilização. Emanuel Lévinas, filósofo francês, sensibilizado com o sofrimento humano em período pós-guerra nazista, ressignificou as relações por meio da ética da alteridade e da responsabilização com o Outro.

Para Lévinas, (2004), *alteridade* vem do latim *alteritas* ('outro') e pressupõe que todo o ser humano social interage e interdepende do outro. Assim, a responsabilidade com o Outro, que é o próximo, pode ser melhor compreendida pela premissa cristã de “amarás o teu próximo”. Enfatiza que a responsabilidade pelo próximo é, sem dúvida, o nome grave do que se chama amor ao próximo, caridade, amor em que o momento ético é dominante sobre o passional, amor sem concupiscência. Acredita que o Outro é o nosso interlocutor a quem

devemos dirigir as ações éticas de responsabilidade, sobre as quais, não é possível agir diferente, pois agir dentro da ética levinasiana é agir para além da individualidade (SOUZA; XAVIER, 2012).

A falta de alteridade, humanização, diálogo e vínculo terapêutico favoreceram o afastamento do sujeito do processo saúde-doença, culminando para a perda de sua autonomia e habilidades pessoais e isentando-lhe de sua corresponsabilidade na construção e acompanhamento do projeto terapêutico. No artigo A45 destaca-se a importância de “*ações mais ampliadas que favorecesse a construção de autonomia e ao desenvolvimento de habilidades pessoais*”.

Para Silva et al. (2015c), a autonomia não significa apenas transferir responsabilidades para que o usuário adote em sua vida as prescrições realizadas pelos profissionais da saúde. Pressupõe sim, a capacidade dele em se afirmar diante das intervenções formuladas por parte dos profissionais, trazendo para a assistência seus conhecimentos e seu potencial de cuidado.

Pensar em humanização do cuidado, segundo o MS, requer do profissional conhecimento sobre os valores que norteiam a PNH, tais como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2007a). Nessa perspectiva, o discurso dos profissionais do artigo A45 atesta que o cuidado dispensado aos usuários na APS não condizia a respectiva política.

O ato de cuidar é ambíguo e requer do outro, responsabilidade. Logo, os enfermeiros deveriam considerar o processo de cuidar como uma construção coletiva, horizontal e estimuladora, tendo como núcleo principal, o usuário. Contudo, no relato do artigo A45, o profissional reconhece essa fragilidade apontando o desenvolvimento de ações ampliadas centradas na autonomia e nas habilidades dos sujeitos.

Gariglio (2012) corrobora elucidando que a relação entre o profissional e usuário deve ser a mais simétrica possível, de modo a permitir ações terapêuticas compartilhadas que otimizem a autonomia e responsabilização do segundo em relação ao seu modo de cuidar de si. O cuidado deve ser pensado como balizador das práticas de saúde nas quais priorizam a pessoa como o centro da atenção.

A abordagem relacional é muito importante por envolver um contato implícito e estabelecer um sentido de lealdade e de responsabilidade clínica entre profissionais e usuários. A APS, nesse caso, exerce o papel de facilitadora do cuidado longitudinal, proporcionando a relação terapêutica do usuário com a equipe, tornando uma fonte regular de cuidado (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).



Nesse sentido, tomado pelo desejo da humanização, da ética da alteridade e da construção de espaços de interlocução que privilegiem o vínculo longitudinal e a autonomia do sujeito, o enfermeiro e demais profissionais da saúde devem considerar em seu processo de trabalho a importância da implementação da Atenção Domiciliar (AD).

Dutra et al. (2016) explicitaram que o trabalho do enfermeiro na ESF tem sido alvo de estudos devido à influência de suas práticas assistenciais no cuidado à saúde. Um dos mecanismos basilar adotado pelo mesmo é a realização da AD, uma normativa do MS, considerado importante instrumento de trabalho por propiciar uma maior aproximação entre os profissionais de saúde e a realidade local, podendo evidenciar as necessidades básicas de cada sujeito e assim planejar ações promotoras de bem-estar e qualidade de vida.

Estudo desenvolvido por Abreu-D'Agostini et al. (2018) com enfermeiras visitadoras do programa “Jovens Mães” sobre o cuidado e o vínculo com as adolescentes evidenciou a visita domiciliar como uma ferramenta fundamental para a promoção da saúde e para as práticas de cuidado permeadas na confiança e no vínculo entre profissionais e adolescentes primíparas.

Brasil (2012c) apontam a AD como um potencial instrumento para a aproximação à realidade das famílias e para a implementação de ações planejadas conforme as singularidades dos sujeitos. O domicílio se configura um campo de atuação prática pois possibilita a identificação aproximada ao contexto da população e às suas principais necessidades favorecendo o planejamento de uma assistência longitudinal, coerente e eficaz.

De acordo com Brito et al. (2013) a AD consiste em um dispositivo assistencial e organizacional, que influencia nos modos de produção de cuidado e na intervenção em diferentes pontes da RAS, efetivando um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades. As ações dessa atenção objetivam o cuidado humanizado, a minimização dos riscos de agravo a saúde, a redução de internamentos desnecessários e o protagonismo e empoderamento do paciente enquanto sujeito ativo de seu processo saúde-doença.

A AD configura-se como a estratégia de intervenção em saúde que possibilita práticas assistências mais proximais do conceito da integralidade, uma vez que permite ao paciente e sua família uma participação ativa no processo de planejamento, organização, implementação e controle quantos cuidados em saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

Destarte, essa metassíntese contribui com diversos outros estudos ao reafirmar que, independentemente do nível de atenção no qual o enfermeiro e demais trabalhadores estejam inseridos nos serviços de saúde, a construção e manutenção do vínculo longitudinal entre os pacientes/usuários, família e comunidade, deve impulsionar seu processo de trabalho,

mediado pela tecnologia relacional, seja por meio da humanização, do acolhimento, da escuta, do toque, da confiança, da alteridade ou outros princípios interpessoais.

#### **6.4.3 Coordenação: continuidade da informação**

O atributo Coordenação pressupõe a continuidade da atenção por meio do acompanhamento pelo mesmo profissional, registro em prontuários, reconhecimento de problemas anteriores e novos, incluindo também o cuidado em serviços especializados, utilizando o sistema de referência e contrarreferência entre níveis assistenciais (STARFIELD, 2002). Para Boerma (2006), a continuidade da atenção representa um atributo relevante do cuidado em diferentes níveis: seja na relação entre usuário e equipe, entre profissionais de uma determinada especialidade ou entre especialistas e organizações, nas redes de atenção.

Mendes (2015) o considera um processo-chave, um instrumento que tem a capacidade de promover a construção das RAS, assegurando assim a consistência na missão, na visão e nos objetivos estratégicos. Classifica-o como institucional e assistencial. A primeira é concebida pela forma como se agrupam unidades gerenciais e assistenciais, definindo assim os mecanismos de descentralização das ações. Para que esta seja operacionalizada lança-se mão de mecanismos de coordenação, que podem ser desenvolvidos por meio da normatização e da supervisão, ou ainda por meio da adaptação mútua.

De acordo com Martínez, Navarrete e Lorenzo (2009), a coordenação assistencial é definida como a concentração de todos os serviços relacionados com a atenção à saúde, independentemente do lugar onde são ofertados, de modo que se sincronizem e alcancem um objetivo comum sem que se produzam conflitos. Com isso, a continuidade assistencial é vista como um resultado da coordenação, que se define como o grau de coerência e união das experiências na atenção que o usuário recebe ao longo do tempo e, quando esta alcança seu grau máximo, considera-se que a atenção à saúde está integrada.

Segundo Boerma (2006), ao tempo em que a coordenação promove a continuidade assistencial, também reforça a continuidade da atenção, a qual se classifica em três modalidades: *continuidade da informação* por meio da disponibilidade, utilização e interpretação da informação de conhecimentos anteriores para se proporcionar uma atenção apropriada; *continuidade da gestão* provendo a atenção de modo coordenado no tempo para que os serviços se complementem nas redes de atenção e com isso, não ocorra perda ou alguns serviços sejam duplicados e; *continuidade por meio da longitudinalidade ou*

*relacionamento* expresso pela interação de um usuário com os serviços de saúde ao longo do tempo.

Nessa metassíntese, percebe-se a fragilização do atributo **Coordenação da atenção fragilizada**, que consiste na organização das respostas ao conjunto de necessidades dos usuários, sendo sua essência a informação. Infere-se, pois, que o sistema de informação de um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa, mostrou-se ineficaz na produção do cuidado por não favorecer um relacionamento interpessoal construtivo devido à organização verticalizada dos serviços conforme mostra a UR do artigo A54 [*“centralização e à hierarquização do processo de informação da área técnica de TB da SMS para as USF”*].

Reportando-se às discussões anteriores sobre a organização dos serviços voltados à TB, alude-se que os mesmos não se conformaram a partir dos pressupostos da RAS, centralizando o cuidado em serviços de nível secundário e/ou terciário. Consequentemente, a coordenação da informação reproduz tal prática, centralizando as informações da área técnica da TB na secretaria municipal de saúde, quando a notificação da doença é realizada em serviços de referência.

Para Silva e Alves (2019), a melhor avaliação desse atributo está relacionada à capacidade dos serviços de dar seguimento à assistência iniciada. A não continuidade pode ser o resultado de uma assistência fragmentada, da não responsabilização dos serviços e da falha na formação da rede de serviços.

Por outro lado, no artigo A63 destaca-se o esforço da equipe para se articular com outros níveis de atenção à saúde [*“esforços da equipe e a articulação com outros níveis da atenção”*], o que é algo deveras positivo na construção da coordenação do cuidado, quando se discute a importância da referência e contrarreferência no acompanhamento do sujeito dentro da rede de serviços. Tal fato contribui para a vinculação do binômio profissional x profissional, profissional x usuário; para minimizar o itinerário terapêutico do doente dentro da rede, não o perdendo de vista.

Contrariamente, pelo discurso que atesta o esforço do profissional na busca por um melhor inter-relacionamento entre os níveis de atenção, imagina-se que o princípio da referência e contrarreferência nesse município não existia ou estava com dificuldades de operacionalização, fato esse que fragiliza a coordenação da atenção, principalmente quando associado a outros atributos que também não foram valorizados nessa metassíntese.

Silva et al. (2018) retratam em seus estudos que o cuidado prestado às crianças/adolescentes com doença crônica se realizou de forma fragmentada na rede assistencial, pois os vínculos foram construídos entre as famílias e os pontos secundários e

terciários da RAS, de modo que a APS não conseguiu cumprir seu papel de coordenadora do processo de cuidar. Ressaltam que quando os usuários buscam diretamente o atendimento especializado, sem a coordenação desse serviço, há uma perda na continuidade dos cuidados e na implementação do plano terapêutico. Isso ocorre devido à falta de comunicação efetiva entre o nível primário e os pontos secundários e terciários da rede de atenção.

De acordo com Oliveira e Pereira (2013), a coordenação entre níveis assistenciais se apresenta como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da RAS.

De acordo com Silva e Alves (2019), a disponibilidade de prontuários eletrônicos e sistemas integrados possibilitaria o compartilhamento e o acesso oportuno às informações, melhorando a continuidade da assistência e a integração da rede de cuidados.

#### **6.4.4 (Des) cuidar na perspectiva da integralidade da atenção**

De acordo com Viegas e Penna (2015) o termo integralidade não consta em dicionários, sendo inserido como descritor em Ciências da Saúde somente em 2014. Na Constituição da República de 1988 não há referência à palavra integralidade, e sim, ao atendimento integral no Art. 198, inciso II, que prescreve que, no campo da saúde, haja atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

O termo integralidade da assistência está descrito na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080) como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, cada encontro, momento ou consulta por parte das pessoas de uma comunidade com a equipe de saúde que lhe cuida, respondendo as necessidades do usuário que procura acolhimento, vínculo e resolutividade para seus problemas (STARFIELD, 2002).

Linard, Castro e Cruz (2011) apontam que, mesmo depois de mais de vinte anos de sua promulgação, dentre os princípios orientadores do SUS, a integralidade é o menos visível na trajetória de implantação desse sistema e de suas práticas. As mudanças com relação à

integralidade não têm sido tão evidentes, acontecendo de forma sutil, sem ganhar a generalização e a visibilidade necessária.

De acordo Giovanella e Mendonça (2012) integralidade significa o reconhecimento pela equipe de saúde, de amplo espectro, de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. Requer, por sua vez, a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias. A integralidade é, portanto, um mecanismo importante, pois assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.

Para Viegas e Penna (2015) não há como falar de cuidado sem considerar a relação que se estabelece no ato de cuidar, nem se pode cuidar de uma pessoa sem considerá-la integral em suas dimensões. O distanciamento do social indica uma via de desumanização das práticas de saúde.

Acioli et al. (2014) enfatizam que o processo de cuidar envolve uma relação entre a pessoa que cuida e o sujeito, no qual o contexto socioeconômico e as singularidades políticas e culturais estão intimamente presentes. O enfermeiro tem na prática desenvolvida em UBS o desafio de implementar o cuidado em Enfermagem por meio da construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito. Esta prática perpassa, portanto, pela compreensão do enfermeiro sobre o significado do seu fazer profissional.

De acordo com Almeida (2013), as práticas de cuidado humanizadas exigem que o profissional, o eu enfermeiro, compreenda o outro como sujeito da sua própria história bem como o seu significado como ser humano, valorizando suas particularidades e potencialidades. A Enfermagem, em seu processo de cuidar, deve primar por um cuidado capaz de transcender, de unir fatores humanísticos com conhecimento científico e de atender as necessidades dos sujeitos considerando todas as dimensões humanas.

O valor expresso na troca de experiências entre os profissionais e os usuários define diretamente o modo como se realiza a interação entre estes. Nesse sentido, a integralidade surge como um conceito que transcende os próprios princípios do Sistema de Saúde Brasileiro (KLOH et al., 2014), uma vez que, se insere na perspectiva da compreensão do ser humano na sua forma totalitária, deixando de lado o prisma da parcialidade.

Alguns autores sustentam a ideia de que a integralidade é defendida e mediada pelas práticas dos profissionais da saúde, expressando seu valor a partir da interação sujeito-profissional, cada um com sua singularidade atuando juntos na formação de um cuidado continuado (BARBOSA et al., 2016).

Partindo-se da conotação que a ESF direciona a integralidade da atenção aos usuários, família e comunidade, a US em análise **Integralidade do cuidar: (des) valorização do sujeito social e dos determinantes sociais e individuais de saúde** aponta que os profissionais enfermeiros e demais trabalhadores em saúde se comportaram contrários aos preceitos da ESF no que diz respeito a atenção integral quando não consideraram ou não correlacionaram os determinantes sociais, ambientais e individuais de saúde ao processo de adoecimento dos portadores de TB e pacientes em geral conforme mostra as UR [*“distanciado da realidade em que os grupos populacionais vivenciam o adoecer de TB”* (A45); *“as mulheres se tratam mais rápido que os doentes masculinos”* (A52); *“não levam em consideração a realidade social... que tem relação direta com a doença”* (A52); *“valorização, dada pelo AM, do acesso a exames e tratamento gratuito. Não foram encontrados fragmentos que versem sobre a vulnerabilidade social”* (A54); *“necessidade social obstaculiza o processo de ser cuidada”* (A63); *“negligenciam a preocupação em conhecer o entorno social, seus aspectos socioeconômicos e culturais, suas relações familiares”* (A70); *“usuários se sintam cuidados e percebidos, sendo compreendidos em sua singularidade”* (A27); *“não fazem menção às necessidades singulares de cada ser humano”* (A46)].

Cuidar na perspectiva da integralidade consiste em considerar o indivíduo e o contexto no qual ele se insere; ponderar as questões de gênero no processo saúde-doença; compreender a complexidade de suas necessidades enquanto ser humano singular. Os profissionais devem conhecer o sujeito a ser cuidado em sua intimidade, valorizando seu contexto psicossocial, religioso, político e econômico, para além das necessidades de saúde de caráter biológico.

Pelos recortes dos artigos A27, A45, A46, A52, A54, A63 e A70, observa-se o desenvolvimento de práticas de cuidado aleatórias, desprovidas de embasamento teórico e responsabilização para com a satisfação das necessidades em saúde da população. Logo, por tudo o que já foi discutido ao longo dessa metassíntese, ao questionar se os enfermeiros e demais profissionais de saúde colecionaram competências para gerir um cuidado integral como almejado pelo novo paradigma em saúde, responde-se veemente negando.

Nesse sentido, pensar o cuidado como prática substancial da assistência à saúde pelos profissionais e gestores da saúde é algo fundamental para a consolidação das políticas de saúde que trabalham no âmbito da integralidade da APS, promovendo a interlocução dos saberes, superando os paradigmas do modelo liberal e/ou tradicional de cuidado em saúde, fortalecendo as premissas e atributos do SUS.

Corroborando, Carnut (2017) enfatiza que a prática do cuidado integral exercido pelos profissionais que compõe a equipe da atenção básica é materializado individualmente por meio das consultas compartilhadas e dos procedimentos humanizados como em atividades que extrapolam os muros das UBS, recorrendo a intersetorialidade como forma ampliar o entrosamento dos usuários com a equipe e permitir a troca de experiências e a compreensão do processo micropolítico em que se realiza o cuidado.

Nesse contexto de intersetorialidade, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), insere-se como um dispositivo de cuidado interdisciplinar a ser utilizado nas intervenções centralizadas nas necessidades de saúde dos sujeitos em seu contexto social. O PTS é bastante utilizado como estratégia reordenadora do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde, nos diversos níveis de atenção, proporcionando o estabelecimento de interconexões entre os serviços dentro da rede de atenção voltada à integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2008b).

O PTS tanto individual como coletivo, trata-se de um movimento de cogestão e coprodução do cuidado entre todos os envolvidos. É um instrumento direcionado a pessoas em situações de vulnerabilidade, entendida como a capacidade dos sujeitos de se protegerem de um agravo, adoecimento ou situação de risco e de constrangimento. Para tanto, o cuidado, o tratamento e o acompanhamento de cada pessoa deve ser desenvolvido na perspectiva do cuidado holístico, singular, particularizado, construído a partir de uma resposta igualmente diversificada e complexa dos diversos atores envolvidos (BÜCHELE; DIMENSTEIN, 2014).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. É implementado a partir de quatro momentos: o primeiro consiste no diagnóstico, uma avaliação orgânica, psicológica; e social, que possibilita uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário; o segundo refere-se a definição de metas de curto, médio e longo prazo, a serem negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor; o terceiro momento diz respeito a divisão de responsabilidades e por fim, tem-se a reavaliação, momento em que se discute a evolução e possíveis ajustes no plano de intervenção (BRASIL, 2007b).

Claramente, nota-se que a construção do PTS deve ser conduzida a partir da relação entre profissionais, pessoa e família que irão atuar no empoderamento e servir como base para a consolidação do vínculo e do comprometimento entre eles. Um dos primeiros passos para a elaboração do PTS, é abordar a contratualidade entre as pessoas envolvidas, ou seja,

possibilitar que os atores sejam reconhecidos e aceitos enquanto parceiros formador do cuidado (BÜCHELE; DIMENSTEIN, 2014).

