UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIANA QUITES ARANTES

O cuidado em saúde: um enfoque sob necessidades de saúde na ótica
de enfermeiros (as) na estratégia de saúde da família

Ribeirão Preto
2012

MARIANA QUITES ARANTES

O cuidado em saúde: um enfoque sob necessidades de saúde na ótica
de enfermeiros (as) na estratégia de saúde da família

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências, Programa de
Enfermagem Materno-Infantil e Saúde
Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e
Políticas de Saúde.

Orientadora: Maria José Bistafa Pereira

Ribeirão Preto
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Arantes, Mariana Quites

O cuidado em saúde: um enfoque sob necessidades de saúde na ótica de enfermeiros (as) na estratégia de saúde da família. Ribeirão Preto, 2012.

119 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Orientadora: Pereira, Maria José Bistafa.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Determinação de necessidades de cuidados em saúde. 3. Demandas de serviços de saúde. 4. Enfermagem em saúde pública.

ARANTES, Mariana Quites

O cuidado em saúde: um enfoque sob necessidades de saúde na ótica de enfermeiros (as) na estratégia de saúde da família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

Aprovado em/....../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

*A meus pais, **José Gomes Arantes Neto** e **Carla Beatriz Quites Arantes**, que oportunizaram meus estudos e possibilitaram a realização desta mais nova conquista! Sei que são nas dificuldades que nos fortalecemos e por isso dedico esta obra a vocês que são minha fonte inspiradora pela luta diária, nesta busca constante pelas superações dos desafios que a vida nos impõe.*

*Ao meu noivo, **Edson Geraldo Sabbag Junior**, que ao longo desses anos tem sido o meu companheiro e amigo, compartilhando das minhas angústias e alegrias. Com a sua tranquilidade e sabedoria tem me apoiado nos momentos mais difíceis da minha vida.*

*À minha orientadora, Prof. Dra. **Maria José Bistafa Pereira**, por quem eu tenho grande admiração, por ser esta pessoa humana, com imensa sabedoria e humildade. Dedico esta obra também a ela por ter acreditado na minha capacidade e proporcionado este aprendizado que será eterno em minha vida profissional e pessoal.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me acompanhado ao longo de todos esses anos, me ofertando saúde e colocando em minha vida pessoas maravilhosas com as quais eu tive a oportunidade de conviver.

Agradeço aos meus irmãos, Adriana Quites Arantes e José Carlos Arantes, por me apoiarem em todos os momentos de minha vida.

Aos meus avós Carlos José Quites e Nadime Salim Quites, que abriram as portas de sua casa para que a netinha deles pudesse aprimorar seus estudos, sempre com o carinho e amor de vovó e vovô.

À minha tia Patrícia e tio Paulo, pela acolhida em sua casa, por possibilitar que o distanciamento de casa fosse deixado para trás, me confortando com delícias culinárias, abraços e carinhos.

À minha prima Marina Quites, quase uma irmã, que também me acolheu ao longo desses dois anos com muito amor, e a quem só posso desejar uma vida de prosperidade, paz e amor!

À família Sabbag por esses sete anos de convívio, entre alegrias, tristezas e superações. Obrigada por sempre torcerem pelo meu sucesso!

Ao Paulo, esposo da Profa Zezé, assim como seus filhos e também a Adriana e Bia, pela calorosa acolhida, sempre com muito carinho.

Gostaria de agradecer a todas as enfermeiras e trabalhadores de saúde que participaram desta pesquisa e que oportunizaram a sua realização. Obrigada pela acolhida.

Agradeço aos funcionários da EERP, à Secretaria da Pós-Graduação, ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, ao Serviço de Criação e Produção Multimídia, estendendo os meus sinceros agradecimentos a todos que permitem que esta instituição seja reconhecida por sua excelência na qualidade de ensino.

Ao Programa de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado, possibilitando a realização desta pesquisa.

