

Protocolos de enfermagem: motivação e metodologia no processo de construção compartilhada

Nursing protocols: motivation and methodology in the shared construction process

Protocolos de enfermería: la motivación y la metodología en el proceso de construcción compartida

Marcia Cristina Cid Araújo^I; Sonia Acioli^{II}; Mercedes Neto^{III}; Alex Simões de Mello^{IV}; Paula Soares Brandão^V

RESUMO

Objetivo: entender a motivação e as estratégias metodológicas de construção compartilhada de protocolos de enfermagem. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, utilizando análise documental, em 2016. As fontes foram os documentos dos processos de construção dos protocolos arquivados no Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ). Utilizou-se a análise temática de conteúdo de Bardin. Aprovação pelo Comitê de Ética da instituição, Parecer 1.508.499. **Resultados:** a análise apontou como fator facilitador do processo de construção de protocolos: a motivação dos profissionais envolvidos, as estratégias metodológicas de construção coletiva, adequação dos protocolos às necessidades regionais, e participação dos enfermeiros da gestão e da assistência propiciando reflexão e contribuindo para maior segurança nas ações dos enfermeiros na atenção básica. **Conclusão:** a construção coletiva, a adequação dos protocolos às realidades regionais e a troca de experiências foram apontadas pelos entrevistados como fatores motivacionais para o estudo, a reflexão e a incorporação de mudanças às práticas de cuidado.

Palavras-chave: Protocolos de enfermagem; atenção primária à saúde; enfermagem; saúde pública.

ABSTRACT

Objectives: to understand the motivation and methodological strategies for shared construction of nursing protocols. **Method:** qualitative, descriptive study using documentary analysis. The sources were the protocol construction process documents filed with Rio de Janeiro Regional Board of Nursing. Thematic content analysis was used. The study was approved by the ethics committee (Protocol #1.508.49). **Results:** the analysis indicated that the factors facilitating the protocol construction process were: the motivation of the professionals involved, the methodological strategies for collective construction, the protocols' being suited to regional needs, and nurses' participation in management and care, facilitating reflection and contributing to safer actions by nurses in primary care. **Conclusion:** interviewees pointed to collective construction, adaptation of protocols to regional realities, and exchange of experience as factors motivating study, reflection and introduction of changes in care practices.

Keywords: Nursing protocols; primary health care; nursing; public health.

RESUMEN

Objetivos: entender la motivación y las estrategias metodológicas de construcción compartida de protocolos de enfermería. **Método:** estudio descriptivo de enfoque cualitativo, utilizando análisis documental, en 2016. Las fuentes fueron los documentos de los procesos de construcción de los protocolos archivados en el Consejo Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Se utilizó el análisis temático de contenido. Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Institución, en conformidad con el dictamen #1.508.499. **Resultados:** el análisis apuntó como factor facilitador del proceso de construcción de protocolos: la motivación de los profesionales involucrados, las estrategias metodológicas de construcción colectiva, la adecuación de los protocolos a las necesidades regionales y la participación de los enfermeros de la gestión y de la atención, propiciando reflexión y contribuyendo para mayor seguridad en las acciones de los enfermeros en la atención básica. **Conclusión:** la construcción colectiva, la adecuación de los protocolos a las realidades regionales y el intercambio de experiencias fueron apuntadas por los entrevistados como factores motivacionales para el estudio, la reflexión y la incorporación de cambios a las prácticas de cuidado.

Palabras clave: Protocolos de enfermería; atención primaria a la salud; enfermería; salud pública.

INTRODUÇÃO

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ), assim como os demais Conselhos Regionais, foi criado a partir da aprovação da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973¹. Durante 20 anos, o COREN-RJ foi alvo de inúmeras denúncias de irregularidades e após uma operação da Polícia Federal, sofreu um processo

de intervenção, por determinação do Ministério Público Federal, tendo sido designada em 15 de maio de 2008, por meio da Decisão nº 22, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)², uma junta interventora que assumiu sua direção, e esta diretoria passou a responder pela Autarquia, por período de 18 meses.