O PTS pode ser uma estratégia de cuidado eficaz, desde que sua execução seja baseada em um modelo sistematizado sem necessitar a utilização de protocolos rígidos em sua operacionalização. Para Silva et al. (2016) o PTS garante a ampliação da clínica por priorizar a autonomia dos sujeitos e valorizar a inserção de todos os atores envolvidos no processo do cuidado, tornando-se um recurso extremamente importante para a estratégia do cuidado na ESF.

Por meio do PTS, é possível fornecer ao indivíduo, família e comunidade a garantia da coparticipação e da corresponsabilização dos envolvidos no projeto, bem como atuar conforme os princípios da interdisciplinaridade, proporcionando a efetivação de uma clínica ampliada e diversificada (BRASIL, 2013).

#### **6.4.5 A família como partícipe das ações de cuidado**

A família tem sido historicamente a instituição central, no que diz respeito ao cuidado das pessoas. Esse fato explicaria porque as mudanças que experimenta influenciam decisivamente na maneira de atender aqueles que requerem atenção. O cuidado, da mesma maneira que a família, se (re) conceitualiza, o que tem impulsionado mudanças que condicionam transformações na forma de entender e fazer o cuidado (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

Conforme enfatizado por Dias e Lopes (2015), a participação da família no processo saúde-doença, tanto na atenção domiciliar como nas demais interações do sistema de saúde, é fundamental para a estruturação e continuação do cuidado, priorizando como base a integralidade. A família compreende uma peça estrutural no processo de construção do novo modelo de saúde, onde os profissionais inserem-se na diversidade e na complexidade do contexto familiar.

A ESF propõe que a atenção à saúde esteja centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para tanto, os profissionais que nela atuam devem dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos. Ao considerar a família como



objeto de atenção, a ESF está contemplando dois atributos derivados da APS: a orientação familiar/comunitária.

Na US em análise - **Pouco envolvimento familiar no processo de cuidado**, a família não é percebida como peça fundamental no planejamento de ações preventivas e terapêuticas conforme se percebe nas respectivas UR [*“Não há depoimentos que ressaltem os cuidados preventivos nem tampouco priorizando a família e comunidade”* (A45); *“a importância da família para o êxito terapêutico”* (A52)].

Pela metassíntese, observam-se que os discursos dos artigos A45 e A52 são contrários às diretrizes da APS, quando o enfoque na família, na comunidade e no contexto em que são inseridos deveriam representar a essência do modelo de organização da ESF.

Gelinski (2011) ao resgatar o sentido outorgado ao termo corresponsabilidade e explorar a compreensão que as famílias tinham sobre o tema afirmaram que essas não estiveram cientes das responsabilidades que o novo modelo de atenção em saúde lhes atribuíra, possivelmente por não conhecerem o programa que sintetiza as diretrizes da ESF ou talvez por não saberem da sua ênfase preventiva e de promoção à saúde.

Conforme Antunes, Padoin e Paula (2018) o atributo orientação familiar avalia a necessidade individual considerando o contexto da família e seu potencial de cuidado, incluindo ferramentas para tal abordagem. A atenção voltada à família acontece quando há integralidade e essa está fundamentada na atenção à saúde do usuário e sua família no seu ambiente.

Em consonância a isso, a APS encontra um desafio o qual consiste em atrelar a proposta da ESF no âmbito da perspectiva da família, considerando toda a complexidade envolvida nas dimensões subjetivas e dos saberes familiares e poder utilizar isso como fonte mantedora do processo de trabalho a ser executado pela equipe da ESF. Desta forma, o enfoque familiar é de suma importância no cenário da APS por propiciar o envolvimento e a consolidação do processo saúde-doença, efetuando um cuidado compartilhado e contínuo por meio da tríade: equipe, usuário e família.

#### **6.4.6 Baixa competência cultural profissional**

A competência cultural é um elemento-chave nos padrões e processos de acreditação de qualidade dos cuidados de saúde, essencial para quem trabalha em países étnicos e culturalmente diversos (LÓPEZ-DÍAS et al., 2018).

Envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais. De acordo com Damasceno e Silva (2018), nos últimos anos, o conceito de competência cultural tornou-se popular entre os gestores e trabalhadores de saúde, especialmente na América do Norte. Isso resultou, em boa parte, do aumento da diversidade cultural e étnica da população e da necessidade de melhorar a comunicação com as minorias e os imigrantes.

Benefícios são observados quando da atuação de profissionais culturalmente competente na prestação do cuidar, tais como, melhoria da comunicação profissional-paciente, satisfação e adesão do mesmo ao diagnóstico e terapêutica indicada, uso adequado dos recursos médicos e, em longo prazo, pode ocorrer a redução de disparidades na saúde entre as minorias e a população majoritária (DAMASCENO; SILVA, 2018).

Para Castillo e López-Días (2019), a competência cultural dos enfermeiros de saúde pública, aplicada a populações vulneráveis, como os indígenas, é uma necessidade premente que requer constante entendimento e conhecimento da cultura do grupo pois influencia a construção de experiências que permitem uma diversidade cultural total na assistência à saúde, otimiza a comunicação e melhora o empoderamento e a satisfação da comunidade com a prestação de serviços de saúde.

Campelo et al. (2018) enfatizam que os profissionais de saúde são responsáveis pelo provimento de cuidado singular, culturalmente competente, entendido como uma ação que facilita ou capacita os indivíduos a manterem seu bem-estar e sua saúde propondo melhorias nas condições humanas e mantendo o respeito a seus valores e crenças para que eles possam enfrentar situações de doença, invalidez ou a morte de maneira coerente com a sua cultura.

Estudo etnográfico interpretativo sobre os elementos da competência cultural de enfermeiros que cuidam de uma população indígena na Colômbia identificou a capacidade desses profissionais mediar sua própria cultura com a cultura indígena, de forma que a comunicação foi definida pela empatia, adaptação da linguagem verbal e não verbal, demonstrando respeito pela singularidade dos indígenas (CASTILLO; LÓPEZ-DIAS, 2019).

Contrariando as considerações teóricas tecidas, os achados desta metassíntese sugerem a não valorização do atributo competência cultural no processo de cuidar, quando pela US intitulada **Relacionamento apático e o cuidado culturalmente competente**, a UR expressa a inexistência de vínculo terapêutico entre usuários de culturas indígenas e afrodescendentes pela não valorização de seu sistema de saberes e crenças, conforme observado no recorte a seguir [“*por não possuir vínculo com as culturas afro e indígena, afirma desconhecer os*

*exercícios de cuidado e não valorizar os saberes que embasam as práticas tradicionais de cura” (A18)].*

O discurso aponta a produção do trabalho morto em saúde, culminando no distanciamento entre os enfermeiros e a comunidade afro-indígena ao tempo em que se questiona a efetividade do atributo competência cultural. A não territorialização e a falta de vínculo no processo de trabalho desses profissionais, não os permitiram reconhecer a importância e a influência do sistema de saberes e crenças culturais nas práticas de saúde voltadas à prevenção, cura de doenças e um cuidado culturalmente competente.

Uma das justificativas para tal comportamento se aproxima do processo de formação discutido na primeira categoria, quando se identificou uma deficiência no processo de ensino-aprendizagem permeado por práticas pedagógicas eloquentes às conformações do ensino contemporâneo, pautado no diálogo, na participação e no protagonismo da transformação social do aluno.

O cuidado constitui-se em um tipo de ação que tem como finalidade ajudar alguém que necessita de atenção para a realização de atividades cotidianas básicas. Cuidar, na perspectiva atual, envolve um olhar integral ao ser humano e abrange o contexto cultural no qual se insere, uma vez que considera que cada pessoa possui valores, crenças, saberes e práticas de cuidados singulares (BUDÓ et al., 2016).

O fato de os enfermeiros não reconhecerem a diversidade cultural da comunidade em que atuam pode sugerir uma fragilidade do saber profissional, apontando uma deficiência das instituições de ensino, qual seja, os currículos acadêmicos não foram construídos sob a égide das teorias de Enfermagem, privando o enfermeiro de desenvolver competências e habilidades inerentes a sua profissão. Conota-se a importância de aumentar a competência cultural dos profissionais para melhor atenderem as necessidades em saúde da população. Concomitante, problematiza, indagando, como fazê-la?

Destarte, Tonin et al. (2017) elucidam que a busca pelo reconhecimento como ciência carece de conhecimento ético e científico oriundo das teorias de Enfermagem para embasar suas competências e habilidades assistenciais, melhorando-as. Por essa via, o enfermeiro conseguirá dar visibilidade ao fazer de sua profissão e empoderar-se de sua posição de sujeito social e profissional responsável pelo cuidado humanizado do outro.

O uso das teorias de Enfermagem contribui para o aperfeiçoamento e direcionamento da prática laboral do enfermeiro, confere visibilidade e autonomia à profissão, consequente a promoção do bem-estar, aumento da autoestima, melhoria do autoconhecimento e

autocuidado e; garante a autonomia e dignidade ao ser humano que clama por cuidados elegíveis (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Compete ao enfermeiro a escolha pela teoria que melhor responda às necessidades do ser cuidado, considerando o ambiente onde ele está inserido e suas relações com o mesmo (TONIN et al., 2017). Considerando o enunciado, os enfermeiros, atuantes em um município portuário, como é o caso do Conde, deveriam ter fundamentado seu processo de cuidar a partir de três estratégias, a saber, pela incorporação de uma teoria de Enfermagem como por exemplo, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, pela sua inserção na comunidade considerando o atributo longitudinalidade e pela busca da qualificação profissional centrada na educação em saúde.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural foi publicada em 1991 (LEININGER, 1991). Ao se focalizar no cuidado humano envolvendo um processo interativo entre o enfermeira e o cliente, essa se classifica como uma teoria interacionista, usada em diferentes contextos sociais e culturais (MELEIS, 2007), no qual orienta que para se oferecer um cuidado universal, deve-se conhecer as diversidades de cada indivíduo, seu mundo e os valores que interferem em suas reações (CAMPELO et al., 2018).

Com a Teoria, surgiu um subcampo ou ramo da Enfermagem conhecida como Enfermagem Transcultural que focaliza no cuidado culturalmente baseado nas crenças de saúde-doença, valores e práticas para ajudar as culturas e subculturas a manter ou recuperar sua saúde e enfrentar as doenças ou a morte de uma maneira benéfica e culturalmente congruente (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

A Enfermagem Transcultural objetiva tornar a prática profissional culturalmente embasada em conhecimentos conceituados, planejados e operacionalizados. Os enfermeiros, necessitam considerar os aspectos culturais dos indivíduos, para desse modo desenvolver um cuidado culturalmente congruente com as necessidades especiais fundamentais para a manutenção e conservação dos seres humanos de acordo com sua cultura (HENCKEMAIER, 2014).

Torna-se necessário que o enfermeiro descubra o significado do cuidado cultural, conheça e considere os fatores para a compreensão do cuidado humanizado e culturalmente congruente. Campelo et al. (2018) chama atenção ao elucidar que somente após a reflexão sobre as diversas maneiras de perceber o mundo, por meio de suas vivências, junto aos indivíduos, é que o enfermeiro estará apto a prestar um cuidado culturalmente competente e construído diante de um olhar ampliado, vendo o indivíduo inserido em sua própria cultura, ou seja: sua prática estaria inscrita no âmbito da Enfermagem Transcultural.

Ao reportar-se às relações interpessoais não estabelecidas entre enfermeiros e usuários do município do Conde – PB devido à pouca ou nenhuma competência cultural, sugere-se que esses e tantos outros profissionais que atuam em áreas culturalmente específicas se lancem ao encontro de cuidado do outro, despidendo-se de julgamentos e impregnando-se de conhecimentos científicos relacionados a diversidade cultural, religiosa e outras a fim de produzir um trabalho vivo em ato, por meio da confiança, do vínculo, do reconhecimento dos saberes populares diversos capazes de transformar práticas de cuidado em saúde.

Divergentemente do que foi discutido nessa unidade, a **US - Corresponsabilização do cuidado** exprime uma potencialidade para o processo de cuidar em saúde quando se observa no discurso de enfermeiros e ACS a presença de vínculo terapêutico entre esses e os usuários, bem como, a corresponsabilidade da equipe na promoção e reabilitação dos mesmos em situação de adoecimento, como descrito no A63 pela UR [“*pode ser observado o vínculo, a generosidade e a corresponsabilização da equipe*”].

Tal recorte acena a possibilidade de ressignificação da gerência do cuidar pelos profissionais de um município da região metropolitana de João Pessoa, bem como, para a reorganização dos serviços de saúde a partir da RAS considerando a ESF como ordenadora da ABS. Aqui, a corresponsabilidade do cuidado exprime a materialização pela responsabilidade do outro, na perspectiva da alteridade.

Responsabilidade, corresponsabilidade, autonomia, cogestão são termos que aparecem com frequência nos documentos oficiais que tratam da saúde da família. Gelinski (2011) aproxima o conceito de responsabilidade à noção de que alguém só pode ser julgado com base no conhecimento ou entendimento que tenha das regras ou leis às quais se encontra submetido.

O ato de cuidar requer a construção de inúmeras práticas a serem desenvolvidas considerando as dimensões social, cultural, relacional e subjetivas. Entretanto, além de fatores intrínsecos e extrínsecos para a formação do vínculo é necessário o esclarecimento quanto à responsabilidade coletiva, a corresponsabilização individual, da equipe, do serviço de saúde e toda a organização social no processo de produção em saúde.

Trad e Esperidião (2009) evidenciaram que o processo de participação social e a incorporação do princípio da corresponsabilidade no escopo da gestão e atenção na ESF foi bastante incipiente. Constataram que as ações empreendidas pelas equipes de saúde da família no âmbito da participação comunitária e do controle social não incentivaram o protagonismo dos sujeitos nos processos relacionados com a gestão ou o cuidado em saúde.

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sócio familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, 2015).

A partir dessa metassíntese surgiu a necessidade de ampliar e aprofundar a discussão sobre as barreiras para a efetivação da integralidade do cuidado, considerando os aspectos macroestruturais, culturais, contextuais e epidemiológicos. Logo, sugere o desenvolvimento de novas pesquisas em todo o estado da Paraíba para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS a partir do PCATool-Brasil, na perspectiva dos sujeitos, profissionais e gestores.

Conforme Castro et al. (2012), muito embora a maioria dos estudos avaliativos privilegiem a opinião dos usuários, a qualidade dos serviços de saúde não pode ser definida apenas pela avaliação de um único ator, seja ele gestor, profissional ou usuário, sob o risco de reduzir a abrangência dessa avaliação.

Com o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a qualidade desses atributos, espera-se que os gestores, profissionais, usuários e comunidade avaliem e requalifiquem os serviços de saúde na perspectiva da descentralização e horizontalização organizacional do sistema, de forma que o cuidado em saúde se materialize como uma prática social humanizada, integral, acolhedora, acessível, centrada na orientação familiar e comunitária e na competência cultural.



## 7 UM OLHAR ALÉM DA METASSÍNTESE: CONTRIBUIÇÕES DA PROFESSORA LENILDE PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE E DA ENFERMAGEM

A história da Professora Dra. Lenilde se circunscreve e colabora com a história da Enfermagem Brasileira e de outros campos do saber em Saúde, quando se descreve suas incansáveis lutas e conquistas em defesa de um sistema de saúde mais equânime e resolutivo; sua luta incessante pelo empoderamento de enfermeiros, por meio de qualificação para os profissionais que atuam na promoção da saúde em diferentes níveis de atenção; no incentivo ao desenvolvimento de pesquisas direcionadas à construção e à socialização do conhecimento em saúde; pela militância em prol do reconhecimento e avanço do saber-fazer-ser da Enfermagem como ciência, disciplina e prática social indispensável ao setor de saúde e pela história de amor firmada com a UFPB, onde, com intrepidez e pautada na ética, na competência e na responsabilidade, galgou longos caminhos no ensino, na pesquisa e na gestão.

Ao considerar as proposições oriundas da metassíntese, retoma-se a questão de investigação que a impulsionou, qual seja, a partir da análise da produção bibliográfica qualitativa desenvolvida pela Professora Lenilde, que categorias evidenciam a produção do conhecimento sobre o processo de cuidar em Saúde e Enfermagem?

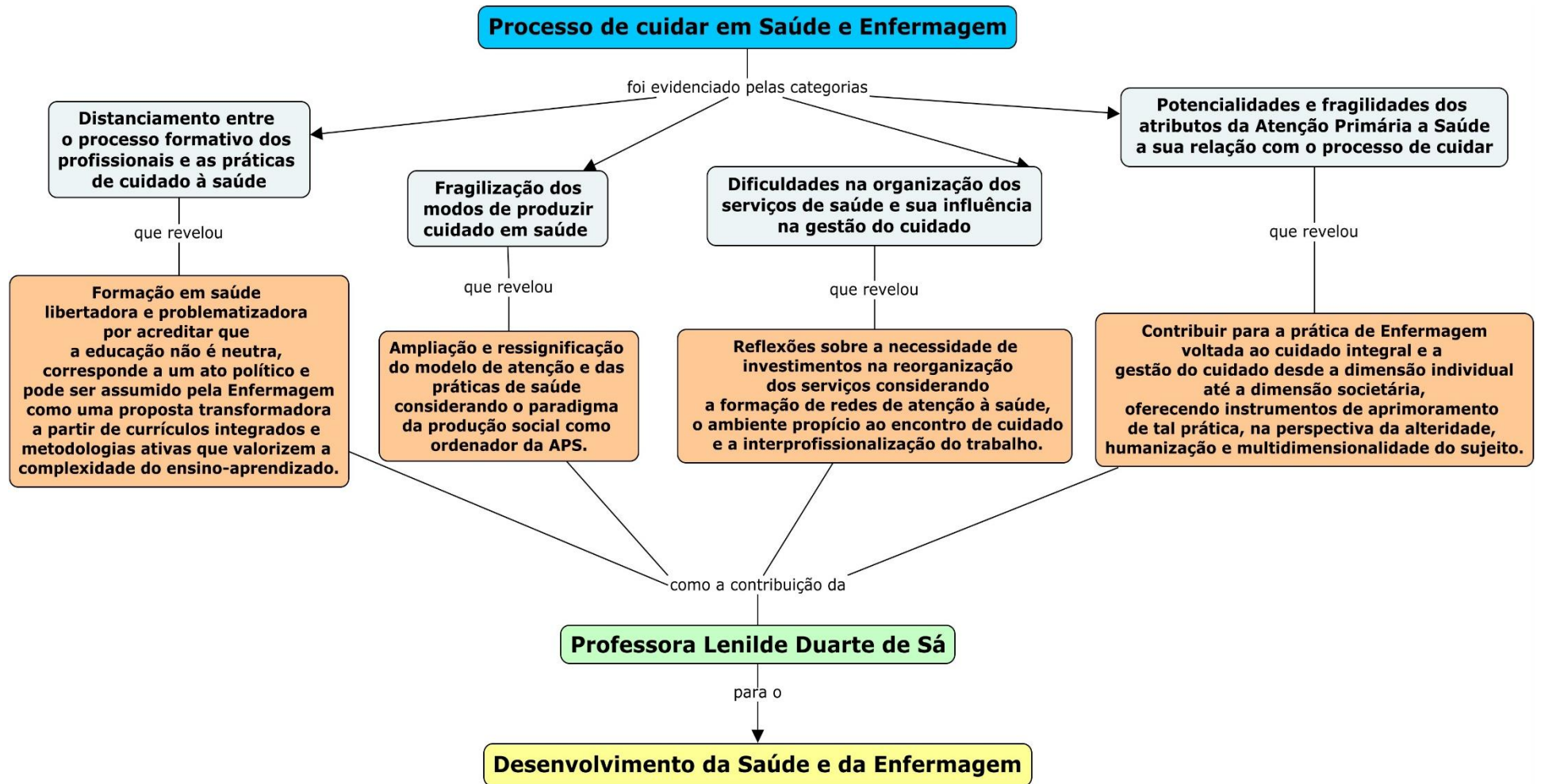
Os modos de produção de cuidado em Saúde e Enfermagem foram constituídos a partir de quatro categorias temáticas que se opuseram aos ideais e correntes de pensamento da referida professora, ao identificarem fragilidades na formação, na gestão dos serviços de saúde, no processo de trabalho e nas relações interpessoais. Contudo, a referida professora sempre lutou pela ampliação do campo de saber-fazer-ser da Enfermagem para melhor visibilidade e compreensão dos atos profissionais dos enfermeiros junto aos sujeitos, comunidade, gestores e serviços. Por toda sua trajetória acadêmica e profissional cultivou valores que dão o verdadeiro sentido à arte do cuidar e à vida, como a ética, a moral, a justiça, a solidariedade, o respeito e a benevolência.