À Profa. Dra. Silvia Matumoto e Silvana Martins Mishima pela acolhida em suas salas, pelo aprendizado ofertado e pela oportunidade de conviver com vocês.

À Profa. Dra. Maria do Carmo, que tive o imenso prazer de conhecer, conviver, trocar receitas e aprender que devemos persistir em nossos sonhos, por mais difíceis que eles possam parecer.

À Profa. Dra. Mara Quaglio Chirelli e Kátia Rezende por permitirem a construção do meu conhecimento durante a minha graduação em Enfermagem e pela amizade conquistada ao longo dos quatro anos de convívio.

EPÍGRAFE

*Há momentos na vida em que sentimos tanto a falta
de alguém que o que mais queremos é
tirar esta pessoa de nossos sonhos e abraçá-la...
Sonhe com aquilo que você quiser...
Seja o que você quer ser...
Porque você possui apenas uma vida...
E nela só temos uma chance de fazer aquilo que
queremos.
Tenha felicidade bastante para fazê-la doce,
dificuldades para fazê-la forte, tristeza para fazê-la
humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.
As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas,
elas sabem fazer o melhor das oportunidades que
aparecem em seus caminhos.
A felicidade aparece para aqueles que choram...
Para aqueles que buscam e tentam sempre...
E para aqueles que reconhecem a importância das
pessoas que passam por suas vidas.
O futuro mais brilhante é baseado num passado
intensamente vivido.
Você só terá sucesso na vida quando perdoar os erros
e as decepções do passado.
A vida é curta, mas as emoções que podemos deixar
duram uma eternidade...*

Clarice Lispector

RESUMO

ARANTES, Mariana Quites. **O cuidado em saúde:** um enfoque sob necessidades de saúde na ótica de enfermeiros (as) na estratégia de saúde da família. 2012. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A temática deste estudo trata da prática de enfermagem de trabalhadores de nível superior que atuam em serviços da rede de Atenção Básica à Saúde, em especial, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foi desenvolvido com o objetivo de analisar como os enfermeiros identificam e intervêm nas necessidades de saúde, apresentadas pelos usuários que demandam os serviços de saúde de três Unidades de Saúde da Família, localizadas no município de Marília, São Paulo, além de conhecer as dificuldades e facilidades dos enfermeiros, ao desenvolverem a prática de enfermagem, na perspectiva da produção do cuidado em saúde. Constitui-se em um estudo de natureza descritiva e de abordagem qualitativa. Na coleta de dados, optamos pela observação livre e entrevista semiestruturada. A observação livre se deu durante os atendimentos agendados e eventuais, ocorridos na unidade e também na visita domiciliária. Participaram deste estudo três enfermeiras pertencentes à ESF da zona norte do município citado. Para a análise dos dados obtidos, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temático. No decorrer da análise, foi possível apreender uma unidade temática relacionada às identificações e intervenções realizadas pelas enfermeiras, sujeitos desta pesquisa, e duas subunidades: eventos episódicos e problemas anteriores e eventos episódicos e problemas atuais. Os resultados da pesquisa apontaram o predomínio da identificação de necessidades de saúde como sinônimo de queixas, e nas intervenções prevaleceu a fundamentação no conhecimento biológico. Quanto às facilidades apontadas pelas enfermeiras observadas, observaram-se o vínculo e a autonomia em relação a alguns procedimentos, já as dificuldades destacadas foram a falta de recursos humanos, a não adesão dos usuários em relação às atividades coletivas, dentre outras. Dessa forma, concluímos que são necessários investimentos na formação e na qualificação dos enfermeiros para modificarem a prática em saúde, hoje focada na doença, para uma prática fundamentada em um conceito ampliado do processo saúde-doença, para que a satisfação das necessidades, anseios e dúvidas dos usuários passem a se constituir em foco de atenção da prática dos enfermeiros. Consideramos necessário utilizar a Educação Permanente no cenário do trabalho em saúde na atenção básica e assim possibilitar uma escuta qualificada dos trabalhadores, em especial, dos enfermeiros que atuam nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Determinação de necessidades de cuidados em saúde. Demandas de serviços de saúde. Enfermagem em saúde pública.