^IEnfermeira. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, E-mail: marciacid@globo.com

^{II}Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: soacioli@gmail.com

^{III}Enfermeira. Professora Adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mercedesneto@yahoo.com.br

^{IV}Enfermeiro. Doutorando e Professor Assistente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: axmello@gmail.com

^VEnfermeira. Professora Assistente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: pbrandaofenf@gmail.com

Durante o processo de intervenção, aconteceram diferentes estratégias de aproximação entre a Autarquia e os profissionais de enfermagem, que tinham se afastado do Conselho, pelo histórico de frequentes denúncias de desvios financeiros e de perseguição a titulares do grupo diretor do COREN-RJ.

Para tanto, foram desenvolvidos projetos em diferentes setores do COREN-RJ, como forma de escuta das necessidades dos integrantes da equipe da enfermagem, com relatos de dificuldades que os enfermeiros enfrentavam em vários municípios do Estado do Rio de Janeiro, de conflitos em relação à autonomia nas ações dos enfermeiros tanto na área hospitalar como na Atenção básica e estratégia de saúde da família (ESF).

Tais conflitos eram relacionados principalmente à prescrição de medicamentos e solicitação de exames previstos em protocolos, a consulta de enfermagem nas linhas de cuidado, procedimentos de alta complexidade da área hospitalar tais como: tratamento de feridas, inserção periférica de cateter venoso central (PICC), questões relativas à assistência obstétrica.

Foram relatadas situações de constrangimento dos profissionais causadas pelo corporativismo das entidades representativas dos médicos, inclusive com registro de ocorrência policial contra enfermeiros da ESF e de unidades básicas de saúde (UBS) por prescreverem medicamentos constantes de programas de saúde, e pressões exercidas a secretários de saúde no sentido de limitar as ações de enfermagem.

Sendo assim, o presente artigo tem como objeto o caminho metodológico e motivacional percorrido para construção e pactuação dos protocolos de enfermagem. Para tanto, o objetivo deste estudo foi entender a motivação e as estratégias metodológicas de construção compartilhada de protocolos de enfermagem.

REVISÃO DE LITERATURA

Desde 1997, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) vinha publicando resoluções, definindo o que era considerado por eles como ato médico, e frequentemente afirmavam que o diagnóstico, e a prescrição de tratamentos e de medicamentos, eram atividades privativas do médico, e este era o teor da Resolução CREMERJ n°121/98³. Em 2008, os Conselhos Regionais de Medicina de diversos Estados veicularam notícias falsas, replicadas por meio do sítio eletrônico do Conselho Federal de Medicina, sobre alterações nas atribuições dos enfermeiros estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Portaria 1.625/2007⁴, não sendo mais permitida a consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde.

Estas situações de conflito e falta de autonomia do enfermeiro, geravam uma situação de insegurança que contribuíam para a criação de uma cultura de limites da atuação do enfermeiro. Desse modo, mesmo

os enfermeiros que não vivenciaram tal circunstância, eram influenciados por relatos e estes se refletiam em suas ações, impondo limites.

Nos encontros com os enfermeiros, o COREN-RJ começou a registrar solicitações dos municípios do Estado do Rio de Janeiro em relação à formalização de um protocolo que garantisse a ação do enfermeiro na atenção básica.

A prescrição de medicamentos e a solicitação de exames são desenvolvidas no âmbito da consulta de enfermagem, no contexto da assistência integral à saúde do indivíduo, respeitado o artigo 11, no seu parágrafo II, da Lei 7.498/86, que determina a “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”⁵.

Após discussão com os enfermeiros de diferentes municípios, a Junta Interventora definiu como estratégia de enfrentamento para estas questões a elaboração de um modelo de portaria pela autarquia e que este seria encaminhado aos municípios para adequação e publicação. Tal documento foi elaborado pela diretoria do conselho e, como objetivo, dispunha sobre a instituição e normalização da consulta de enfermagem e das atividades originadas deste procedimento no âmbito das unidades pertencentes à rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde do município.