A **figura 4**, retrata os principais achados da metassíntese e as contribuições da professora Lenilde para além desta pesquisa, visando ao desenvolvimento do campo da Enfermagem e outros diversos, sejam eles ou não da área da saúde.

Pensar na formação de um profissional crítico, reflexivo, ético e sensível às necessidades de saúde do outro, com potencial político e transformador de práticas sociais em saúde e que considere a singularidade do projeto de felicidade nos modos de produção de vida de cada sujeito consiste nos pressupostos seguidos pela professora Lenilde.



**Figura 4** – Contribuições da Professora Dra. Lenilde oriundas da metassíntese. João Pessoa-PB, 2019.





“A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcione apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração”.

(Madre Teresa de Calcutá)

## 8 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado ultrapassa a oferta de ações e serviços de saúde. Se considerado na perspectiva de que nos espaços assistenciais lidamos com sujeitos, com suas vidas e suas perspectivas de cuidado produzidas singularmente, o cuidado em saúde não pode ser subjugado aos procedimentos, às rotinas e protocolos assistenciais.

A proposição em desenvolver uma RSLM sobre o processo de cuidar em saúde e Enfermagem pautou-se em dois grandes objetivos que foram alcançados satisfatoriamente. O primeiro consistiu em homenagear a enfermeira Dra. Lenilde Duarte de Sá (*in memoriam*), professora titular dessa Instituição de Ensino Superior, pelo seu legado de cuidado, responsabilidade, ética, lutas, contribuições científicas e sociais na construção histórica da Saúde Pública e da Enfermagem. No segundo, desejou analisar o conhecimento produzido na literatura científica sobre o processo de cuidar em saúde e Enfermagem ansiando a discussão de pressupostos teóricos e paradigmáticos, talvez não inéditos, mas indispensáveis na ampliação de práticas de cuidado integral no cenário do SUS.

Assim, no atual contexto científico da Enfermagem, ressalva, pois, o caráter inédito do presente estudo ao considerar a utilização da metassíntese na análise de constructos em saúde, como por exemplo o cuidado, a partir da produção científica de pesquisadores da área como uma prática inovadora e tendenciosa na literatura nacional e internacional.

A metassíntese foi construída a partir da discussão da análise de quatro categorias temáticas que versaram sobre o distanciamento entre o processo formativo dos profissionais e as práticas de atenção à saúde; a fragilização dos modos de produzir cuidado em saúde; as dificuldades na organização dos serviços de saúde e sua influência na gestão do cuidado; e as potencialidades e fragilidades nos atributos da APS e sua relação com o processo de cuidar.

Verificou-se que as práticas de cuidado foram construídas, modificadas e consolidadas historicamente em conformidade ao conceito de saúde e às necessidades da população, ao modelo de formação em saúde, ao modelo de atenção e às exigências do sistema capitalista, e às lutas democráticas pelo direito à dignidade da vida.

Destarte, infere-se que as práticas de Enfermagem e de outros campos do saber nos níveis de atenção primária e terciária dos municípios de Conde, Bayeux, Cabedelo, Santa Rita e João Pessoa, estado da Paraíba evidenciaram um cuidado orientado pelo modelo médico hegemônico, com tendência à quantificação dos procedimentos nos serviços de saúde em decorrência de uma gama de fatores.

O cuidado na verdade, na perspectiva de integralidade, não encontrou terreno fértil nas práticas desses profissionais, quando se observaram atitudes e comportamentos de desvalorização dos determinantes sociais em saúde; de estigmatização e exclusão de usuários

acometidos por doenças infectocontagiosas; de supervalorização de tecnologias (leve) duras; de fragilização nos inter-relacionamentos entre a equipe multiprofissional; de não responsabilização pelo usuário na rede de serviços desde sua entrada no sistema de saúde até a resolutividade de suas necessidades em saúde.

O desenvolvimento dessa metassíntese oportunizou interpretar o cuidado a partir de um cenário de debate de legitimação da APS como coordenadora da rede de atenção no SUS, implicando em contribuições de cunho teórico e prático para o campo da Saúde e Enfermagem nas dimensões ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Na dimensão do ensino, considera que a temática ‘cuidado em saúde’ oriente os projetos pedagógicos dos cursos de Graduação e Pós-Graduação e seja abordada, transversalmente, durante todo o processo de formação acadêmica, de modo que o conhecimento produzido dialogue com outros campos do saber e com a realidade empírica.

Assim, aponta para a necessidade de as Instituições ampliarem os olhares para modelos de ensino pautados em uma pedagogia transformadora, problematizadora. As novas conformações de formação do enfermeiro devem ir além do tradicionalismo, pautando-se em processos de ensino-aprendizagem significativos que favoreçam a protagonização de profissionais críticos, reflexivos e construtores de alternativas de mudanças.

Na dimensão pesquisa, a metassíntese contribuiu para a interpretação e síntese da produção do cuidar em cinco cidades do estado Paraibano, apontando lacunas no conhecimento. Incumbe-se aos pesquisadores do campo da Enfermagem e demais campos da saúde o desafio premente de desenvolver novas pesquisas sobre a temática, considerando a diversidade metodológica de técnicas de coleta e análise das informações na percepção dos múltiplos sujeitos corresponsáveis pelo cuidado, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde.

Na dimensão assistencial, apontam-se possibilidades para os enfermeiros e demais trabalhadores de saúde repensarem o modelo tecnológico de trabalho em saúde e estabelecerem novas bases teóricas e conceituais para o processo de cuidar em Enfermagem cujas ações e intervenções estejam calcadas em aprendizado significativo, consoante a concepção de EPS de modo a oferecer ao usuário uma assistência de qualidade, na perspectiva do cuidado integral. Tais profissionais, centrados no paradigma da produção social em saúde devem atribuir ao sujeito, família e comunidade a corresponsabilidade pela gestão do cuidado, considerando as nuances do trabalho coletivo ao reportar-se à clínica ampliada e ao projeto terapêutico singular.

Na dimensão gestora, espera-se contribuir para a melhoria do serviço a partir da proposição de reorganização do modelo de atenção à saúde na perspectiva das RAS, partindo-se, pois, dos princípios da descentralização, universalização e equidade. Acrescenta a necessidade de fortalecimento das relações interpessoais entre os profissionais dos serviços e os profissionais gestores, e da importância de um planejamento participativo e dialógico para construção de uma agenda resolutiva em saúde. Espera que a equipe gestora ressignifique seu papel de provedora e fiscalizadora do serviço e assumindo seu papel de copartícipe na produção do cuidado.

Apesar da relevância da RSLM para este estudo, metodologicamente, aponta-se a indisponibilidade de artigos na íntegra no idioma inglês como principal limitação, mesmo considerando a tentativa de contato pessoal entre a pesquisadora e os respectivos autores. Limita-se ainda a possibilidade de generalizações sobre o processo de cuidar em todo o território do estado da Paraíba pela natureza qualitativa do estudo, pela intencionalidade do *corpus*, composto apenas por cinco municípios.

No anseio de visibilizar os achados desse estudo, não somente com a comunidade acadêmica pela veiculação científica do documento em manuscritos nacionais de forte impacto na área da Enfermagem, mas também com os usuários, profissionais e gestores, será elaborado um relatório final com a síntese interpretativa da RSLM e encaminhado oficialmente aos serviços e Instituições de Ensino, de ordem pública ou privada, a fim de que, reflexões, que culminem mudanças nos cenários da Enfermagem, Medicina e outros cursos da saúde, sejam favorecidas no âmbito de cada segmento.

Tomado como campo de produção intelectual, o campo de saber da Enfermagem vem se estruturando em função de um permanente refletir sobre as suas práticas e sobre a construção do seu objeto de atenção, qual seja, o cuidado humano. Concebida como prática social, tem procurado definir a especificidade do seu objeto e do seu processo de trabalho, em consonância com os outros processos de trabalho do campo da saúde.

Destarte, a Enfermagem deve caminhar na perspectiva de ampliar ou mesmo, atualizar os modos de produzir ciência em um cenário interprofissional, pautada em novos paradigmas do cuidar que considerem a pluralidade cultural, a subjetividade e a multiplicidade das maneiras de compreender e intervir no mundo.

Espera, de fato, que a história do enfermeiro na produção do cuidado seja vista pelo protagonismo da mudança de prática e não pela permanência de ações engessadas que pouco contribuem para dar respostas às necessidades em saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Como dizia Guimarães Rosa: “*A estória não quer ser história. A estória, em*

*rigor, deve ser contra a História. (...) Não é o chiste uma rasa coisa ordinária. Tanto seja porque escancha os planos da lógica, propondo-nos a realidade superior e dimensões para mágicos novos sistema de pensamento". Acrescentaria: de novos sistemas de pensamentos e de práticas de cuidar que valorizem a multidimensionalidade da vida do ser humano.*

## REFERÊNCIAS

ABRANTES, N. S. R. **Impacto da tuberculose na vida de doentes e familiares**. 2014. 89 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-Paraíba, 2014.

ABREU-D'AGOSTINI, F. C. P. *et al.* O cuidado e o vínculo com adolescentes: percepção de enfermeiros visitantes. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3198-3204, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234782p3198-3204-2018>. Acesso em: 23 set. 2019.

ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, set./out. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.15665>. Acesso em: 12 out. 2019.

ADADA, F. **Estudo sobre a percepção do discente sobre as metodologias ativas na educação superior**. 2017. 130 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus Cascavel, Paraná, 2017.

ALENCAR, E. S.; ALMOULOU, S. A. A metodologia de pesquisa: metassíntese qualitativa. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 25, n. 3, p. 204-220, set./dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/rea.v25i3.9731>. Acesso em: 16 jun. 2018.

ALMEIDA, M. G.; COSTA, N. F. P. **Protocolo de assistência à saúde sexual e reprodutiva para mulheres em situação de violência de gênero**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2002.

ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. O paradigma da complexidade e os conceitos da medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. **Rev. HUPE**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 242-252, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/29450>. Acesso em: 20 jul. 2019.

ANDRADE, S. L. E. *et al.* Tuberculose em pessoas idosas: porta de entrada do sistema de saúde e o diagnóstico tardio. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1-6, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.5702>. Acesso em: 13 jun. 2019.

ANTUNES, B. B.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: criança e adolescente vivendo com HIV. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0233>. Acesso em: 21 out. 2019.

ARAÚJO, J. C. S. Fundamentos da metodologia de ensino ativa (1890-1931). In: **REUNIÃO NACIONAL DA ANPED**, 37, Florianópolis: UFSC, 04 a 08 out. 2015. Disponível em <http://www.anped.org.br/sites/default/files/trabalho-gt02-4216.pdf>. Acesso em: 27 jul. de 2019.

ARAVIND, M.; CHUNG, K. C. Evidence-based medicine and hospital reform: tracing origins back to Florence Nightingale. **Plast. Reconstr. Surg.**, Baltimore, v. 125, n. 1, p. 403-409, jan. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181c2bb89>. Acesso em: 09 abr. 2019.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. **Rev baiana enferm**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 1-4, 2017. Disponível em:



<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21847/14115>. Acesso em: 16 nov. 2019.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>. Acesso em: 11 abr. 2019.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 9-22.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I. **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 43-94.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface- Comunic., Saude, Educ.** Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>. Acesso em: 12 set. 2019.

BALDERRAMA, P. *et al.* Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 511-519, jul./set. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21408>. Acesso em: 28 ago. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BARBOSA, I. R. *et al.* Análise da distribuição espacial da tuberculose na região Nordeste do Brasil, 2005-2010. **Epidemiol Serv Saúde**. Brasília, v. 22, n. 4, p. 687-695, dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400015>. Acesso em: 22 jun. 2019.

BARBOSA, J. A. J. *et al.* O princípio da integralidade como norteador da formação do enfermeiro. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 101-106, jul. 2016. Disponível em: [10.22421/1517-7130.2016v17n1p102](https://doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n1p102). Acesso em: 28 dez. 2018.

BARBOSA, L. B. A.; MOTTA, A. L. C.; RESCK, Z. M. R. Os paradigmas da modernidade e pós-modernidade e o processo de cuidar na enfermagem. **Enfermería Global**, n. 37, p. 342-349, jan. 2015. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt\\_reflexion2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_reflexion2.pdf). Acesso em: 20 jul. 2019.

BARRÊTO, A. J. R. *et al.* Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 847-853, nov./dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600006&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 nov. 2018.

BARRÊTO, A. J. R. *et al.* Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, jul. 2012 .

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000700027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700027&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 nov. 2018.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde Soc.*, **São Paulo**, v. 11, n. 1, p. 67-84, jan./jul. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BARROS, R. M. B. **Análise das relações de poder na descentralização da vigilância sanitária do município de Natal/RN**. 2016. 149 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

BASTOS, J. A. **Saúde mental e trabalho**: metassíntese da produção acadêmica no contexto da pós-graduação brasileira. 2014. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

BICK, D.; CHANG, Y. Implementation of evidence into practice: complex, multi-faceted and multi-layered. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 578-583, ago. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000400578&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400578&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 fev. 2019.

BICUDO, M. A. V. Meta-análise: seu significado para a pesquisa qualitativa. **REVEMAT**. Florianópolis, v. 9, ed. esp., p. 07-20, jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/1981-1322.2014v9nespp7>. Acesso em: 17 dez. 2018.

BOERMA, W. G. W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. World Health Organization. USA, 2006.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONDMASS, M. Evidence-based practice: part one of a four-part series on evidence-based practice. **Nevada RN Formation**, v. 19, n. 3, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S0104-0707201700040050100015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0104-0707201700040050100015&lng=en). Acesso em: 18 abr. 2019.

BORGES, E. *et al.* **Racismo, preconceito e intolerância**. São Paulo: Atual, 2002.

BORGES, M. S.; SANTOS, D. S. O campo de cuidar: uma abordagem quântica transpessoal do cuidado em enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 606-611, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.doi.org.10.4025/cienccuidsaude.v12i3.17159>. Acesso em: 08 out. 2018.

BRASIL, C. C. P. *et al.* Reflexões sobre a pesquisa qualitativa na saúde. In: SILVA, R. M. *et al.* **Estudos qualitativos**: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. Sobral (CE): Edições UVA, 2018, p. 21-25.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Detetar, tratar e curar**: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose, v. 46, n. 9, p. 1-19, 2015. Brasília: MS, 2015. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2019.

BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Lei dos Direitos Autorais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1998a, v. 2, 20 jan. 1998. PL 5430/1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm). Acesso em: 03 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de saúde da família**: a implantação da unidade de saúde da família. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES n. 3, de 7/11/2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União 09 nov. 2001a, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executivo, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa saúde da família: atenção básica e a saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. **Boletim Epidemiológico**, v. 50, n. 9, p. 1-18, mar. 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento. Brasília, 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 18 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BROWN, C. P.; LAN, Y. C. A qualitative metasynthesis comparing U.S. teachers' conceptions of school readiness prior to and after the implementation of NCLB. **Teaching**

**Teacher Education**, v. 45, p. 1-13, jan. 2015. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.tate.2014.08.012>. Acesso em: 08 jan. 2019.

BRUM, C. N. **Modelo teórico de cuidado espiritual ao adolescente vivendo com HIV/AIDS na transição para a vida adulta**. 2017. 213 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

BRUM, C. N.; ZUGE, S. S. Revisão sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na enfermagem. *In*: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 77-95.

BRUNELLO, M. E. F. *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>. Acesso em: 23 jun. 2019.

BÜCHELE, F.; DIMENSTEIN, M. D. B. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Atualização em álcool e outras drogas, da coerção à coesão. **Recursos e estratégias do cuidado**. Florianópolis, 2014.

BUDÓ, M. L. D. *et al.* Cuidado e cultura: uma interface na produção do conhecimento de enfermagem. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3691-3704, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nexAction=lnk&exprSearch=27378&indexSearch=ID>. Acesso em: 30 maio 2018.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 43-47, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100008>. Acesso em: 11 jun. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicol**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000200016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016). Acesso em: 23 abr. 2019.

CAMPELO, C. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente e cuidado cultural de Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2500-2506, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a235048p2500-2506-2018>. Acesso em: 11 set. 2019.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc**. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400008>. Acesso em: 21 mai. 2019.

CANDEU, G. N. S.; VERMEERSCH, P. F. A ditadura militar e suas consequências na consciência da educação como política. **Colloq Humanarum**, Presidente Prudente/SP, v. 13,

n. esp., p. 33-37, jul./dez. 2016. Disponível em:

<http://www.unoeste.br/site/enepe/2016/suplementos/area/Humanarum/Educa%C3%A7%C3%A3o/A%20DITADURA%20MILITAR%20E%20SUAS%20CONSEQU%C3%84NCIAS%20NA%20CONSCI%C3%84NCIA%20DA%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20COMO%20POLITICA.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CARON, D; SOUZA, F. V. C; SOUZA, C. R. M. John Dewey e Paulo Freire: uma análise sobre a educação e democracia. **Cadernos da Fucamp**, Monte Carmelo/MG, v. 15, n. 22, p. 100-107, 2016. Disponível em:

<http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/viewFile/640/492>. Acesso em: 29 jul. 2019.