ABSTRACT

ARANTES, Mariana Quites. **Health care**: a focus on health needs in the perspective of nurses in the family health strategy. 2012. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

This study deals with the practice of graduated nursing professionals who work in services of Primary Health Care Network, especially in the Family Health Strategy (FHS). It aims to analyze how nurses identify and intervene in health needs presented by the users who demand the health services of three Family Health Units, located in the city of Marília, state of São Paulo, besides to understand the difficulties and facilities of nurses to develop nursing practice, in view of the production of health care. It consists of a descriptive and qualitative study. For data collection, free observation and semi-structured interview were used. The free observation was during the scheduled and possible attendances occurred in the unit and also at the home visit. Participants were three nurses from the FHS in the north zone of the city. For data analysis, the Thematic Content Analysis was used. During the analysis it was possible to identify a thematic unit related to the identification and interventions performed by nurses, who were subjects of this research, and two subunits: episodic events and previous problems and episodic events and current problems. The results showed predominance of the identification of health needs as a synonym of complaints, and in the interventions, the reasoning in biological knowledge prevailed. Regarding the facilities mentioned by the nurses are the bond and autonomy for some procedures, and the difficulties highlighted were the lack of human resources, non-compliance of users in relation to collective activities, among others. Thus it is concluded that investments are needed in training and qualification of nurses to change their practice in health, nowadays focused on the disease, for a practice based on an expanded concept of health-disease process, so that the satisfaction of needs, desires and doubts of the users becomes the focus of nursing care. It is necessary to use the Continuing Education in the setting of health work in primary care and thus provide a qualified listening of workers, especially nurses, who work in health services.

Keywords: Primary health care. Determination of health care needs. Demands for health services. Public health nursing.