Este elencava as bases legais e éticas para o exercício profissional do enfermeiro, dando ênfase à solicitação de exames de rotina e complementares, e à prescrição de medicamentos que poderiam ser prescritos pelos enfermeiros, com base em protocolos assistenciais do Ministério da Saúde (MS) nas diferentes linhas de cuidado/programas de saúde.

O documento sugeria a publicação do seu conteúdo a partir da criação de uma portaria e recomendava a ampla divulgação à comunidade local, nas reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde, entre outros espaços de participação. Este documento alertava ainda para a necessidade de adequação dos formulários como receituários e guias de encaminhamentos para uso da equipe multiprofissional.

O documento foi divulgado para os 92 municípios do estado e seu objetivo era respaldar a ação do enfermeiro frente aos questionamentos e conflitos que vinham acontecendo nos municípios entre enfermeiros, gestores e profissionais médicos, e que limitavam a ação e autonomia do enfermeiro nos programas de saúde.

No período de 2009 a 2011, o trabalho de análise de protocolos municipais ficou sob a responsabilidade da Assessoria Técnica, que recebeu protocolos organizados pelos enfermeiros da gestão e/ou atuantes nas UBS dos municípios de: Araruama, Cabo Frio, São Pedro da Aldeia, Japeri, Nova Iguaçu, Itaperuna, Casimiro de Abreu, e Paraíba do Sul. Destes, foram analisados e atenderam ao fluxo sugerido pelo COREN-RJ, com publicação de portaria em diário oficial municipal, os municípios de Petrópolis, Cabo Frio, Rio das Ostras e Silva Jardim.

Pela Portaria nº 1710/2010, foram criadas cinco câmaras técnicas, dentre elas a Câmara Técnica de Gestão e Assistência de Enfermagem (CTGAE/COREN-RJ)⁶ que iniciou seus trabalhos em setembro de 2011 e começou a acompanhar as solicitações em relação aos protocolos de enfermagem a partir de debates com enfermeiros que atuavam nas unidades de atenção primária e membros da CTGAE/COREN-RJ

A gestão do Plenário Interventor foi de novembro de 2009 até dezembro de 2011 e, após eleições, instaurou-se a nova gestão de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, período em que ocorreu o processo de construção dos protocolos de enfermagem.

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido numa perspectiva descritiva de abordagem qualitativa em 2016. Foram utilizados os documentos produzidos e registrados por 14 enfermeiros que participaram do processo de construção dos protocolos e a amostra incluiu àqueles respectivos aos enfermeiros conselheiros do COREN-RJ, também membros da CTGAE/COREN-RJ, apoiadores da gestão estadual, vinculados, profissionais da gestão municipal e das ESF que atuavam nas Regiões Metropolitanas I e II.

As fontes foram documentos arquivados pela Câmara Técnica de Gestão e Assistência de Enfermagem, muitos dos quais estavam em posse da Secretaria Geral e posteriormente foram cedidos por esta a CTGAE/COREN-RJ e copiados pela pesquisadora ao longo do processo em que foi coordenadora da CTGAE/COREN-RJ. O cenário do estudo compreendeu o Estado do Rio de Janeiro.

A análise se deu em etapas na perspectiva de Bardin⁷. Primeiramente foi realizada a fase de exploração textual, identificando os elementos de esclarecimento do texto e a estrutura redacional. A leitura flutuante foi realizada, buscando-se delinear os temas presentes no texto. A seguir, passou-se para a segunda fase, a da análise temática do conteúdo, focalizando as temáticas, expectativas e argumentos elucidados. Nesta fase, buscou-se demarcar os núcleos de sentido e suas principais categorias. A última etapa da análise, a fase interpretativa, visou tecer relações críticas entre as idéias presentes nos documentos.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012, e aprovado pelo Parecer nº 1.508.499, emitido em 08 de junho de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para se compreender o caminho percorrido para a construção dos protocolos de enfermagem se faz necessário analisar as categorias do estudo - a motivação e as estratégias metodológicas.