CARRILLO-GONZÁLEZ, G. M.; GÓMEZ-RAMÍREZ, O. J.; VARGAS-ROSETO, E. La metasíntesis: una metodología de investigación. **Rev. Salud Pública**, Colômbia, v. 9, n. 4, p. 609-617, out./dez. 2007. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219060014>. Acesso em: 23 set. 2018.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out./dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1177.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

CARVALHO, D. P. *et al.* Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 22, n. 1, p. 1-11, jan./mar. 2017.

Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/03/46569-194206-2-PB.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

CARVALHO, B. G. *et al.* Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/ SP, v. 20, n. 1, p. 19-26, jan./fev. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_04.pdf). Acesso em: 23 maio 2019.

CARVALHO, N. V. *et al.* O processo clínico caritas de Jean Watson na assistência de enfermagem brasileira: uma revisão sistemática. **Cultura de Los Cuidados**, Alicante, Espanha, ano 15, n. 29, p. 82-89, 2011. Disponível em:

[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17456/1/Cultura\\_Cuidados\\_29\\_09.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17456/1/Cultura_Cuidados_29_09.pdf). Acesso em: 23 set. 2018.

CASTILLO, L. O.; LOPEZ-DIAZ, L. Competência cultural de enfermeiras em saúde pública com população indígena. **Av. enferm.**, Bogotá, v. 37, n. 1, p.9-18, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.68513>. Acesso em: 11 jul. 2019.

CASTRO, R. C. L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>. Acesso em: 09 out. 2019.

CAVEIÃO, C.; HEY, A. P.; MONTEZELLI, J. H. Administração em enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento complexo. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria/ RS, v. 3, n. 1,

p. 79-85, jan./abr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/217976927176>. Acesso em: 23 set. 2019.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2009a. p. 117-130.

CECÍLIO, L. C. O. The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered regarding the multiple dimensions of healthcare management. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl.1, p.545-555, 2009b. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007). Acesso em: 03 jan. 2019.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A; CAMARGO, K. **Construção da integralidade, cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2007, p.199-212.

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (CRD). **Systematic Reviews**: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. University of York, 2009. Disponível em: [https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic\\_Reviews.pdf](https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf). Acesso em: 08 ago. 2018.

CESTARI, M. E. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 34-42, abr. 2003. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4435/2361>. Acesso em: 20 jul. 2019.

CESTARI, V. R. F. *et al.* Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, Curitiba-Paraná, v. 20, n. 4, p. 701-710, out./dez. 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40819/26632>. Acesso em: 12 jul. 2019.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de saúde bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1791-1803, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>. Acesso em: 17 ago. 2019.

CLEMENTINO, F. S. *et al.* Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 638-643, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a23.pdf>. Acesso em 09 nov. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n.º 358/2009, de 15 de outubro de 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. Disponível: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 23 maio 2019.

COLARES, K. T. P.; OLIVEIRA, W. Metodologias ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. **Revista Sustinere.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 300-320, jul./dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2018.36910>. Acesso em: 20 set. 2019.

COOK, D. J.; MULROW, M. D.; HAYNES, R. B. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. **Ann Intern Med.**, v. 126, n. 5, p. 376-380, mar. 1997. Disponível em: <http://www.annals.org/cgi/content/full/126/5/376>. Acesso em: 23 ago. 2018.

COSTA; A. B.; ZOLTOWSKI, A. P. C. Como escrever um artigo de revisão sistemática. In: KOLLER, S. H.; COUTO, M. C. P. P.; VON HOHENDORFF, J. **Manual de produção científica**. Porto Alegre: Penso, 2014. p. 55-70.

COSTA, A. B. *et al.* Construção de uma escala para avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2441-2452, ago. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000802441&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802441&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 mar. 2019.

COSTA, J. B. **Sobreviventes**: os significados do retorno ao trabalho após a experiência do câncer de mama. 2017. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

COSTA, R. R. O. *et al.* Positivismo e complexidade: interfaces e influências no contexto do ensino na graduação em enfermagem. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i1.17067>. Acesso em: 20 jul. 2019.

CRUZ-ORTIZ, M. *et al.* Mudanças no contexto do cuidado: desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1039-1046, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400025>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CUBAS, M. R. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 471-485, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0103-1104201711310>. Acesso em: 27 ago. 2019.

CULLUN, N. *et al.* **Enfermagem baseada em evidências**: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. Acesso em: 02 out. 2019.

DALY, J. *et al.* A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 60, n. 1, p. 43-49, jan. 2007. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.014>. Acesso em: 23 nov. 2018.

DAMASCENO, R. F.; SILVA, P. L. N. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **J Manag Prim Health Care**, v. 9, n. e11, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.435>. Acesso em: 13 set. 2019.

DELGADO, L. A. N. O Governo João Goulart e o golpe de 1964: da construção do esquecimento às interpretações acadêmicas. **Grafia**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 175-191, jan. 2012. Disponível em: [http://www.fuac.edu.co/recursos\\_web/descargas/grafia/grafia9/175-191.pdf](http://www.fuac.edu.co/recursos_web/descargas/grafia/grafia9/175-191.pdf). Acesso em: 15 mar. 2019.

DELORS, J. *et al.* **Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI**. São Paulo: Cortez Editora, 1998. Disponível em: [http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a\\_pdf/r\\_unesco\\_educ\\_tesouro\\_descobrir.pdf](http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf). Acesso em: 08 ago. 2019.

DIAS, L. C.; LOPES, J. M. C. **Abordagem familiar na Atenção Domiciliar**. Porto Alegre: UFCSPA, 2015.

DUTRA, C. D. *et al.* Processo de trabalho da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1523-1534, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.7057-60979-3-SM-1.1003sup201621>. Acesso em: 11 ago. 2019.

ELIA, L. Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da saúde mental. **Acad. Rev. Cient. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 1-5, 2004. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsa/article/view/92/114>. Acesso em: 05 abr. 2018.

ENGELA, M. H. T. *et al.* Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 75-84, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/21755361.2018.v10i1.75-84>. Acesso em: 25 set. 2019.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **REME** (on line), Minas Gerais, v. 18, n. 1, p. 1-2, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em: 03 jun. 2018.

FABRO, M. R. C. *et al.* Estratégias ativas de ensino e aprendizagem: percepções de estudantes de enfermagem. **REME** (on line), Minas Gerais, v. 22, n. esp., p. 1-8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180067>. Acesso em: 19 jul. 2019.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. *In.*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.

FERNANDES, J. D.; REBOUÇAS, L. C. Uma década de diretrizes curriculares nacionais para a graduação em enfermagem: avanços e desafios. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. esp., p. 95-101, set. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700013). Acesso em: 14 jul. 2019.



FERNANDES, M. C.; SILVA, L. M. S. Gerência do cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 438-447, 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3407/2644>. Acesso em: 30 out. 2019.

FERREIRA, J.; ENGSTRON, E.; ALVES, L. C. Adesão ao tratamento da tuberculose pela população de baixa renda moradora de Manguinhos, Rio de Janeiro: as razões do (im) provável. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 211-216, 2012. Disponível em: <http://pdfs.semanticscholar.org/7dc7/e3e9ef9b4455fc7dea2e26bcb134ce350dfd.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

FERREIRA, S. R. S.; PERICO, L. A. D.; DIAS, V. R. G. F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, p. 704-709, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>. Acesso em: 21 out. 2019.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 30 jul. 2019.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Atenção básica e formação em saúde. *In*: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* **Atenção primária à saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

FIGUEIRA, A. B. *et al.* Visão do enfermeiro frente à prática da educação em saúde no ambiente hospitalar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 310-316, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32580>. Acesso em: 11 jul. 2019.

FIGUEIRA, M. C. S.; SILVA, W. P.; SILVA, E. M. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, n. 3, p. 1178-1188, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>. Acesso em: 16 ago. 2019.

FINFGELD, D. L. Metasynthesis: the state of the art--so far. **Qual Health Res**, v. 13, n. 7, p. 893-904, set. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732303253462>. Acesso em: 23 set. 2018.

FINI, M. I. Inovações no ensino superior, metodologias inovadoras de aprendizagem e suas relações com o mundo do trabalho: desafios para a transformação de uma cultura. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 176-183, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/48840/inovacoes-no-ensino-superior--metodologias-inovadoras-de-aprendizagem-e-suas-relacoes-com-o-mundo-do-trabalho--desafios-para-a-transformacao-de-uma-cultura>. Acesso em: 14 set. 2019.

FISCHBORN, A. F; CADONÁ, M. A. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.27, n.1, p.227-237, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170719>. Acesso em: 12 jul. 2019.

FONSECA, J. P. S.; FERNANDES, C. H. O enfermeiro docente no ensino superior: atuação e formação profissional. **Série-Estudos**. Campo Grande, v. 22, n. 45, p. 43-58, maio/ago. 2017. Disponível em: <http://www.serie-estudos.ucdb.br/index.php/serie-estudos/article/view/1027>. Acesso em: 08 ago. 2019.

FOSSEY, E. M.; HARVEY, C. A. Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. **Can J Occup Ther**, Toronto, Canadá, v. 77, n. 5, p. 303–314, dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2182/cjot.2010.77.5.6>. Acesso em: 12 abr. 2019.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 36. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, R. A. M. M. Ensino por problemas: uma abordagem para o desenvolvimento do aluno. **Educ Pesq.**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 403-418, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97022012000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022012000200009). Acesso em: 19 jul. 2019.

FUJITA, J. A. L. M.; CARMONA, E. V.; SHIMO, A. K. K. Uso da metodologia da problematização com o Arco de Magueres no ensino sobre brinquedo terapêutico. **Revista Portuguesa de Educação**, Portugal, v. 29, n. 1, p. 229-258, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21814/rpe.5966>. Acesso em: 11 ago. 2019.

HENCKEMAIER, L. *et al.* Leininger's transcultural care from the perspective of postgraduate programs in nursing: integrative review. **Ciênc. Saúde**, v. 7, n. 2, p. 85-91, 2014. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/doaj/1983652x/2014/00000007/00000002/art00004>. Acesso em: 11 set. 2019.

GALAVOTE, H. S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-184, jan./mar. 2014. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000100018](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100018). Acesso em: 09 ago. 2018.

GARIGLIO, M. T. O cuidado em saúde. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**: Oficina 2 – Atenção centrada na pessoa. Belo Horizonte: ESPMG, 2012.

GELINSKI, C. R. O. G. A questão da co-responsabilidade prevista na estratégia saúde da família. **Política Sociedade**, Florianópolis, v. 10, n. 19, p. 97-114, out. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2011v10n19p97>. Acesso em: 02 jun. 2019.

GEWURTZ, R.; KIRSH, B. Disruption, disbelief and resistance: a meta-synthesis of disability in the workplace. **Work**, v. 34, n. 1, p. 33–44, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2009-0900>. Acesso em: 04 jan. 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GOMES, I. M. *et al.* Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson no cuidado domiciliar de enfermagem à criança: uma reflexão. **Esc. Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 555-561, jul./set. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300555](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300555). Acesso em: 08 out. 2018.

GOMES, I. S.; CAMINHA, I. O. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. **Movimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 395-411, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/41542/28358>. Acesso em: 01 mar. 2019.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A pedagogia do cuidado de Enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, Minas Gerais, v. 3, n. 1, p. 41-45, jan./dez. 1999. Disponível em: [http://file:///C:/Users/Windows/Downloads/v3n1a08%20\(8\).pdf](http://file:///C:/Users/Windows/Downloads/v3n1a08%20(8).pdf). Acesso em: 12 set. 2019.

GONÇALVES, L. H. T.; SCHIER, J. “Grupo aqui e agora” uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 271-279, abr./jun. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200016>. Acesso em: 14 ago. 2019.

GOULART, F. A. A. **Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Abrasco/Conasems, 1996.

GUEDES, V. L. S. A bibliometria e a gestão da informação e do conhecimento científico e tecnológico: uma revisão da literatura. **Ponto de Acesso**, Salvador, v. 6, n. 2, p. 74-109, ago. 2012. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaici/article/view/5695/4591>. Acesso em: 21 jan. 2019.

HADDAD, A. E. *et al.* Política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. Bras Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 3-4, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200001>. Acesso em: 03 ago. 2019.

HOGA, L. A. K.; MATHEUS, M. C. C.; SOARES, C. B. Metassíntese: síntese de estudos qualitativos. In: BARBOSA, D. *et al.* **Enfermagem baseada em evidências.** São Paulo: Atheneu, 2014, p. 105-115.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Reviewers manual.** 2015. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBIScoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBIScoping-Reviews_2015_v2.pdf). Acesso em: 06 nov. 2018.

KAMI, M. T. M. *et al.* Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1-5, jul./set. 2016.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300213&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300213&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 24 jul. 2019.

KIRCHHOF, A. L. C. *et al.* Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. **Colomb Med.**, Cali, Colombia, v. 4, n. 2, p. 113-119, abr./jun. 2011. Disponível: <http://www.bioline.org.br/pdf/rc11047>. Acesso em: 21 out. 2019.

KLOH, D. *et al.* Princípio da integralidade do cuidado nos projetos político-pedagógicos dos cursos de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 693-700, jul./ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3381.2469>. Acesso em: 11 jul. 2019.

KORHONEN, A. *et al.* Meta-synthesis and evidence-based health care – a method for systematic review. **Scand J Caring Sci.**, v. 27, n. 4, p. 1027–1034, dez. 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/scs.12003>. Acesso em: 02 abr. 2019.

LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL (LDB). Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. 58 p.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LÉVINAS, E. **La teoria fenomenológica de la intuición**. Salamanca: Ediciones Sígueme, 2004.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, jun. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000200421&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200421&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 ago. 2019.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M.; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev Gaucha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 546–553, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300016>. Acesso em: 23 jul. 2019.

LODGE, M. Conducting a systematic review: finding the evidence. **BMJ Evid Based Med**, v. 4, n. 2, p. 135-139, mai. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1756-5391.2011.01130.x>. Acesso em: 03 jun. 2018.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-778, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124103004>. Acesso em: 07 nov. 2018.

LOPES, M. S. V. *et al.* O cinema como estratégia no ensino de enfermagem. **RSC online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 106-116, 2017. Disponível em: [http://file:///C:/Users/Windows/Downloads/452-1102-1-PB%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Windows/Downloads/452-1102-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 08 ago. 2019.

LUNA, W. F.; BERNARDES, J. S. Tutoria como estratégia para aprendizagem significativa do estudante de medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Brasília, v. 40, n. 3, p. 653-662, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000400653&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000400653&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 24 jul. 2019.

MAFFACCIOLLI, R. *et al.* A utilização da noção de vulnerabilidade na produção de conhecimento sobre tuberculose: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre/RS, v. 36, n. esp., p. 247-253, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.51537>. Acesso em: 19 out. 2019.

MAGNUSSEN, L. E. J.; JOLLY, P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. **Health Affairs**, v. 23, n. 3, p. 67-176, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.3.167>. Acesso em: 13 abr. 2019.

MARCOLINO, A. B. *et al.* Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 144-157, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200005>. Acesso em: 02 jun. 2019.

MARQUES, C. F. **As percepções dos pacientes em tratamento de tuberculose sobre sua doença**: uma análise da literatura científica. 2011. 56. f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Percep%C3%A7%C3%B5esPacientes.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

MARQUIEVIZ, J. *et al.* A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 265-271, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/27.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2019.

MARTÍNEZ, D. H.; NAVARRETE, M. L. V.; LORENZO, I. V. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 23, n. 4, p. 280-286, 2009. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009000400005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000400005). Acesso em: 16 set. 2019.

MARTINS, C. Metanálise qualitativa como abordagem metodológica para pesquisas em letras. **Atos de Pesquisa em Educação**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 1033-1048, set./dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7867/1809-0354.2013v8n3p1033-1048>. Acesso em: 14 mar. 2019.

MARTINS, S. T. A.; SOUZA, N. E. S.; ARAGÃO, R. C. Metassíntese qualitativa sobre os estudos de crenças, emoções e identidade (2009-2015). **Rev. Práxis Educac.**, Vitória da Conquista, v. 9, n. 2, p. 563-589, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uesb.br/index.php/folio/article/view/6499>. Acesso em: 08 ago. 2018.

MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. esp., p. 543-545, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000800019>. Acesso em: 07 jun. 2018.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7009.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2019.

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 1-8, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>. Acesso em: 02 out. 2019.

MEDEIROS, F. A. L.; FÉLIX, L. G.; NÓBREGA, M. M. L. Processo Clinical Caritas em oficinas para cuidadores de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1059-1066, nov./dez. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601059&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601059&script=sci_abstract&tlng=en). Acesso em: 16 nov. 2018.

MEDEIROS, V. C.; PERES, A. M. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica à Saúde. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 20, n. esp, p. 27-35, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500003>. Acesso em: 16. nov. 2018.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 4. ed. Philadelphia: Lippincott, 2007.

MELNYK, B. M. *et al.* The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs.

**Worldviews Evid Based Nurs**, v. 11, n. 1, p. 5-15, fev. 2014. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/wvn.12021>. Acesso em: 20 maio 2019.

MELLO, C. C. B; ALVES, R. O; LEMOS, S. M. A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 2015-2028, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n6/1982-0216-rcefac-16-06-02015.pdf>> Acesso em: 04 ago. 2018.

MELO, L. C. O. *et al.* Atributos da atenção primária à saúde na atenção ao aleitamento materno. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 28, p. 1-11, 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0516>. Acesso em: 28 jun. 2019.

MELO, M. A. S.; CASTRO, A. M. Revisão sistemática da literatura e metassíntese qualitativa: uma proposta de etapas para a sua condução na gestão epidemiológica. **Rev. Administ. UEG**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 59-75, maio/ago. 2017. Disponível em: [http://www.revista.ueg.br/index.php/revista\\_administracao/article/view/6305](http://www.revista.ueg.br/index.php/revista_administracao/article/view/6305). Acesso em: 09 ago. 2018.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 12 out. 2019.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MENDES, E. V. **A atenção primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MENEZES, M. G.; SANTIAGO, M. E. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. **Pro-Posições**, Campinas/SP, v. 25, n. 3, p. 45-62, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-73072014000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73072014000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 02 fev. 2019.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo (SP): Hucitec, 2002a.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002b, p. 113-150.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009, p. 29-74.

MICCAS, F.; BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. Metassíntese: uma experiência de pesquisa sobre Educação Permanente em Saúde. **Investigação Qualitativa en Salud**, v. 2, 2016. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/841/827>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007). Acesso em: 03 jan. 2019.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Permanent education in nursing: survey to identify the necessities and the expected results based on the workers conception. **Rev. Esc.**

**Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/07.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MORORÓ, D. D. S. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 323-332, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>. Acesso em: 12 nov. 2019.

NOVARETTI, M. C. Z. *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 692-699, set./out. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>. Acesso em: 21 out. 2019.

NOGUEIRA, I. S. *et al.* Older adult care: permanent education practices of the Family Health Support Center. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 53, p. 1-9, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018022103512>. Acesso em: 23 ago. 2019.