RESUMEN

ARANTES, Mariana Quites. **Atención en salud**: un enfoque en las necesidades de salud en la perspectiva de los enfermeros en la estrategia de salud de la familia. 2012. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Este estudio se refiere a la práctica de enfermería de los trabajadores de nivel superior que trabajan en servicios de la Red de Atención Primaria de Salud, especialmente en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). El objetivo fue analizar cómo los enfermeros identifican e intervienen en las necesidades de salud presentadas por los usuarios que demandan los servicios de salud en tres Unidades de Salud de la Familia, ubicadas en la ciudad de Marília, estado de São Paulo, además de conocer las dificultades y facilidades de los enfermeros al desarrollaren la práctica de enfermería, en la perspectiva de la producción de atención en salud. Se trata de un estudio de carácter descriptivo y cualitativo. Para la recolección de datos, se optó por la observación libre y entrevista semi-estructurada. La observación libre fue durante los atendimientos programados y eventuales ocurridos en la unidad y también en la visita domiciliar. Los participantes fueron tres enfermeras pertenecientes a la FHS en la zona norte del municipio. Para el análisis de los datos se utilizó el Análisis de Contenido Temático. Durante el análisis se pudo identificar una unidad temática relacionada con identificaciones e intervenciones realizadas por las enfermeras que fueron sujetos en esta investigación, y dos subunidades: eventos episódicos y problemas anteriores y eventos episódicos y problemas actuales. Los resultados del estudio mostraron predominio de la identificación de las necesidades de salud como sinónimo de las quejas, y en las intervenciones prevaleció la fundamentación en el conocimiento biológico. En relación a las facilidades mencionadas por las enfermeras son el vínculo y la autonomía en algunos de los procedimientos, y las dificultades destacadas fueron la falta de recursos humanos, la non-adhesión de los usuarios en relación a las actividades colectivas, entre otros. Así, se concluye que son necesarios investimentos en la formación y cualificación de los enfermeros para cambiaren la práctica en salud, ahora centrada en la enfermedad, para una práctica basada en una concepción ampliada del proceso salud-enfermedad para que la satisfacción de las necesidades, deseos y dudas de los usuarios se constituyan el foco de la atención de la práctica de los enfermeros. Es necesario el uso de la Educación Continua en el escenario de trabajo en salud en la atención primaria y por lo tanto posibilitar una escucha cualificada de los trabajadores, especialmente enfermeros, que trabajan en servicios de salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Determinación de necesidades de cuidados en salud. Demandas de servicios de salud. Enfermería en salud pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Unidades de Saúde – Marília.....	37
Figura 2 - Representação das Unidades Temáticas e Subunidades Temáticas apreendidas, durante a análise dos dados coletados.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Serviços Ofertados pela Enfermeira A.....	46
Quadro 2 - Serviços Ofertados pela Enfermeira B.....	51
Quadro 3 - Serviços Ofertados pela Enfermeira C.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Produção da Enfermeira A no período de janeiro a dezembro de 2010.....	48
Tabela 2 - Produção da Enfermeira B no período de janeiro a dezembro de 2010.....	53
Tabela 3 - Produção da Enfermeira C no período de janeiro a dezembro de 2010.....	57
Tabela 4 - Total do número de observações realizadas durante o atendimento prestado por enfermeiras aos usuários atendidos por cada uma das respectivas enfermeiras, em três Unidades da Saúde da Família, e o número de observações incluídas na análise.....	61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO – APROXIMAÇÃO COM O PROBLEMA.....	15
2 JUSTIFICATIVA.....	24
3 OBJETIVOS.....	26
3.1 Objetivo Geral.....	27
3.2 Objetivos Específicos.....	27
4 QUADRO TEÓRICO.....	28
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	34
5.1 Natureza da Pesquisa.....	35
5.2 Campo da Pesquisa.....	36
5.3 Cenário: Unidades de Estratégia da Saúde da Família da Zona Norte do Município de Marília.....	37
5.4 População do Estudo.....	38
5.5 Técnica da Coleta de Dados: Entrevista Semiestruturada e Observação Livre.....	38
5.6 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	39
6 APROXIMAÇÃO AO CAMPO DE PESQUISA.....	40
7 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES.....	43
7.1 Estratégia da Saúde da Família – Unidade A.....	44
7.2 Estratégia da Saúde da Família – Unidade B.....	49
7.3 Estratégia da Saúde da Família – Unidade C.....	53
8 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	59
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES.....	113

1 INTRODUÇÃO – APROXIMAÇÃO COM O PROBLEMA

Esta pesquisa enquadra-se no campo de estudos da saúde coletiva, compõe o quadro de projetos do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (NUPESCO)¹ e tem como temática a prática do enfermeiro, na área da Atenção Básica (AB), em especial na Estratégia da Saúde da Família (ESF), com enfoque na produção do cuidado e na perspectiva das necessidades dos usuários.

Tomamos como premissa a prática de enfermagem enquanto prática social, e, portanto, está adequada às exigências sociais de uma determinada época e de um determinado espaço social (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Também devemos destacar que as intervenções na saúde coletiva envolvem as relações entre os sujeitos e o meio no qual estão inseridos, oportunizando uma (re) visão do coletivo para além de uma aglomeração de indivíduos homogêneos, sendo o enfoque das ações não apenas o biológico, mas incorporando os corpos sociais no processo saúde-doença (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Vale ressaltar que a história da organização dos serviços de saúde no Brasil teve, desde o início do século passado, o estabelecimento de diretrizes que conformaram a dicotomia das ações curativas *versus* preventivas, e, também, a de direitos entre trabalhadores e os não assegurados por registros trabalhistas.

Os interesses econômicos reforçaram essa lógica dicotômica e excludente, favorecendo a conformação de um modelo de atenção pautado na atenção médica individual e curativa, fundamentado no saber essencialmente biologicista, centrado em procedimentos técnicos e tratamentos medicamentosos, privilegiando a assistência hospitalar e especializada, caracterizada por um custo elevado. As ações de prevenção de agravos e promoção da saúde eram desprestigiadas, sendo o financiamento restrito e ínfimo para essas ações e revelando que essa não era uma diretriz política que prevalecia nas políticas de Estado, em especial a da saúde.