A motivação como facilitadora do processo

Em relação à motivação para o trabalho proposto, identificou-se a demanda inicial, que era o enfrentamento das situações de impedimento da prática profissional por gestores e pressões vindas de médicos vinculados à gestão ou a entidades representativas da categoria médica.

Os questionamentos em relação à ação dos enfermeiros na atenção primária à saúde (APS) são antigos e se baseiam no corporativismo médico que tem suas raízes na importação do modelo médico flexneriano, vinculado às relações gerais de dependência econômica e subordinação política do Brasil aos interesses norte-americanos⁸.

Com o argumento da necessidade de regulamentação do exercício da prática médica, a Lei 12.842, de 10 de julho de 2013, centralizava as ações de saúde nas mãos dos médicos e limitava o campo de atuação dos diversos profissionais de saúde, reduzindo sua autonomia, e a repercussão destes fatos na mídia gerava conflitos entre profissionais de saúde e outros segmentos da população⁹.

A demanda para dar início ao trabalho de construção foi a questão do exercício profissional, mas o que os enfermeiros referiram como mais importante foi a possibilidade de regionalização dos protocolos, isto é, a adequação às ações locais. A proposta da elaboração de um protocolo regional, e não por municípios, foi pensada pela CTGAE/COREN-RJ em parceria com a Superintendência de Atenção Básica (SAB) da Secretaria de Estado de Saúde (SES), para que tivesse um alcance maior, envolvendo mais municípios. Com base no protocolo regional, cada município faria, com suas coordenações e profissionais, a adaptação às realidades locais. Esta pauta foi discutida com os enfermeiros durante as oficinas e teve boa aceitação.

O processo de regionalização, diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), foi definido como eixo estruturante do Pacto pela Saúde 2006, com o objetivo de fortalecer os processos de pactuação entre as gestões das três esferas do sistema, reconhecendo as diferenças loco-regionais¹⁰. Destaca-se também como motivação a importância dos protocolos para a segurança no desenvolvimento da prática profissional, experiências anteriores com protocolos e percepção de melhoria de protocolos já existentes.

Trabalho em grupo, reconhecimento, segurança e integração ao grupo, entre outros, são fatores decisivos para a motivação humana. Envolver as pessoas, criando um ambiente de participação, de integração com seus gerentes, levando-as a compreender que se espera o melhor delas nas ações e atividades, significa que são consideradas capazes de alcançar os melhores resultados¹¹.

Outro aspecto que emergiu das entrevistas (constantes dos documentos examinados), como fator de motivação para o início e para a permanência no processo,

foi a possibilidade de construção coletiva, que envolveu os profissionais dos serviços, os gestores, coordenadores de atenção básica e mesmo secretários de saúde, de forma eventual, além da troca de experiências que foi relatada por todos os participantes.

Nos conteúdos, emerge a valorização da troca de experiências e de sua conexão com a realidade de trabalho, deles e dos profissionais de outros municípios, aumentando seus conhecimentos em relação ao trabalho da região como um todo. Os documentos referem que o trabalho nos grupos teve como ponto de partida as vivências dos enfermeiros envolvidos no cuidado e na gestão, e buscava o conhecimento da realidade de saúde e infraestrutura de seus municípios, suas possibilidades e limites.

As estratégias metodológicas do processo

A ESF é uma proposta de mudança do modelo assistencial, com potencial para atender aos princípios constitucionais de 1988; implantada no final da década de 1990, vem se expandindo em todo território nacional, como grande desafio na sua dimensão político-operacional, ou seja, no plano das práticas de atenção, persiste o trabalho fragmentado, com práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais, geralmente com subordinação de diversas profissões aos saberes e práticas da medicina^{12,13}.

Neste sentido, foi um processo de construção pautado na reflexão e na revisão das práticas e vivências, cuja superação partiu dos conhecimentos e experiências dos enfermeiros envolvidos.