OKUNO, M. F. P.; BELASCO, A.; BARBOSA. Evolução da pesquisa em enfermagem até a prática baseada em evidências. In: BARBOSA, D. *et al.* **Enfermagem Baseada em Evidências**. São Paulo: Atheneu, 2014, p. 1-7.

OLIVEIRA, A. A. S. *et al.* Metassíntese. In: 4º CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA (CIAIQ), Aracaju, Brasil, 2015a, v. 1. **Investigação Qualitativa em Saúde**. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/issue/archive>. Acesso em: 09 ago. 2018.

OLIVEIRA, A. A. S.; BASTOS, J. A. Pressupostos epistemológicos da saúde mental e trabalho em teses brasileiras. **Mental**, Barbacena-MG, v. 11, n. 20, p. 152-175, jan./jun. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100009). Acesso em: 23 abr. 2018.

OLIVEIRA-BARRETO, A. C. *et al.* Métodos de avaliação discente em um curso de graduação baseado em metodologias ativas. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, SP, v. 12, n. 2, p. 1005-1019, 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/8745/6579>. Acesso em: 19 jul. 2010.

OLIVEIRA, L. C. S. *et al.* A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose. **Rev. Eletr. Enf.**, Araraquara/SP, v. 17, n. 1, p. 12-20, jan./mar. 2015b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.24523>. Acesso em: 26 jun. 2019.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 66, n. esp, p. 58-64, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.

OLIVEIRA, M. F. *et al.* A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 898-904, ago.



2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400015>. Acesso em: 13 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção Primária de Saúde nas Américas**: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros. Washington, EUA: OMS/OPAS, 2003.

PADOVANI, O.; CORRÊA, A. K. Currículo e formação do enfermeiro: desafios das universidades na atualidade. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 112-119, maio/ago. 2017. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3841>. Acesso em: 09 ago. 2019.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, p. 11-31, mai. 2011. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf). Acesso em: 06 set. 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. A reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. Cienc. Saude Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

PAIVA, R. C. G *et al.* Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 520-526, jul./set. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.23491>. Acesso em: 03 set. 2019.

PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 37, n. 3, p. 19-26, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342003000300003>. Acesso em: 18 ago. 2019.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247f. Tese (Livre-docência). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul-set. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300015>. Acesso em: 12 jul. 2108.

PERES, A. M. *et al.* Estratégias de ensino na graduação em enfermagem: estudo descritivo. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 23, n. 4, 1-9, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.55543>. Acesso em: 21 jun. 2019.

PEREIRA, B. C. *et al.* Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermeira. **Cultura de los Cuidados**, San Vicente del Raspeig, ano XXIII, n. 53, p. 230-238, 2019. Disponível em: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91828/1/CultCuid\\_53-230-238.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91828/1/CultCuid_53-230-238.pdf). Acesso em: 12 ago. 2019.

PINHEIRO, P. G. O. D. *et al.* Critical points for the control of tuberculosis on primary health care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1227-1234, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0467>. Acesso em: 12 jul. 2019.

PINTO, C. M. Metanálise qualitativa como abordagem metodológica para pesquisas em Letras. **Atos de Pesquisa em Educação**, Blumenau, v. 8, n. 3, p. 1033-1048, set./dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7867/1809-0354.2013v8n3p1033-1048>. Acesso em: 18 abr. 2018.

PIRES, D. E. P. *et al.* Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2677, p. 1-9, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>. Acesso em: 12 out. 2019.

PIZZANI, L.; SILVA, R. C.; HAYASHI, M. C. P. I. Bases de dados e bibliometria: a presença da educação especial na base Medline. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 68-85, 2008. Disponível em: <https://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/58>. Acesso em: 16 nov. 2018.

PRADO, M. L. *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-814520120001\\_00023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-814520120001_00023&lng=en). Acesso em: 11 jul. 2019.

PRATA, J. A. *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. **Escola Anna Nery Rev Enf.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-8, mar. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0259>. Acesso em: 23 maio 2019.

PROTTI, S. T. *et al.* A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 665-670, set. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300016&script=sci_arttext). Acesso em: 17 out. 2019.

QUEIRÓS, P. J. P. *et al.* Significados atribuídos ao conceito de cuidar. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 04, n. 10, p. 85-94, jul./set. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0874-02832016000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832016000300010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 04 maio 2018.

QUINDERÉ, P. H. D. *et al.* Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700031>. Acesso em: 03 out. 2019.

RAMOS, D. K. R. *et al.* Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 41-44, 2013. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/501/191>. Acesso em: 23 maio 2019.

RÊGO, C. C. D. *et al.* Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde. **Rev baiana enferm**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 218-228, jul./set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i3.13038>. Acesso em: 09 set. 2019.

REITER, M.; ATALLAH, A. N. Centro Cochrane do Brasil conquista a maioria. O que o Centro Cochrane já fez e o que poderá fazer por você. **Diagn. Tratamento**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 33-37, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2015/v20n1/a4606.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2019.

REUL, M. A. *et al.* Metodologias ativas de ensino aprendizagem na graduação em Odontologia e a contribuição da monitoria - relato de experiência. **Rev. ABENO**, v. 16, n. 2, p. 62-68, 2016. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-59542016000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-59542016000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 16 ago. 2019.

ROCHA, L. P. *et al.* Workloads and occupational accidents in a rural environment. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 325-335, abr./jun. 2015. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000480014>. Acesso em 01 set. 2019.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev Latin-am Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000600014>. Acesso em: 11 mar. 2019.

RODRIGUES, I. L. A.; MOTTA, M. C. S.; FERREIRA, M. A. Social representations of nurses on tuberculosis. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 498-503, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690316i>. Acesso em: 14 jun. 2019.

RODRIGUES, J. A. P. *et al.* Modelo de cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar de Favero e Lacerda: relato de caso. **Rev. Gaúcha Enferm. (on line)**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 1-5, set. 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem>. Acesso em: 24 out. 2018.

ROMAN, C. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinical and Biomedical Research**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 349-357, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/73911/pdf>. Acesso em: 17 de julho de 2019.

ROSE, A. M. A origem dos preconceitos. In: DUNN, L. C. **Raça e ciência**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP/REDE-TB. 2006.

SÁ, L. D. **Memorial para progressão funcional para professor titular**. Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa-PB, 2016.

SÁ, L. D. *et al.* Gateway to the diagnosis of tuberculosis among elders in Brazilian municipalities. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 408-414, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680313i>. Acesso em: 12 jun. 2019.

SÁ, L. D. *et al.* Gateway of elderly patients for tuberculosis diagnosis in systems of health in Brazilian cities. **Int. J. Tuberc. Lung. Dis.**, Paris, v. 17, S201, 2013. Trabalho apresentado na 44th World Conference on Lung and Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

SÁ, L. D. *et al.* Cuidado ao doente de tuberculose na estratégia saúde da família: percepções de Enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356-363, abr. 2012a. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200013). Acesso em: 15 nov. 2018.

SÁ, L. D. *et al.* O cuidado à saúde da mulher com tuberculose na perspectiva do enfoque familiar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 409-417, abr./jun. 2012b. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200020&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200020&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 nov. 2018.

SÁ, L. D. *et al.* Cuidado integral a mulheres com tuberculose na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife, v. 5, n. 10, p. 2500-2506, dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.2133-15571-1-LE.0510201122>. Acesso em: 15 de nov. 2018.

SÁ, L. D. *et al.* Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3917-3940, set. 2011a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000028>. Acesso em: 12 ago. 2019.

SÁ, L. D. *et al.* Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 4, p. 178-186, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.1216-8525-2-LE.0403201024>. Acesso em: 15 de nov. 2018.

SÁ, L. D.; FIGUEIREDO, R. P. **A formação em saúde da família e o programa de interiorização do trabalho em saúde na Paraíba**. João Pessoa: Editora Universitária-UFPB, 2010.

SÁ, L. D. *et al.* A experiência da implantação do DOTS em seis municípios paraibanos. In: RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. **Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: REDE-TB, 2006.

SÁ, L. D. Parahyba: uma cidade entre miasmas e micróbios. O serviço de higiene pública – 1895 – 1918. **Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 721-724, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702000000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000400014). Acesso em: 20 mar. 2018.

SÁ, L. D.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. A literatura em saúde pública: o ensino de um novo olhar sobre o processo saúde-doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto,

v. 6, n. 3, p. 55-60, jul. 1998. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11691998000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11691998000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 16 fev. 2018.

SÁ, L. D. **Atividades antimicrobianas de extratos vegetais e óleos essenciais sobre bactérias causadoras de conjuntivite**: uma abordagem fitoterápica em enfermagem de saúde pública. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1991.

SABINO, L. M. M. *et al.* Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 230-239, abr./jun. 2016. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.10>. Acesso em: 23 maio 2019.

SALBEGO, C. *et al.* Care-educational technologies: an emerging concept of the praxis of nurses in a hospital context. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2666-2674, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0753>. Acesso em: 12 ago. 2019.

SALBEGO, C. **Tecnologias cuidativo-educacionais**: a práxis de enfermeiros em um Hospital Universitário. 2016. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, 2016.

SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 111-117, jan./mar. 2012. Disponível em:  
<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>. Acesso em: 23 maio 2019.

SALLUM, A. M. C.; SANTOS, J. L. F.; LIMA, F. D. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 3-10, 2012. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100002>. Acesso em: 23 maio 2019.

SANDELOWSKI, M. BARROSO, J. Classifying the findings in qualitative studies. **Qual. Health Res.**, v. 13, n. 7, p. 905-923, set. 2003. Disponível em:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/7bc7/77391e27ce82a01bc4baaaeb6ad5faa9495f.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2018.

SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J. **Qualitative metasummary method**. Chapel Hill (USA): University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing, 2004. Disponível em:  
<http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm?fuseaction=about#>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SANDELOWSKI, M.; DOCHERTY, S.; EMDEN, C. Focus on qualitative methods. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. **Res. Nurs Health**, v. 20, n. 4, p. 365-371, ago. 1997. Disponível em:  
[http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/43/6\\_Sandelowski\\_M\\_1997\\_Metasynthesis.pdf](http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/43/6_Sandelowski_M_1997_Metasynthesis.pdf). Acesso em: 24 abr. 2018.

SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J.; VOILS, C. I. Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. **Res. Nurs Health**, v. 30, n. 1, p. 99-111, fev. 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/nur.20176>. Acesso em: 23 set. 2018.

SANTOS, B. P. The bond as a soft technology in the daily routine of the Family Health Strategy: perception of the user. **Invest Educ Enferm.**, Medellín, v. 34, n. 1, p. 189-197, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a21>. Acesso em: 29 set. 2019.

SANTOS, J. C. R. *et al.* Metodologias ativas e interdisciplinaridade na formação do nutricionista. **Semina: ciências sociais e humanas**, Londrina, v. 38, n. 1, p. 117-128, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/28205>. Acesso em: 18 out. 2019.

SANTOS, Q. G. *et al.* A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 833-837, out./dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400024>. Acesso em: 04 ago. 2019.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 3, p. 350-359, jul./set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769217313>. Acesso em: 12 out. 2019.

SANTOS, S. R. **Abordagens metodológicas**. João Pessoa: PPGENF/UFPB, 2018.

SANTOS, R. O. M. S.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 1-18, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>. Acesso em: 01 out. 2019.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Assistência em enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100198](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198). Acesso em: 16 jul. 2018.

SCOCHI, C. G. S. *et al.* Pós-graduação stricto sensu em enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. esp, p. 80-89, set. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 jan. 2019

SEIXAS, C. T. *et al.* La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 12, n. 1, p. 113-123, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.874>. Acesso em: 23 maio 2019.

SHIMIZU, H. E.; RAMOS, M. C. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 72, n. 2, p. 367-374, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0130>. Acesso em: 09 out. 2019.

SIEWERT, J. S. *et al.* Gestão do cuidado integral em Enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 21, n. esp, p. 1-5, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170057>. Acesso em: 16 nov. 2019.

SILVA-SOBRINHO, R. A. *et al.* Conhecimento de enfermeiros de unidades de Atenção Básica acerca da tuberculose. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 34-40, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35930>. Acesso em: 23 ago. 2019.

SILVA-SOBRINHO, R. A. *et al.* Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 6, p. 461-468, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n6/461-468/pt>. Acesso em: 13 jul. 2019.

SILVA, A. I. *et al.* Projeto Terapêutico Singular para Profissionais da Estratégia De Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 21, n. 3, p. 01-08, 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2260/45437-186756-1-pb.pdf>. Acesso em: 11 out. 2019.

SILVA, I. J. *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p. 697-703, set. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>. Acesso em: 19 jul. 2019.

SILVA, G. S.; ALVES, C. R. L. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 1-14, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00095418>. Acesso em: 17 out. 2019.

SILVA, M. M. S. *et al.* A produção de tecnologias enquanto efetividade da residência multiprofissional em saúde da família. In: DIAS, M. S. A. *et al.* **Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da residência multiprofissional na estratégia saúde da família**. Porto Alegre (RS): Rede UNIDA, 2015b, cap. 1.

SILVA, M. E. *et al.* Doença crônica na infância e adolescência: vínculos da família na rede de atenção à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 1-11, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>. Acesso em: 18 out. 2019.

SILVA, M. R. F. *et al.* O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 249-254, jan./mar. 2015a. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150020>. Acesso em: 24 jul. 2019.

SILVA, R. C. Avaliação da informação científica em bibliometria aplicada às ciências da saúde. In: **Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação**, 2013, Florianópolis. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/1499-1512-1-PB.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SILVA, R. M.; LANDIM, L. F. P. Atenção básica em saúde - sistema para a enfermagem prevenir e/ou minimizar problemas de saúde. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 492-493, 2012.;

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. D. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família: diferentes olhares analisadores.

**Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, v. 26, n. 3, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>. Acesso em: 16 nov. 2019.

SILVA, T. C. L. **Diagnóstico tardio da tuberculose a partir do relato de enfermeiros da atenção básica**. 2014. 113 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-Paraíba, 2014.

SOUSA, F. G. M.; ERDMAN, A. L.; MAGALHÃES, A. L. P. Contornos conceituais e estruturais nas pesquisas qualitativas. *In*: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 99-122.

SOUZA, E. F. D.; SILVA, A. G.; SILVA, A. I. L. F. Active methodologies for graduation in nursing: focus on the health care of older adults. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 920-924, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0150>. Acesso em: 13 maio 2019.

SOUZA, K. M. J. *et al.* Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 5, p. 874-882, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000500014>. Acesso em: 26 ago. 2019.

SOUZA, M. A. R. *et al.* The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Rev Esc Enferm USP**. Ribeirão Preto, v. 52, n. e03353, p. 1-7, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>. Acesso em: 28 dez. 2018.

SPADACIO, C. *et al.* Medicinas Alternativas e Complementares: uma Metassíntese. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-13, jan. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100002>. Acesso em: 16 nov. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco Brasil/Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco Brasil/Ministério da Saúde, 2002.

STERGIOU-KITA, M. *et al.* Qualitative metasynthesis of survivors' work experiences and the development of strategies to facilitate return to work. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 8, n. 4, p. 657-670, dez. 2014. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11764-014-0377-z>. Acesso em: 20 mar. 2019.

TEIXEIRA, E. Em tempos de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 2, p. 1-2, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28859/pdf>. Acesso em: 24 ago. 2019.

THIEDE, M.; McINTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-



1173, mai. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500025>. Acesso em: 03 jul. 2019.

THOFEHRN, M. B. *et al.* Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 141-146, jan./mar. 2014. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35972>. Acesso em: 23 maio 2019.

THUMÉ, E. *et al.* Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 275-288, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S118>. Acesso em: 20 out. 2019.

TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua Obra: Modelos e teorias de Enfermagem**. 5. ed. Lisboa, PT: Lusociência, 2004.

TONHOM, S. F. R., MORAES, M. A. A., PINHEIRO, O. L. Formação de enfermeiros centrada na prática profissional: percepção de estudantes e professores. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 1-9, dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.63782>. Acesso em: 23 ago. 2019.

TONIN, L. *et al.* Guia para a realização dos elementos do processo clínico caritas. **Esc. Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0034](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0034). Acesso em: 16 nov. 2018.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 557-570, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500008>. Acesso em: 13 set. 2019.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. Acesso em: 23 set. 2019.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, jan./mar. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf). Acesso em: 12 out. 2019.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, p. 106-113, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>. Acesso em: 24 set. 2019.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

VIANA, V. P. **A integralidade como modo de pensar e fazer do enfermeiro: uma metassíntese qualitativa**. 2015. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em

Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

VICENTE, C. *et al.* Cuidado à pessoa com ferida oncológica: educação permanente em enfermagem mediada por tecnologias educacionais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180483>. Acesso em: 19 out. 2019.

VIDERES, A. R. N.; NÓBREGA, M. M. L. Lenilde Duarte de Sá: vida e docência inspiradas na arte do cuidar. **Hist. Enferm. Rev. Eletronica**, Brasília v. 9, n. 2, p. 141-148, 2018. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v9/n2/a5.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2019.

VIDERES, A. R. N. *et al.* State of art in nursing on using Jean Watson's theory of transpersonal care. **International Journal of Development Research**, v. 07, n. 02, p. 11522-11527, fev. 2017. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/state-art-nursing-using-jean-watsons-theory-transpersonal-care>. Acesso em: 06 jan. 2019.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019>. Acesso em: 18 out. 2019.

VIEIRA, M. A. *et al.* Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a área de enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v. 5, n. 1, p. 105-121, 2016. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/102/148>. Acesso em: 17 jul. 2019.

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/2317>. Acesso em: 09 ago. 2018.

WALDOW, V. R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investig Enferm. Imagen Desarr.**, v. 17, n. 1, p. 13-25, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516002>. Acesso em: 25 nov. 2018.

WALDOW, V. R. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 7-10, jul./dez. 1998. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44316/26805>. Acesso em: 12 jan. 2019.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 765-771, ago. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400018&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400018&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 13 jan. 2019.

WALSH, D.; DOWNE, S. Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 50, n. 2, p. 204–211, abr. 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.2005.03380.x>. Acesso em: 01 mar. 2019.

WEIRICH, C. F. *et al.* O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-257, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200007>. Acesso em: 08 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 11 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Control 2000**. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: <https://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm>. Acesso em: 16 nov. 2018.

WISNIEWSKI, D.; GRÓSS, G.; BITTENCOURT, R. A influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência pré-natal. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 177-182, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2534>. Acesso em: 02 nov. 2019.

ZANETTI, M. L. Prática avançada de enfermagem: estratégias para formação e construção do conhecimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 779-780, set./out. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00779.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00779.pdf). Acesso em: 20 jun. 2019.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 24-27, mar. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000100003>. Acesso em: 12 nov. 2019.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 1-8, maio/jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt\\_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf). Acesso em: 19 maio 2018.

ZOLTOWSKI, A. P. C. *et al.* Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 97-104, mar. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010237722014000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722014000100012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 mar. 2019.



## APÊNDICES

## APÊNDICE A - RECORTES DA VIDA E OBRA DE LENILDE DUARTE DE SÁ

A narrativa, a seguir, foi tecida sob o desejo premente de abordar recortes da vida e obra de uma enfermeira destemida que ousou adentrar em uma universidade pública, na condição de docente, ainda muito jovem, por acreditar em seus ideais políticos e filosóficos, os quais contribuíram para perspectivas mais humanistas no cenário da Saúde e Enfermagem paraibana. Concomitante, almeja historicizar a memória dessa enfermeira por nome de Lenilde Duarte de Sá, professora titular da UFPB, que se destacou por atuar de maneira articuladora, resolutiva, criativa, e transformadora, ao longo de 33 anos dedicados, com tenacidade, a essa instituição.

Os fatos apresentados foram extraídos de documentos secundários, o Currículo Lattes disponível na Plataforma Lattes e o Memorial para concurso de professor titular da UFPB disponível no PPGENF dessa instituição. Foram recortados desse último alguns discursos da biografada. Algumas imagens foram cedidas pela família e autorizadas à publicação.

As informações foram compiladas e agrupadas em categorias que versam fases importantes de sua vida, quais sejam: a infância e adolescência; a Graduação em Enfermagem pela UFPB; a admissão na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e, a trajetória profissional na UFPB e sua produção acadêmica.

A Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá era graduada e licenciada em Enfermagem (1987) pela UFPB, mestra em Saúde Pública (1991), pela UFPB; doutora (1999) e pós-doutora em Enfermagem (2010), pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Atuou, principalmente, na linha de pesquisa ‘Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem’, estudando as políticas, os modelos de atenção à saúde e as estratégias empregadas para operacionalizar o SUS; a formação profissional da Enfermagem, seu desenvolvimento histórico-social, suas práticas e organizações; bem como, a produção e o processo de trabalho em saúde e Enfermagem.

Contribuiu para fortalecer e visibilizar a Enfermagem no estado da Paraíba, quiçá em todo o Brasil, no sentido de somar esforços para consolidá-la como ciência, disciplina e profissão, por meio de práticas sociais humanizadas, centradas no cuidado voltado para o ser humano.

### **Infância e adolescência: “*um olho no livro e outro na vida!*”**

Primogênita, dentre sete irmãos, do casal Evanildo Finizola de Sá (*in memoriam*) e Maria Oliveira de Sá, modista, Lenilde nasceu aos dez dias do mês de março de 1966, em sua residência, localizada no Sítio Mãe D'água, município de Sousa, no estado da Paraíba, onde viveu com a família durante a primeira infância no bioma e cultura do sertão.

Anos mais tarde, vitimados por uma grande seca, seus pais venderam a propriedade rural da família e se deslocaram para a zona urbana daquela cidade, onde ela viveu feliz e em segurança até os quinze anos.

*Não me faltou a bênção divina para que eu seguisse em frente com os estudos e a determinação de vencer na vida. Mesmo face às dificuldades, tive uma infância segura na companhia dos meus irmãos e amigas (os). Posso dizer que sou feliz, pois tenho vários amigos de infância e adolescência. Em 2016, praticamente todos completamos meio século de vida. Quando nos encontramos, regredimos e vivemos na alegria e impulsividade de outrora (SÁ, 2016).*

O gosto pelos estudos e pela leitura adveio de berço, devido à forte influência de seus pais. A mãe foi a primeira professora doméstica a alfabetizá-la aos quatro anos de idade, não sendo necessário, por isso, frequentar o Jardim de Infância. Como subsídio de apoio à leitura, fez uso das cartilhas Nordeste e do ABC. Para aprender matemática, contou com ajuda da tabuada, da contagem de grãos (milho e feijão) e das cadernetas de contas de seu pai.

Sua trajetória escolar começou em 1973, aos sete anos, no primeiro ano do antigo Primário – atualmente o segundo ano do Ensino Fundamental - em uma escola pública de qualidade, como todas na época, qual seja, o Grupo Escolar Professor Batista Leite, na cidade de Sousa, estado da Paraíba.

A inspiração primeira para a docência decorreu da convivência com a austera e respeitada professora do segundo, do terceiro e do quarto ano Primário, a quem muito admirava e com quem fez a primeira Eucaristia – Dona Cleide Torres Cartaxo. Desde então, trouxe um pouco do exemplo dessa mestra docente para sua vida pessoal e acadêmica.

*D. Cleide Torres Cartaxo, minha professora, era muito exigente. Quem não soubesse a tabuada voltava para casa. Quando nos perguntava a tabuada, não admitia que olhássemos para as telhas e nem contar nos dedos! Também não saíamos da frente se não fizéssemos uma boa leitura em voz alta. Fecho os olhos e escuto ela dizer em tom grave a um colega que não fizesse a pontuação ao ler: “Vomite o ponto”! “Vomite a vírgula”!. Sim, só agora vejo em quem me inspirei para ser professora. Sim, trago D. Cleide em mim! Sou uma professora. Esta é minha identidade! Até hoje, compartilho D. Cleide*

*com os meus alunos e com o meu filho. As expressões “Vomite o ponto!”, “Vomite a vírgula!” são metáforas que utilizo para corrigi-los e para serem responsáveis com o conhecimento e para com o aprendizado (SÁ, 2016).*

Eterna colecionadora de livros! Sua principal motivação para tal prática sobreveio depois de um trágico incêndio na biblioteca daquela escola, onde vários livros foram perdidos. Comprados, achados, doados ou presentados, ela adorava guardá-los. Eis seu hobby favorito – a leitura. Foi assim que se tornou uma leitora assídua, uma intérprete de visão crítica, amante da literatura brasileira, apaixonada pelas obras de Cecília Meirelles, de Fernando Pessoa, de Florbela Espanca, de Cora Carolina, de Carlos Drummond, de Violeta Parra, de Graciliano Gomes, entre outros.

Cursou o quinto ano Ginásial em outra escola pública daquele município, reconhecida pela qualidade dos exemplares gestores, qual seja, a Escola Modelo Polivalente Celso Mariz. Contudo, pela distância até sua casa e zelo dos pais, entre os anos de 1978 e 1981, que correspondeu do sexto ano Ginásial ao primeiro ano Científico, estudou no Colégio Nossa Senhora Auxiliadora, escola de ordem católica dirigida por freiras. A época, respondia pela Escola a politizada e carismática Madre Aurélia, registrada Maria Gonçalves Greci.

Inspirada em novos professores, o encanto pela leitura se acentuou ao somar o entusiasmo pela música, pelo teatro e pela política. Ser politizada foi uma de suas marcantes qualidades. Participou do Grêmio Estudantil e, na oportunidade, se candidatou à presidência, a qual não obteve vitória.

Além das rotineiras leituras na biblioteca da escola e na casa de sua tia Ivanilda, onde leu todas as edições da revista Manchete, dirigiu peças teatrais, como ‘Barca do Inferno’, do autor português, Gil Vicente; atuou e escreveu o roteiro da peça ‘Vidas secas’, baseada no livro de mesmo nome, de Graciliano Ramos. Sua vida parecia estar predestinada a acumular saberes e a transmiti-los, de forma a demudar a si mesma e aos outros em agentes crítico-reflexivos, que transformam o conhecimento e a realidade. Aos dezesseis anos, migrou para a capital do estado da Paraíba, o município de João Pessoa, visando a novas experiências, a novos conhecimentos e a novos horizontes.



**Figura 1** – Pais da Professora Lenilde (acima), seu Evanildo Finizola e Olívia Duarte. Abaixo, Primeira Eucaristia de Lenilde na Cidade de Sousa, PB em 1974. Ao lado, lembrança da 7ª série com suas amigas Daires e Nenê, em 1979.



### **Enfermagem: a escolha pela arte do cuidar**

Depois de concluir o ensino médio no Colégio 2001, na cidade de João Pessoa, ainda muito jovem, despertou o interesse pelo campo da saúde e idealizou a Enfermagem como opção de vida e trajetória profissional.

*No terceiro ano optei por fazer Enfermagem, tendo pesado em minha decisão a importância que sempre dei a cuidar de outros (SÁ, 2016).*

Em 1984, aos dezoito anos de idade, iniciou seus estudos na UFPB, no Curso de Bacharelado em Enfermagem, assumindo a segunda posição da classificação dos aprovados. Durante a graduação, período compreendido entre os anos de 1984 e 1987, avançou em suas ideias políticas, por causa das consequências do golpe de 1964 que afloravam no País.

O golpe civil-militar se transmutou em um regime militar anticomunista e antirreformista, pautado por uma política desenvolvimentista sem a contrapartida distributivista que houve naquele ano e nos 20 anos seguintes (1964-1985) (DELGADO, 2012), o que impossibilitou a consolidação de experiências democráticas no Brasil, vitimando a sociedade à uma cultura de massa, com predomínio do consumismo, individualismo e desinteresse pela participação pública (CANDEU; VERMEERSCH, 2016).

*O contexto expressava a luta pela redemocratização do país, pois embora o Ato Inconstitucional número 5 - AI 5 - tivesse sido extinto em 1979, a força das “ Diretas Já” desse o tom dos anseios políticos do povo brasileiro em se livrar dos espectros do período militar, ainda não tínhamos uma constituição que expressasse o novo momento do Brasil. Posso fechar os olhos e ouvir as canções de Geraldo Vandré e Vitor Jara. E a memória traz: Para não dizer que não falei das flores (SÁ, 2016).*

Como era adepta do Partido Comunista Brasileiro, seus ideais políticos se alinharam ao pensamento da esquerda brasileira, como aconteceu com outros jovens da época. Reporta-se ao hino ‘Caminhando’ de Geraldo Vandré como mensagem ideológica de combate e revolta ao sistema ditatorial militar concomitante apelo à sociedade para unir-se em prol da liberdade.

Aliada a militantes e intelectuais, investiu na leitura de autores nacionais e internacionais, ideologicamente vinculados ao Socialismo, e de outros, contrários aos regimes ditatoriais, dentre os quais, Karl Marx, Lenin, Engels, Giovanni Berlinguer, Antonio Gramsci. Na Enfermagem, encantou-se pelos livros de Raimunda Germano, Briggita Castellano, Graciete Borges, Denise Pires e Maria Cecília Puntel de Almeida, todos escritos sobre esse contexto e que analisavam o saber e o fazer em Enfermagem segundo o conceito da *práxis*.

Nesse contexto de forte tensão, vivenciou um dos marcos mais relevantes da história da Saúde Pública brasileira, em termos de cidadania - a luta pela Reforma Sanitária, um movimento popular que visou criar um sistema público de saúde, em substituição ao Instituto Nacional de Previdência Social, criado pelo governo militar para priorizar a contratação de serviços privados para atender aos seus beneficiários (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Lenilde foi uma militante do SUS e lutou pela implantação de estratégias e políticas públicas que fortalecessem a Atenção Básica. Participou do Centro Acadêmico de Enfermagem e do Encontro Nacional dos Estudantes de Enfermagem, promovido pela UFPB, e de outros movimentos democráticos que lutaram por um país e uma educação livres das torturas e dos engodos do período autoritário militar. Foi bolsista do INAMPS e fez atividades de estágio no Hospital Infantil do município de Jaguaribe, Paraíba, em reconhecimento ao mérito de melhor aluna do Curso de Enfermagem daquele período.

Quando estava prestes a concluir a graduação, atuou como monitora do Programa de Brigadas Estudantis para Trabalhos Comunitários: saúde, nosso direito. Essa atividade foi proporcionada pelo Projeto Rondon e objetivava desenvolver, por meio do diálogo e da participação de uma equipe multidisciplinar, práticas de educação em saúde nas comunidades de João Pessoa, Paraíba, segundo a concepção freireana de educação, em que as finalidades,

os conteúdos e as ações se articulam para humanizar e libertar os sujeitos e orientá-los a respeito das políticas curriculares e da construção de um horizonte de possibilidades para a emancipação humana a serviço da transformação social (MENEZES; SANTIAGO, 2014).

Graduou-se em 1988 e, imediatamente, ingressou no Curso de Habilitação em Saúde Pública pela UFPB, coordenado pela professora Maria José de Araújo Falcão, figura decisiva em sua opção pela Enfermagem voltada à Saúde Pública. Foi responsável por um projeto na área de Saúde do idoso, desenvolvido no Posto de Saúde do bairro de Castelo Branco, João Pessoa, que dispunha de ações e de serviços que beneficiavam a comunidade do Paú, hoje conhecida como Comunidade Santa Clara.

**Figura 2** – Término da Graduação em Enfermagem pela UFPB da Professora Lenilde: aposição da placa, juramento e assinatura da ata de conclusão de curso.



Concluída a Habilitação em Saúde Pública e ponderando sua inclinação para a docência, matriculou-se na Licenciatura em Enfermagem, também pela UFPB. Contudo, as dificuldades de se obter um emprego na época e a necessidade de desenvolver habilidades técnicas voltadas para as áreas de saúde da mulher e de educação em saúde, optou por desenvolver um estágio remunerado na Sociedade Civil de Bem-estar Familiar no Brasil, a antiga BENFAM, instituição filantrópica, de ação social, cuja missão é a de “defender os direitos reprodutivos no exercício da cidadania e promover educação e assistência em saúde sexual e reprodutiva, em colaboração com órgãos governamentais e setores organizados da sociedade civil” (ALMEIDA; COSTA, 2002, p.8).

*Pari passu, para qualificar-me à prática como enfermeira, desenvolvi estágio junto à Sociedade do Bem-estar Familiar do Brasil, a antiga BENFAM. Recebi críticas por ter ideais socialistas e estagiar em uma instituição acusada de não fazer o planejamento familiar, mas de incentivar o controle da natalidade em países pobres, influenciada por países do capitalismo hegemônico, os Estados Unidos da América. Ocorre que eu procurava era desenvolver habilidades técnicas voltadas à saúde da mulher e educação em saúde e o espaço, neste sentido me favorecia. Era muito difícil conseguir emprego naquela época (SÁ, 2016).*

Em 1988, incentivada por vários professores e ainda centrada na experiência desenvolvida junto ao Projeto Rondon, decidiu participar do processo seletivo do Curso de Mestrado em Saúde Pública da UFPB, obtendo o segundo lugar. Sua aprovação foi motivo de admiração entre eles, visto que, naquele período, nenhum aluno tinha alcançado notório êxito acadêmico. Como mestranda, contribuiu para o desenvolvimento da ABEn, seção Paraíba, no período de 1989 a 1992, atuando como coordenadora da Comissão de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn). Participou de cursos e eventos, como o VIII Encontro de Enfermeiros do Nordeste, em Recife, no ano de 1990.

**Figura 3** - Participação da Professora Lenilde no VIII Encontro de Enfermeiros do Nordeste. Recife/PE. 1990.



Encantada pela pesquisa laboratorial sobre plantas medicinais de uso tradicional, manipuladas pelas famílias do Nordeste, Lenilde defendeu, em 1991, a dissertação intitulada 'Atividades antimicrobianas de extratos vegetais e óleos essenciais sobre bactérias causadoras de conjuntivite: uma abordagem fitoterápica em Enfermagem de Saúde Pública' (SÁ, 1991),

sob a orientação do Professor Doutor Lauro Xavier Filho, com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

*Preito de honra e gratidão presto ao querido Prof. Dr. Lauro Xavier Filho. Sei que ele tinha voos mais altos para mim, mas a pouca idade me impediu de ver que eu tinha asas que o só mestre enxergava (SÁ, 2016).*

Depois de concluir o Mestrado, optou por continuar os estudos sobre plantas medicinais, em parceria com a Professora Dra. Edeltrudes de Oliveira Lima. Juntas e apoiadas pelo CNPq desenvolveram o projeto intitulado ‘Os idosos paraibanos e as plantas medicinais: um resgate da terapêutica popular nas meso e nas microrregiões paraibanas’. Na oportunidade, foi contemplada, na modalidade de quotas, com duas bolsas de iniciação científica. Portanto, foram suas primeiras alunas bolsistas, as enfermeiras Suely Medeiros de Oliveira e Yara de Moraes Lucena.

### **Universidade Estadual de Paraíba: o começo da trilha para a docência**

Em junho de 1991, prestou concurso público, foi aprovada e assumiu o cargo de professora do Departamento de Enfermagem da UEPB, lotada no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Durante sua permanência na UEPB, atuou como professora do Curso de Graduação em Enfermagem das disciplinas Enfermagem em Saúde Coletiva, Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia e Seminários em Enfermagem, além de haver lecionado a disciplina Metodologia da Pesquisa Científica na Pós-Graduação Lato-sensu, nos Cursos de Enfermagem Pediátrica e Puericultura, Formação de Alfabetizadores, Neurologia para Fisioterapeutas e Direito Penal.

No mesmo período, participou ativamente do movimento docente e da equipe da PRPGP. Desenvolveu atividades de orientação de trabalhos monográficos.

Foi membro da comissão de lançamento da Revista da UEPB; participou da elaboração do Projeto para a criação do Programa de Iniciação Científica na PRPGP, e participou da criação e da aprovação do Curso de Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente. Nesse período, adquiriu as primeiras experiências como professora de um Curso Stricto Sensu em associação no país.

A excelência de seu profissionalismo, pautado em valores éticos, na responsabilidade e na liderança, projetou-a para a dimensão da gerência universitária, iniciada aos 26 anos de

vida, atuando interinamente na PRPGP (03/1992 - 04/1992) e como Coordenadora Geral de Pesquisa (11/1992 - 05/1993).

### **Trilhando caminhos e escrevendo sua história na Universidade Federal da Paraíba**

A trajetória acadêmica da Professora Dra. Lenilde na UEPB foi substituída em maio de 1993, quando foi aprovada em outro concurso público, para assumir o cargo de docente da UFPB, na área de Enfermagem em Saúde Pública, sendo enquadrada como Professora Assistente I, em regime integral e de dedicação exclusiva, com carga horária de 40 horas semanais. A cada dois anos progrediu funcionalmente do quadro de Professor Assistente II, no ano de 1995, para o quadro de Professor Associado IV, no ano de 2013. No ano de 2016, progrediu para o enquadramento de Professor Titular após concurso público com defesa de seu Memorial.

No ensino da Graduação, contribuiu com os Cursos de Farmácia e de Enfermagem. No primeiro, sua experiência foi registrada no ano de 1994 nas disciplinas Enfoque popular x enfoque científico da Fitoterapia e, História da Fitoterapia. No segundo, sua contribuição foi registrada até o ano de 2013, quando foi dispensada dessa atividade por assumir cargo administrativo na PRPG.

Ministrou as seguintes disciplinas: Enfermagem em Saúde Pública; Enfermagem Obstétrica; Seminários de Enfermagem. Com a mudança curricular ocorrida no ensino da Graduação em Enfermagem no ano de 2007, ficou responsável pelas disciplinas: Bases Políticas e Históricas da Saúde Coletiva; e Enfermagem em Saúde Coletiva I e II. Durante dois semestres (1993/1994) acompanhou estágio prático na clínica de obstetrícia no Hospital Lauro Wanderley, em João Pessoa.