A enfermagem aprendeu sua atividade na prática, fazendo e aprendendo, mais tarde incorporou conhecimento de outras disciplinas, principalmente as ciências biológicas. As primeiras manifestações organizadas e sistematizadas do saber na enfermagem foram constituídas pelas técnicas de enfermagem¹⁴.

A racionalidade é a marca no mundo moderno e se apresenta de várias maneiras: técnica, arte, ciência, filosofia e saberes. Todas essas maneiras constituem a práxis humana e, no cotidiano da enfermagem, coexistem as dimensões do conhecimento/saber e a da práxis, que envolve todo o processo de cuidar em enfermagem¹⁵.

Existe uma grande variedade de fontes de informações de evidências para a prática clínica de enfermagem, e pode-se considerar os protocolos um destes instrumentos, que reúnem evidências e podem facilitar o trabalho do enfermeiro na busca de formas de modificar a sua prática¹⁶.

Foi possível evidenciar que tal processo se constituiu numa estratégia potente de educação permanente para os enfermeiros, que se envolveram em busca de novos conhecimentos e de fortalecimento das suas propostas para o enfrentamento dos desafios do processo de cuidar.

Um aspecto muito importante no processo do fazer juntos, na construção dos conteúdos, relacionou-se com a adequação dos protocolos à realidade local,

o que revelou os questionamentos para estabelecer os fluxos e as práticas e, ao mesmo tempo, o quanto o protocolo, regional ou municipal, podia contribuir para a segurança dos profissionais.

Conforme os documentos examinados, foi identificada pelos participantes, como um diferencial do processo objeto deste estudo e outras capacitações vivenciadas anteriormente, a utilização de uma metodologia participativa e de construção coletiva, atrelando-se a isto a força do princípio da regionalização, que contribuiu para um olhar voltado às especificidades regionais.

Foi registrada, nos depoimentos documentados a interação entre os enfermeiros, e destes com a construção dos conteúdos das linhas de cuidado nas quais os próprios participantes pactuavam as decisões, em um processo vivo, num ambiente de autonomia, dialogicidade e troca de experiências. O diálogo deve ter esta essência dialógica, com ação e reflexão, e assim, é no encontro entre as pessoas que ele acontece, como um ato de criação e de forma conjunta¹⁷.

Mudanças positivas no desempenho profissional podem ser provocadas com a problematização da atenção oferecida ao usuário nos diferentes serviços do sistema, associada à própria estrutura institucional da saúde, local ou regional, valorizando-se a interação de todos os atores envolvidos¹².

Em relação a processos de construção, alguns participantes relataram experiências anteriores, em que elaboraram protocolos com base na experiência de chefias e coordenadores, e com a inclusão conteúdos de rotinas em protocolos já desenvolvidos nos municípios. Protocolos elaborados na dimensão organizacional, para serem executados pelos profissionais na dimensão profissional¹⁸.

Os registros destacam a participação dos enfermeiros no processo e apontam para um diferencial na experiência vivida durante o processo em estudo, como a construção coletiva e a inclusão de enfermeiros das equipes e da gestão no processo de construção dos protocolos.

Na experiência abordada, o processo de construção integrou estas duas dimensões, organizacional e profissional, descritas, como dimensões que se interpenetram e se condicionam. Essas dimensões são estruturadas a partir da problematização das práticas reais dos profissionais, gerando conhecimentos sobre este fazer, identificando potências e lacunas que mobilizaram os enfermeiros na busca de novos conhecimentos e estratégias para a transformação de suas práticas, com referência nas necessidades de saúde vivenciadas em seus territórios e no modelo assistencial da ESF^{19,20}.

CONCLUSÃO

A construção desta experiência foi motivada pela necessidade, identificada pelos enfermeiros, de respaldo ético-profissional para o desenvolvimento da assistência de enfermagem na atenção básica, que entendiam que o melhor caminho era estabelecer um

protocolo assistencial do enfermeiro, que pudesse legitimar suas ações. Apesar de ser esta a grande motivação para a participação, evidenciou-se que as características metodológicas do processo de construção compartilhada foi o que manteve o grupo coeso e integrado à proposta por tão longo período.