Em 1994, com apoio da Professora Dra. Rosa Maria Godoy da Silveira, PRPG e da Professora Dra. Zoraide Margareth Bezerra Lins, diretora do CCS, foi firmado um convênio entre a UFPB e a EERP-USP e estabelecido o Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem para qualificar os professores do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria (DESPP), do Departamento de Enfermagem Clínica (DENC) da UFPB, que tinham atuação no Curso de Mestrado em Enfermagem, à época coordenado pela Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega.

*A Professora Doutora Maria Miriam Lima da Nóbrega, em seu memorial apresentado no concurso para Professor Titular ressalta que, [...no início dos*

*anos de 1990, o Curso de Mestrado em Enfermagem da UFPB passava por uma situação crítica, segundo a avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pois era um dos cursos dos mais antigos do Nordeste e ainda não tinha o seu corpo de docentes qualificado com o título de doutor (SÁ, 2016).*

Lenilde concorreu a esse curso e, depois de aprovada, foi morar, em 1995, juntamente com as colegas Emília Romero, Clélia Simpson, Solange Costa e Iracema Tabosa, na cidade de Ribeirão Preto – São Paulo, onde foi acolhida pela Professora Doutora Maria Cecília Puntel de Almeida, ícone da Enfermagem de Saúde Pública/Coletiva brasileira.

Como o seu projeto de tese era voltado às representações de pessoas idosas acerca do uso e indicação de plantas medicinais, a Professora Cecília ponderou encaminhá-la à antropóloga e Professora Dra. Ana Maria Canesqui, lotada no departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Campinas (UNICAMP), a qual assumiu o papel de orientadora.

Durante sua permanência na EERP-USP, como bolsista da CAPES, no Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica, participou de distintas atividades acadêmicas. Foi designada para ser membro suplente do Conselho Curador da Fundação Instituto Enfermagem no ano de 1995; colaborou com a Pós-Graduação, ministrando aulas nas disciplinas Estudos Metodológicos em Saúde e Políticas de Saúde; contribuiu com o ensino da Graduação em Enfermagem ministrando aulas e participando de grupos de estudos referentes à disciplina Introdução à Saúde Pública e Saúde da Comunidade.

Participou do Grupo de Estudos e Pesquisas em Representações Sociais (GERES) da EERP/USP no período de maio de 1995 a abril de 1996, coordenado pela Professora Dra. Antônio Regina F. Furegato; desenvolveu em 1996 atividades no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino junto à disciplina de Administração de Enfermagem em Unidade de Saúde Pública, do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública daquela instituição.

Ainda como doutoranda, em 1997, ingressou no quadro de professores do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFPB, na disciplina Políticas de Saúde, em virtude do número reduzido de docentes qualificados com doutorado, apesar de todo investimento do CCS e da PRPGP no doutoramento dos professores do DESPP e do DENC e, também, pela aposentadoria em massa de professores no período do governo de Fernando Henrique Cardoso, por força da política trabalhista.

No período da coleta dos dados de sua tese, por meio da colaboração de alguns alunos voluntários do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPB, conheceu Anne Jaquelyne Roque Barrêto, atualmente Professora Doutora da UFCG, na qual teve a oportunidade de

orientá-la por toda sua trajetória acadêmica, a iniciar no ano de 1997 com atividades de orientação científica no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) que se estenderam até o ano de 2000; em 2000 orientou o TCC da Graduação; entre 2003 e 2004 orientou o TCC da Especialização; entre os anos de 2008 à 2010 orientou a dissertação de Mestrado em Enfermagem. Em 2014, vivenciaram um momento desejado na vida acadêmica de um professor, qual seja, ascensão de um aluno PIBIC para um pesquisador doutor. Orgulhosamente, Profa. Dra. Lenilde assim apresentava a Profa. Dra. Anne Jaquelyne, sua primeira PIBIC e doutora.

Colecionou grandes amigos na EERP-USP, dos quais se tornou parceira institucional, como os Professores Dr. Tereza Cristina Scatenna Villa e Pedro Fredemir Palha, integrantes do Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais (GEOTB), associado à Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE TB), do qual a Professora Dra. Lenilde fez parte durante o período de 1997 a 2017. Com este último, desenvolveu projetos vinculados à formação de estudantes de graduação e inseriu a literatura brasileira no ensino de Saúde Pública (SÁ; PALHA; VILLA, 1998).

Passados quatro anos, em 1999, defendeu a tese ‘Parahyba: uma cidade entre miasmas e micróbios: o serviço de higiene pública – 1895 – 1918’ (SÁ, 2000), sob a orientação da Professora Dra. Ana Maria Canesqui. Tratava-se de um estudo pioneiro sobre a história da saúde no estado da Paraíba, cujos resultados foram divulgados em periódicos de elevado impacto; socializados em forma de cordel e referenciados no livro ‘A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da primeira República’, do Professor Dr. Luiz Antônio de Castro Santos, do Instituto de Medicina Social do Rio de Janeiro (SANTOS, 2003).

Três fatos foram decisivos na escolha desse objeto de tese, quais sejam: os estudos feitos com o historiador Edgar de Decca, professor da UNICAMP; o fato da professora Ana Maria Canesqui ter orientado estudos na área da história da saúde e, seu envolvimento com a história e a política de saúde na disciplina ministrada pelas professoras Cecília Puntel, Tereza Villa e Iranildes Messias Mendes.

Do seu trabalho de tese, originou-se o projeto de pesquisa História da Saúde e da Doença na Paraíba, que resultou em oito dissertações de mestrado e cinco trabalhos de conclusão de curso, conforme consta em seu memorial para professor titular da UFPB.



**Figura 4** - Defesa pública de tese da Professora Lenilde Duarte de Sá. São Paulo. 1999.



Depois de retornar da EERP/USP, em 1999, assumiu outras disciplinas no Curso de Mestrado da UFPB, sempre na linha de pesquisa Políticas e Práticas do Cuidar em Saúde e Enfermagem, podendo citar: Epidemiologia Geral, Políticas de Saúde, Saúde e Desenvolvimento de Comunidade, Estudos Orientados, Seminário de Elaboração de Dissertação, Seminário de Elaboração de Projeto de Dissertação, Seminário de Pesquisa I, Gestão em Grupo de Pesquisa, História da Saúde e da Doença, Projeto Articulado de Pesquisa. No ano de 2005, a disciplina Políticas de Saúde sofreu alteração em sua nomenclatura e carga horária, passando a ser denominada de Políticas Públicas e Modelos de Atenção em Saúde.

Em meados de 2001, a professora Lenilde fez uma pausa em suas atividades acadêmicas para vivenciar um momento único na vida de uma mulher, qual seja, o nascimento de seu filho Romberg de Sá Gondim, fruto de seu relacionamento com Romberg Rodrigues Gondim.

**Figura 5** – A vivência da maternidade pela Professora Lenilde. João Pessoa, 2001.



Após licença maternidade, Lenilde retornou suas atividades acadêmicas. Atuou nos Cursos de Especialização que integraram o PITS, os quais foram promovidos pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), em que atuou como Coordenadora e Vice-Coordenadora (2002-2004).

Sob a perspectiva de metodologias ativas, o PITS visava a interiorizar profissionais qualificados para atuarem em municípios que não dispunham de equipes da ESF e em lugares de difícil acesso aos serviços de saúde, como as situações encontradas na Região Norte do Brasil. Neste sentido, necessário se fazia a elaboração de material instrucional para o trabalho dos módulos dos cursos de especialização e residências oferecidos. A professora Lenilde participou ativamente da confecção desse material no período de 2002 a 2006, sobretudo para os cursos de especialização em Saúde da Família.

Esse trabalho foi apresentado em evento nacional e publicado no livro ‘A Formação em Saúde da Família e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde na Paraíba’ (SÁ; FIGUEIREDO, 2010).

**Figura 6** - Participação de Lenilde no Seminário Nacional de Avaliação do PITS. Brasília. 2003.



Ainda na coordenação do NESC, encaminhou ao MS, por meio da política dos Polos de Educação Permanente, o Projeto de Formação de Especialistas em Saúde da Família, que foi aprovado, financiado e desenvolvido durante o período de 2003 a 2006, em cinco turmas, com trinta profissionais atuantes em Equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Campina Grande, Patos, Sousa e Cajazeiras, todos eles municípios paraibanos.

A equipe matricial desse projeto era formada pelo NESC/CCS/UFPB, Conselho Estadual de Saúde, Departamento de Enfermagem da UEPB, Escola Técnica de Saúde da UFCG, Faculdade Santa Maria, Secretarias Municipais de saúde dos municípios de Cajazeiras, Sousa, Patos, João Pessoa e Campina Grande. Finalizado o projeto em 2006, encerrou também o período vigente do cargo de Coordenadora do NESC.

Destaca-se, também, sua participação, como representante da UFPB, na institucionalização da Política de Educação Permanente, em fóruns organizados para tal fim, que ocorreram em João Pessoa e em Brasília, no período de 2003 a 2006.

A Professora Lenilde não cansou de galgar horizontes que a aproximassem de novos conhecimentos. Como bolsista da CAPES, optou por realizar o estágio pós-doutoral (out. 2009 - fev. 2010) pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD/CAPES), desenvolvido entre o PPGENF/UFPB e a EERP/USP, sob a supervisão da Professora Doutora Tereza Cristina Scatena Villa, em que implementou o estudo Retardo do diagnóstico da

tuberculose em pessoas idosas: análise das causas em diferentes regiões do Brasil, cujos resultados foram apresentados na 44<sup>th</sup> *World Conference on Lung and Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, Paris (SÁ et al., 2013).

Com a aprovação do Curso de Doutorado em 2010 e assumindo a condição de Programa, o PPGENF/UFPB estabeleceu nova resolução e mudou a estrutura curricular. Consequentemente, a professora Lenilde aumentou o número de orientações (mestrado e doutorado) e a partir de 2012, dividiu com a Professora Dra. Neusa Collet disciplinas direcionadas ao Cuidado em Enfermagem e Saúde e ao Processo de Trabalho em Saúde. Ministrou disciplinas de orientação individual (Seminário de Pesquisa I e II, Seminário de Elaboração de Dissertação I e II) e, também acompanhou alunos de mestrado e de doutorado em estágio de docência nessa Universidade, em disciplinas ministradas por ela e outros colegas na área de Saúde Coletiva e Saúde Ambiental.

**Figura 7** – Momentos da disciplina Cuidado em Saúde e Enfermagem ministrada pela Professora Lenilde no PPGENF/UFPB, João Pessoa, 2016.



No ensino da Pós-Graduação Stricto Sensu, desenvolveu atividades em outros dois programas: 1) Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões no Centro de Educação (UFPB), em nível de Mestrado, a qual orientou projetos de dissertação e ministrou aulas seguindo a linha de pesquisa Espiritualidade e saúde na disciplina Plantas Sagradas (2007); e 2) Mestrado Profissional em Saúde da Família, uma parceria entre a UFPB, a Universidade

Federal do Ceará e a Fundação Oswaldo Cruz, atuando na linha Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde, com módulos voltados para a educação (Educação na Saúde II) e a gestão do cuidado (Atenção e Gestão do cuidado).

Empenhou-se proficuamente na administração universitária e atuou como Vice-Coordenadora do PPGENF (1999 e 2012) e como Coordenadora Geral de Pós-Graduação, vinculada à PRPGP (2012-2016). Foi responsável pelo acompanhamento de 107 cursos de Pós-Graduação Stricto Sensu e 20 cursos de especialização; pela emissão de diplomas de mestrado e doutorado; pelo reconhecimento de diplomas de mestre e de doutor obtidos em universidades estrangeiras; pela política de afastamento de docentes e técnicos para cursos de capacitação; e pela assistência estudantil na Pós-Graduação e cotutela de tese.

No cenário internacional, dirigiu um olhar especial para o trabalho desenvolvido com foco na internacionalização da Pós-Graduação da UFPB. Em 2014, fez uma visita técnica à Universidade de Coimbra, para firmar acordo de cotutela de tese entre ambas as instituições.

Como personagem da história da Enfermagem brasileira, dedicou muitos anos de sua vida a estudar a etnologia de plantas medicinais; a espiritualidade em saúde; a história da saúde e da doença; a formação de recursos humanos para o SUS; o cuidado de enfermagem a populações vulneráveis (idosos, pessoas em situação de rua e privadas de liberdade) e o processo de adoecimento pela TB e suas nuances na vida do doente e da família, a fim de contribuir com a melhoria do cuidado e baixos índices de morbimortalidade, abandono, não adesão terapêutica, estigma e preconceito.

Antes de ingressar na UFPB, já havia se interessado pela pesquisa e suas contribuições na mudança de práticas, comportamentos, atitudes e percepções em relação aos anseios dos indivíduos, das comunidades e dos serviços de saúde. Vários foram os projetos que desenvolveu como pesquisadora, colaboradora e coordenadora nesse cenário acadêmico.

Desde o ano de 2005, envolveu-se em projetos de pesquisa multicêntricos, coordenados pelos Professores Doutores Tereza Cristina Scatenna Villa, Pedro Fredemir Palha e Antônio Ruffino Neto. Também coordenou e participou de projetos financiados de dimensão internacional, como o ‘Urbanization and tuberculosis: a multidisciplinary collaboration between Canada, Brazil and Ecuador’, desenvolvido em 2006.

Notadamente, dedicou-se com mais afinco às atividades de ensino, gestão e pesquisa. Na extensão universitária participou de três projetos, a saber: 1) Atenção à Saúde da população em situação de rua: tuberculose e vulnerabilidades (Coordenação de Bolsas de Extensão - Probex 2012-2013), o qual está vinculado um plano de iniciação científica, duas teses e uma dissertação; 2) Projeto BR 101 Nordeste - Ligando Vidas (2007-2008), em que

coordenou as atividades na área da saúde, sob a coordenação- geral do professor Doutor Tarciso Cabral da Silva, vinculado ao Laboratório de Recursos Hídricos e Engenharia Ambiental do Centro de Tecnologia da UFPB; 3) Saúde, Educação e necessidades de saúde da população (Coordenação Probex 2000-2001), a qual está vinculada uma dissertação de mestrado.

Foi detentora de uma vasta produção bibliográfica publicada em periódicos de elevado impacto para o desenvolvimento da Ciência e da Enfermagem. Escreveu e publicou artigos (102), livros (05), capítulos (28) e prefácios de livros (02), editoriais (02), cartilhas (04) e textos em jornais de notícias (04); apresentou produtos dos trabalhos em eventos científicos; desenvolveu trabalhos artísticos e literários e, proferiu conferências e palestras em eventos nacionais e regionais (10).

Em sua caminhada acadêmica, desenvolveu atividades de orientação desde o ano de 1996, partindo da experiência com alunos de Iniciação Científica (32 orientações). Essa prática se estendeu até meados de 2016. Orientou, aproximadamente, 59 TCC, sendo 26 da Graduação e 33 em Programas de Pós-Graduação – PPG - (29 dissertações e 4 teses). Co-orientou outros seis trabalhos em nível de Pós-Graduação (02 dissertações e 06 teses).

Também atuou como orientadora em Programas de monitoria e de extensão universitária (11 alunos) e no Projeto Jovem Talento, promovido pelo CNPq. Suas experiências com a orientação de monografias em cursos de especialização foram poucas, apenas cinco, uma vez que priorizou sua participação na Pós-Graduação Stricto Sensu.

Sempre atuante e participativa nos debates acerca do desenvolvimento da Saúde e da Enfermagem, Lenilde investiu em oficinas, cursos, congressos e outros eventos dessa natureza. Seus préstimos à UFPB também são confirmados nas lembranças de sua participação como organizadora de eventos; membro de bancas de comissões julgadoras (consulta para coordenador e vice-coordenador do PPGENF, processos seletivos para ingresso na pós-graduação, comissões julgadoras de prêmios e bancas de concurso para docente na UFPB, na UEPB e na Universidade Federal do Rio Grande do Norte); e membro de mais de 150 bancas de trabalhos de conclusão de curso relacionados a monografias de especialização, dissertações e teses, como titular ou suplente.



**Figura 8** – Participação da Professora Lenilde em eventos científicos.



Em reconhecimento ao trabalho acadêmico que executou, foi honrosamente premiada em eventos científicos nacionais e regionais. Participou, como membro efetivo, da REDE TB e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Coordenou o GRUPO/TB-PB, cadastrado no CNPq e vinculado ao Laboratório de Cuidado e Interdisciplinaridade em Saúde no PPGENF/CCS/UFPB. Devido à sua significativa produção científica e contribuição docente, foi contemplada com o projeto Bolsista Produtividade CNPq.

Atuou como revisora de periódico da Revista Latino-americana de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP e Revista Brasileira de Enfermagem. Desenvolveu atividades como membro do corpo editorial de periódicos, como a Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento, a Revista Aquichan de la Facultad de Enfermería, a Revista da Escola de Enfermagem da USP, a Revista de Enfermagem UFPE On Line, Religare (UFPB) e o Caderno de Enfermagem, Ciência e Cultura.

A busca pelo ideal moral da Enfermagem fez com que rompesse com o instituído, um modelo fragilizado de atenção à saúde, centrado no paradigma cartesiano, que já não responde pelas necessidades humanas do indivíduo como um *continuum* corpo-mente-espírito. Sua inquietação epistemológica a fez trilhar por outros caminhos, e isso conferiu à Enfermagem contemporânea possibilidades de contemplar, em sua *práxis*, uma nova essência da profissão: o ato de cuidar, no sentido mais ontológico do ser humano.

Quando não ocupava o cargo e as funções de docente, protagonizava o papel de mãe dedicada, filha e irmã onipresente e carinhosa, amiga alegre, atenciosa, prestativa, dona de um leve e lindo sorriso, que espalhava boas energias e boas ideias depois de um bom vinho com os amigos, ao som de Simon & Garfunkel, Alceu Valença, Cazuza, Vitor Jara, dentre outros. Vaidosa, orgulhava-se em vestir as peças de alta costura feitas pela melhor modista, sua mãe, com quem aprendeu um pouco de seus atrativos culinários.

Essa história encontra-se publicada na Revista Eletrônica História da Enfermagem, volume 9, número 2, páginas 141 a 148, ano 2018. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v9/n2/a5.pdf> (VIDERES; NÓBREGA, 2018).



## APÊNDICE B – SÍNTESE DOS RESULTADOS EXTRAÍDOS DAS PESQUISAS QUALITATIVAS

**Quadro 5** – Descrição dos achados extraídos dos resultados dos nove estudos qualitativos que compõem a amostra. João Pessoa - PB, 2019.

Nº	Dados extraídos dos resultados das pesquisas qualitativas que compõem a amostra do presente estudo
18	<p><b>“(Des) conhecimento de práticas culturais de raízes indígenas e afrodescendentes”</b>  <i>“As colaboradoras informam a existência de pessoas que atuam no universo tradicional da cura e do cuidado. Ha rezadeiras, parteiras, pessoas que dão passes (espíritos), médiuns e umbandistas. Ainda, <u>destacam o uso de plantas medicinais por pessoas idosas, benzeduras e banhos</u>. Porém, também se observa que a maioria das colaboradoras, <u>por não possuir vínculo com as culturas afro e indígena</u>, afirma <u>desconhecer os exercícios de cuidado e cura</u> derivados da cultura dos grupos étnicos mencionados”.</i></p> <p><b>“(Des) valorização das práticas de cuidado de raízes indígenas e afrodescendentes”</b>  <i>“Observa-se que a maioria das enfermeiras se posiciona em relação a <u>não valorizar os saberes indígena e afro que embasam as práticas tradicionais de cura</u>. Destacam-se as expressões: “não valorizo” e “não concordo”.</i></p>
27	<p><b>“Práticas de cuidados humanizados almejados pelos usuários na sua relação com a Enfermagem no ambiente hospitalar”</b>  <i>“As falas demonstram que <u>as relações estabelecidas entre a enfermagem e os usuários não abarcam princípios interpessoais</u>”.</i>  <i>“Os relatos dos usuários expressam que a equipe de Enfermagem tem realizado <u>um cuidado centrado em tarefas, valorizando a execução de procedimentos técnicos</u>”.</i>  <i>“Percebe-se que, apesar de a Enfermagem possuir o conhecimento científico sobre as doenças e sobre o quadro clínico de cada usuário, muitos desses profissionais <u>omitem essas informações por acreditarem que é dever do médico</u>. Isso suscita dúvidas e ansiedade e <u>impede que relações dialógicas se estabeleçam</u>”.</i>  <i>“Os relatos apontam a necessidade de se <u>promover um ambiente acolhedor no hospital, no qual os usuários se sintam cuidados e percebidos</u> como pessoas com necessidades específicas, <u>sendo compreendidos em sua singularidade</u> pela equipe de Enfermagem”.</i></p> <p><b>“Humanização e acolhimento: concepção do usuário”</b>  <i>“Embora alguns usuários tenham referido não saber do que se trata, outros <u>correlacionaram a humanização ao acolhimento</u>, à atenção, à ajuda, ao fato de ser bem recebido e ao ato de se conversar”.</i>  <i>“Outro ponto que chama a atenção nos depoimentos dos usuários é que eles relatam <u>a boa qualidade dos cuidados prestados no ambiente de saúde como um direito</u>”.</i>  <i>“Segundo os usuários que participaram deste estudo, <u>a sobrecarga de trabalho entre os profissionais da enfermagem interfere na prestação dos cuidados</u>”.</i></p>
45	<p><b>“A formação do enfermeiro para a gestão do cuidado à TB”</b>  <i>“Os depoimentos dos enfermeiros revelam que no curso de graduação <u>os espaços de aprendizagem estavam voltados, principalmente, para o campo curativo</u>. Observa-se que os sujeitos com maior tempo de formação tiveram sua experiência para o controle da doença, exclusivamente no hospital de referência do estado. Já os enfermeiros com menos de dez anos de formação, além do espaço hospitalar, também vivenciaram o cuidado a TB na Unidade de Saúde da Família (USF)”.</i>  <i>“Observa-se nas falas dos enfermeiros que <u>as matrizes curriculares enfatizam uma abordagem estritamente biológica</u> colaborando para formação de profissionais com agir em saúde puramente clínico e, conseqüentemente, <u>distanciado da realidade em que os grupos</u></i></p>

	<p><u>populacionais vivenciam o adoecer de TB</u>”.</p> <p>“Percebe-se que os enfermeiros abordaram tanto a <u>superficialidade</u> quanto o <u>distanciamento do cuidado a TB</u> no que concerne a <u>relação entre a teoria e a prática</u>. Pressupõe que a inadequação dos processos de ensino-aprendizagem tradicionais e organizados em disciplinas concorre para manter lacunas existentes entre instituição formadora e dinâmica do serviço”.</p> <p>“A <u>deficiência na formação</u>, no que se refere aos cuidados direto, é verbalizada nas falas acima, com ênfase na “<u>observação</u>” de cuidados prestados aos doentes pelos profissionais do hospital. <u>Não há depoimentos</u>, dos enfermeiros entrevistados, que <u>ressalte os cuidados preventivos</u>, <u>nem tampouco</u> mencionam que a sua realização é feita <u>priorizando a família e comunidade</u>, já que são constituintes da vida dos doentes”.</p> <p><b>“Prática do enfermeiro na gestão do cuidado à TB”</b></p> <p>“Observa-se que a <u>organização do serviço se volta para a detecção do sintomático respiratório</u> (SR), principalmente a busca passiva de casos; diagnóstico e monitoramento do doente de TB. Não foram identificadas nas falas <u>ações mais ampliadas que favorecesse a construção de autonomia e ao desenvolvimento de habilidades pessoais tão importantes na luta contra a TB</u>”.</p> <p>“Os enfermeiros <u>ao relacionar o Tratamento Diretamente Observado (TODO) apenas com o monitoramento da tomada do medicamento</u> fragiliza a construção de um cuidado integral a pessoa doente de TB, conforme preconiza o SUS, e fortalece, além da exclusão social, uma <u>organização de serviços e de atenção centrada na cura</u> que revela uma visão biologicista”.</p>
46	<p><b>“O processo de trabalho das equipes de saúde da família no controle da TB”</b></p> <p>“As enfermeiras revelaram que a <u>atuação das equipes</u> de saúde da família no cuidado ao doente de TB <u>se dá mediante abordagem multiprofissional</u>... Contudo, nem todo trabalho em equipe articula ações, pois, as enfermeiras, nos fragmentos relativos à E5 e E6, mostram que <u>as ações de controle da TB ocorrem de modo segmentado</u>, ou seja, o cuidado não é feito pela equipe, uma vez que o doente de TB <u>recebe primeiro a atenção do enfermeiro</u> e depois de outros profissionais. Percebe-se que, nas equipes de saúde da família em estudo, já <u>existe uma definição de como, quando e quem deve fazer o que</u> e em que momento em relação às situações da doença e do doente”.</p> <p>“As enfermeiras <u>não fazem menção às necessidades singulares de cada ser humano</u> que busca o serviço de saúde. Tampouco levam em consideração suas condições sociais, seu estilo de vida, suas possibilidades econômicas, seu contexto familiar. Fica evidente a <u>coisificação do doente</u>, passível da intervenção técnica dos profissionais, e a <u>preocupação com a sintomatologia da TB</u>”.</p> <p>“A interferência política na organização do trabalho reflete <u>fragilidades na relação entre os próprios membros das equipes</u> de saúde da família, na qual se destaca a <u>resistência da hegemonia do saber médico</u> frente aos conhecimentos dos diversos profissionais que compõem as equipes de saúde da família. Os depoimentos das enfermeiras mostraram que o Ato Médico concorre para o retardo ao diagnóstico e do tratamento”.</p> <p>“As enfermeiras no município em estudo afirmaram desenvolver atividades relacionadas à busca ativa, diagnóstico, notificação e tratamento, fato que revela um significativo potencial para o estabelecimento de relações de vínculo com os usuários”.</p> <p><b>“Singularidades relacionadas ao compromisso ético-político no controle da tuberculose na Atenção Básica de Saúde”</b></p> <p>“Entre as falas há expressões que levam a crer que no município em estudo existe uma <u>coordenação (gestão) de Programa de Controle da Tuberculose (PCT) atuante no município que concerne à garantia da medicação</u>. Porém, a gerência das ações para o controle da TB não pode ser reduzida a segurança ao acesso aos insumos terapêuticos pelo doente”.</p> <p>“A partir do discurso das enfermeiras pode se verificar que a <u>falta de capacitação dos profissionais</u> concorre para fragilizar o controle da TB e compromete o trabalho da coordenação do PCT na sustentabilidade da estratégia DOTS”.</p>

49	<p>“Na proposição de sentir-se bem no ambiente de trabalho, o primeiro discurso reporta <u>ao bom relacionamento com a equipe</u> onde ficou perceptível a importância da aproximação, da criação de vínculos entre os membros da equipe de saúde”.</p> <p>“No discurso 2, foi expressa a <u>dificuldade de trabalhar em conjunto</u>, por causa das <u>dificuldades interpessoais</u>, onde geralmente se tem a tendência de achar que a forma como cada um pensa é a mais assertiva. Tem-se <u>dificuldade de acolher e valorizar as ideias</u> e a prática do outro, sendo este um dos principais entraves de atuação em equipe”.</p> <p>“Fica claro também, no relato dos <u>colaboradores do estudo</u>, que eles <u>necessitam de cuidado e de um espaço próprio de cuidado</u>”.</p> <p>“Podemos constatar também que, apesar de participar, de algumas vivências de cuidando do cuidador, nem todos avaliam essas atividades como sendo positivas, uma vez que existe <u>resistência por parte de alguns em participar, seja por falta de confiança nas pessoas responsáveis por facilitar essas práticas ou pela dificuldade em interagir com colegas de equipe</u>”.</p>
52	<p><b>“Necessidades sociais de mulheres com TB”</b></p> <p>“Os profissionais reiteram que a forma de vida das mulheres com TB, como <u>o meio social</u> no qual estão inseridas, <u>têm relação direta com a doença</u>”.</p> <p>“O preconceito relacionado aos doentes com TB está explícito nos relatos. É possível perceber dois aspectos fundamentais que permeiam o estigma relacionado à TB: <u>o preconceito da sociedade com o doente com TB</u> e o <u>preconceito do próprio doente frente à doença</u>”.</p> <p>“Apesar de ser reconhecido por poucos profissionais entrevistados, observa-se <u>a importância da família para o êxito terapêutico</u>.”</p> <p><b>“O cuidado das equipes de saúde da família às mulheres com TB”</b></p> <p>“O conteúdo analisado mostra que <u>as mulheres</u>, além de dispensarem maior tempo ao cuidado consigo, apresentam mais compromisso com a saúde de seus familiares e da comunidade, pois <u>se tratam mais rápido que os doentes masculinos</u>”.</p> <p>“Observa-se <u>a não valorização da comunidade às ações de educação em saúde</u>, talvez por serem práticas de orientação centradas no saber científico, no enfoque biológico da doença e na medicalização; que <u>não levam em consideração a realidade social</u> que essa comunidade está inserida”.</p> <p>“Um elemento visto como potencializador das ações de controle da TB, citados pelos entrevistados refere-se à <u>oferta de incentivos</u>, como cestas básicas fornecidas aos doentes com TB”.</p> <p>“Constata-se que o <u>acesso para a realização de exames importantes</u> para o diagnóstico e tratamento da TB, está sendo assegurado às pessoas doentes pelo município em questão”.</p> <p>“<u>Nenhum profissional entrevistado apresentou em sua fala elementos que revelassem uma atenção articulada entre controle da TB e a atenção à saúde da mulher</u>. O fato significa que ações são desenvolvidas de forma estanque, sem associação com políticas elaboradas e feitas à revelia de um cuidado retoricamente enfatizado como integral”.</p>
54	<p>“Segundo os apoiadores matriciais, embora exista oferta de consultas, exames, medicamentos e o benefício da alimentação, <u>há relutância do doente de TB em procurar a USF para o diagnóstico da doença</u>. Há, também, <u>resistências por profissionais de saúde que contraria a política de descentralização das ações de controle da TB para as USF</u>, uma vez que <u>continuam a encaminhar os casos suspeitos para o centro de referência de TB</u>”.</p> <p>“Os gestores reconhecem à <u>importância da atenção à pessoa doente de TB ser realizada pela equipe Saúde da Família</u>. Uma das <u>dificuldades enfrentadas pelo gestor relaciona-se no reconhecimento da ESF pela população, como local de diagnóstico e tratamento para a</u></p>

	<p>doença”.</p> <p>“Nos discursos dos sujeitos, <u>não se observam enunciados que favoreçam a efetiva descentralização do cuidado à TB para ESF</u>”.</p> <p>“Chama atenção nos discursos a <u>valorização, dada pelo AM, do acesso a exames e tratamento gratuito</u>. No corpus discursivo <u>não foram encontrados fragmentos que versem sobre a vulnerabilidade social</u>. A organização do serviço está marcada pelo <u>cumprimento de protocolos pré-estabelecidos, monitoramento de indicadores e garantia de acesso as tecnologias duras</u> (realização de procedimentos, exames clínicos, insumos) voltadas ao diagnóstico da doença”.</p> <p>“Outro ponto importante identificado nos enunciados dos gestores, diz respeito à <u>centralização e à hierarquização do processo de informação da área técnica de TB da SMS para as USF</u>. O que se observa é que a equipe de saúde é apenas <u>receptora da informação e não coparticipe</u> do processo de monitoramento e avaliação das informações de TB”.</p> <p>“Os AM ao serem questionados sobre o DOTS revelaram <u>desconhecimento dessa estratégia</u>, associando-a geralmente ao benefício do café da manhã, à entrega da medicação e ao TDO”.</p> <p>“Há discursos de apoiadores que <u>se aproximam dos conceitos de humanização e integralidade do cuidado</u> quando mencionam que a equipe de SF tem <u>responsabilidade</u> sobre o adoecimento das pessoas em sua área adstrita”.</p> <p>“Os discursos dos gestores, no que diz respeito ao planejamento do controle da TB em seu território, mostram que <u>não há planejamento específico</u>... Evidencia-se a <u>desvalorização da problemática da TB</u> tendo em vista, talvez, o <u>desconhecimento da vulnerabilidade social das pessoas em adquirir a doença</u> bem como das metas preconizadas pela OMS. A posição dos gestores remete uma visão epidemiológica assentada no conceito de risco em detrimento ao de vulnerabilidade, essa mais condizente com a construção de espaços de cogestão e na produção de cuidado em saúde enquanto valor e respeito à cidadania”.</p>
63	<p><b>“Vínculo e co-responsabilização no cuidado à mulher com TB”</b></p> <p>“Nos relatos dos profissionais pode ser <u>observado o vínculo</u> entre os profissionais de saúde e os doentes de TB, como também <u>a co-responsabilização da equipe</u> pela saúde das pessoas que vivem na área de abrangência das equipes da ESF”.</p> <p>“Observa-se que a <u>necessidade social obstaculiza o processo de ser cuidada</u>... Observa-se a <u>ausência de estado na garantia da condição de cidadania</u>, uma vez que a realização do exame foi custeada pelo profissional de saúde. Essa forma de co-responsabilização no tratamento, onde se revela atitude assistencialista, mais próxima, portanto da <u>generosidade</u>”.</p> <p><b>“Mulheres e TB: cuidando na perspectiva da integralidade”</b></p> <p>“A fala do profissional E4 revela integralidade uma vez que aponta um cuidado prestado para além da medicação e do adoecimento, voltando <u>as ações para as necessidades biopsicosociais da mulher adoecida por TB</u>”.</p> <p>“Nas falas dos colaboradores E1 e E3 é possível observar as ações em consonância com o princípio da integralidade na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que os profissionais levam em consideração as necessidades de pessoas ou de grupo de pessoas, no caso mulheres adoecidas por TB, articulando ações educacionais, preventivas e de promoção da saúde, em todos os níveis de complexidade”.</p> <p>“As falas trazem evidências de uma <u>assistência prestada por equipes multiprofissionais</u>”.</p> <p>“No relato dos profissionais se observam os <u>esforços da equipe</u> e a <u>articulação com outros níveis da atenção</u> na tentativa de prestar um cuidado integral, de atender as necessidades de saúde da doente de TB”.</p>
70	<p><b>“Fatores relacionados ao abandono do tratamento da TB”</b></p> <p>“Neste estudo, três colaboradores <u>atribuíram a interrupção terapêutica ao etilismo</u>”.</p> <p>“Observou-se também que a <u>grande quantidade de tuberculostáticos</u> presentes na terapia farmacológica prescrita <u>obstaculizou</u>, na opinião do doente de TB, a <u>continuidade do tratamento com desfecho favorável</u>”.</p> <p>“No acompanhamento ao doente de TB <u>deve haver espaço para o diálogo e orientações</u> que</p>

previnam a ocorrência do abandono do tratamento decorrente da falta de informação ou da sua inadequada assimilação. A falta de acesso à educação em saúde é notadamente fato que compromete a adesão ao tratamento da TB”.

**“Fragilidades na oferta de serviços ao doente de TB”**

“O colaborador 03 relata fragilidades na oferta de exames em serviço de saúde”.

“Quanto à organização do cuidado ao doente de TB, a equipe de saúde cumpre sua função quando da suspeição e encaminhamento para a realização de exames diagnósticos. Entretanto, o não oferecimento do pote para coleta de escarro representa uma quebra na linha de cuidado ao doente”.

“Quanto à realização de visitas domiciliares, os relatos as mostram ações voltadas exclusivamente para a condição clínica do doente de TB, o que contradiz o objetivo dessas visitas”.

“Os profissionais, segundo os colaboradores, mostraram atenção quanto à alimentação e a tomada das medicações, mas negligenciam a preocupação em conhecer o entorno social mesmos, seus aspectos sócio-econômicos e culturais, suas relações familiares e além da esfera familiar”.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA

**DECLARAÇÃO**

Eu, Janaína von Söhsten Trigueiro, Professora Dra. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), declaro que:

- 1) Participei, como Especialista, da operacionalização da Revisão Sistemática da Literatura com Metassíntese (RSLM), desenvolvida pela doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, Arieli Rodrigues Nóbrega Videres, sob a orientação da Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega;
- 2) Todas as etapas que envolveram, desde a busca na literatura até a coleta de dados e avaliação da qualidade metodológica, foram, por mim, revisadas;
- 3) Os nove artigos (*corpus* analítico) foram submetidos aos testes de Relevância I e II, sendo considerados pertinentes e congruentes ao objeto de estudo da RSLM;
- 4) Esses nove artigos foram avaliados quanto à qualidade metodológica por meio do JBI QARI, apresentando baixo risco de viés. Logo, foram classificados na Categoria A, conforme orientação do Joanna Briggs Institute.

João Pessoa, 22 de março de 2019.



**Janaína von Söhsten Trigueiro**  
**Matrícula SIAPE 1842282**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Eu, Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira, Professora Dra. do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) declaro que:

- 1) Participei, como Especialista, da operacionalização da Revisão Sistemática da Literatura com Metassíntese (RSLM), desenvolvida pela doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, Arieli Rodrigues Nóbrega Videres, sob a orientação da Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega;
- 2) Todas as etapas que envolvem, desde a busca na literatura até a coleta de dados e avaliação da qualidade metodológica, foram por mim revisadas;
- 3) Os nove artigos que compõem o *corpus* analítico foram submetidos aos testes de Relevância I e II, sendo considerados pertinentes e congruentes ao objeto de estudo da RSLM;
- 4) Esses nove artigos foram avaliados quanto a qualidade metodológica por meio do JBI QARI, apresentando baixo risco de viés. Logo, são classificados na Categoria A, conforme orientação do Joanna Briggs Institute.

João Pessoa, 02 de fevereiro de 2019.



Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira

Matricula: 004607

## **ANEXO**



## ANEXO A - CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH – THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include            ☐    Exclude            ☐    Seek further info    ☐

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---