Na categoria a motivação como facilitadora do processo, a construção coletiva, a adequação dos protocolos às realidades regionais e a troca de experiências foram apontadas, nos documentos analisados, como fatores motivacionais para o estudo, a reflexão e a incorporação de mudanças às práticas de cuidado.

Os resultados evidenciaram que a regionalização dos protocolos possibilitou a adequação destes às necessidades de saúde dos territórios onde atuavam, considerando suas experiências, e estimulou a busca conjunta de soluções mais adequadas às suas realidades, favorecendo a segurança e legitimação da assistência de enfermagem (ações profissionais) na APS.

Para a categoria as estratégias metodológicas do processo, o processo configurou-se numa construção coletiva de intensa troca de experiências, estratégias, e gerou como resultado interação, estudo, pesquisa, reflexão e aprendizagem, dentro das linhas de cuidado, em que o processo de construção se tornou mais importante e qualificou não só o produto da experiência como seus próprios participantes.

Ademais, é preciso destacar que as limitações do estudo estão ligadas reduzida capacidade de generalização dos resultados assim como a necessidade de ampliação do estudo em outras regiões com realidades diferenciadas relativas às práticas profissionais vivenciadas.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Brasília (DF): COFEn; 1973.
2. Conselho Federal de Enfermagem (Br). Resolução nº 22, de 15 de maio de 2008. Brasília. (DF): COFEn; 2008.
3. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Br). Resolução nº 121 25 de março de 1998. Rio de Janeiro: CREME-RJ; 1998.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 1.625, de 10 de julho de 2007. Brasília (DF): Gabinete Ministerial; 2007.
5. Conselho Federal de Enfermagem (Br). Lei 7.498, de 25 de junho de 1986.
6. Brasil. Conselho Regional de Enfermagem – RJ (Br) Portaria nº 1710/2010, de setembro de 2011. Rio de Janeiro: COREn-RJ; 2011.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Pt): Ed. 70, 201.
8. Perillo EBF. Importação e implantação do Modelo Médico Hospitalar no Brasil: um esboço de história econômica do sistema de saúde de 1942-1966 [tese de doutorado] Universidade de São Paulo; 2008.
9. Travassos DV, Ferreira EF, Aguiar VLF, Conceição EMA. Ato médico: histórico e reflexão. Arq Odontol, (Belo Horizonte), 2012; 48(2):102-8.
10. Ministério da Saúde. (Br) Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, (DF), Gabinete Ministerial. 2006.
11. Moreti S. Qualidade de vida no trabalho x autorrealização humana. 2003 Instituto Catarinense de Pós-graduação. <http://www.posuniasselvi.com.br/materias/artigos.htm> [citado em 10 out. 2016].
12. Fertoni HP, Pires EEP, BIFF D, Sherer MDS. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, 2015; 20(6):1869-78.
13. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde. promoção vigilância e saúde da família. Salvador, (BA) Edufba; 2006.
14. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.
15. Pagliuca LMF, Quirino RHR, Vale EG. Saberes e práxis em enfermagem. Esc Anna Nery 2009; 13(1):174-80.
16. Caliri MHL, Marziale MHP. A prática de enfermagem baseada em evidências: conceitos e informações disponíveis Online. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000; 8(4).
17. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
18. Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tostoi: elementos para se pensar as múltiplas dimensões do cuidado. Interface , 2009; (supl 1): 545-55.
19. Rocha EM, Vilela ABA, Oliveira DC, Silva DM, Alves MR, Meira SS. Family health strategy personnel's representational structures regarding domestic violence against older adults. Rev enferm UERJ [internet] 2015 [citado em 18 Feb 2016]; 23(2):e17450. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7450> DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.7450>.
20. Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Relação docente-discente em enfermagem e problemas na formação para o Sistema Único de Saúde. Acta Paul Enferm. 2009; 22(5):645-51.