Na década de 1970, ocorreu a crise mundial do capitalismo, gerando menor arrecadação fiscal dos países e reduzindo o financiamento na área da saúde

¹ Para mais informações sobre o NUPESCO, consultar o site: <http://www2.eerp.usp/site/grupos/nupesco>

daqueles em desenvolvimento, como era o caso do Brasil. Os serviços de saúde mantinham uma organização em que os custos eram muito elevados e de baixa resolubilidade, sendo assim mudanças tornavam-se urgentes (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 1999).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convoca a Conferência de Alma Ata, realizada no Cazaquistão em 1978, com o objetivo de minimizar os custos e assegurar acesso à saúde para todos, independentemente de seu *status* social (PEREIRA, 2008). “Afirma-se ser inaceitável a chocante desigualdade no estado de saúde das populações, principalmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, como também na internalidade destes.” (PEREIRA, 2008, p. 47).

Desse encontro se constitui a Declaração de Alma Ata que promoveu a definição de diretrizes que orientassem as práticas em saúde, de forma a promover ações de promoção à saúde, prevenção da doença, reabilitação e tratamento, e ainda introduz o conceito de saúde como um direito fundamental e que a responsabilidade quanto ao setor deve ser intersetorialmente compartilhada, em especial com a área econômica e social.

Ressalta-se a importância do modelo econômico se pautar pela luta contra as iniquidades presentes entre os povos. As ações de promoção e proteção à saúde dos povos seriam essenciais para que se alcançar o desenvolvimento da economia e da sociedade a fim de se chegar a uma melhora na qualidade de vida (PEREIRA, 2008).

A Declaração de Alma Ata, então, propõe a meta de “saúde para todos no ano 2000”, a qual representava que toda a população mundial tivesse um nível de saúde que assegurasse uma vida economicamente produtiva e que o instrumento mais importante para alcançar essa meta seriam os cuidados primários à saúde, já que estes estão relacionados com as condições sociais, econômicas, culturais e políticas dos países (PEREIRA, 2008).

Mediante isso recomendaram que os países devessem se pautar em “resultados relevantes de pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 1978, p. 2).

O reconhecimento das diferenças existentes entre os países fossem elas de ordem econômica ou social possibilitou apontar que a Atenção Primária à Saúde-APS precisa se organizar partindo dos principais problemas de saúde de cada

nação, determinando também as ações mínimas possíveis para pôr em prática a APS (PEREIRA, 2008).

Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1978, p. 2).

Nesse processo, é importante envolver vários setores (habitação, indústria, dentre outros) nos cuidados primários à saúde (PEREIRA, 2008).

A Declaração de Alma Ata expõe que, nos cuidados primários à saúde a participação dos indivíduos deve ser incorporada no planejamento, execução, acompanhamento e controle da organização dos serviços de saúde, oportunizando a autonomia dos indivíduos.

Os cuidados primários à saúde requerem sistemas de referência e contra referência, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, priorizando os indivíduos e comunidades mais necessitados. Outro destaque que registram nesta declaração diz respeito à execução dos cuidados primários à saúde, afirmando que estes ao serem adotados, precisam-se levar em consideração os níveis locais e de encaminhamento aos atendimentos necessários, assinalando que os trabalhadores deste setor e os praticantes tradicionais (conforme necessidade) precisam ser preparados social e tecnicamente, visando responder as necessidades expressas de saúde da comunidade (PEREIRA, 2008, p. 48).

Salienta que os governos precisam traçar estratégias, políticas e outras ações para sustentar os cuidados primários de saúde integrando outros setores. A vontade política também deve ser destacada para que ocorra efetividade nesses cuidados primários (OMS, 1978).

Devemos considerar a necessidade de cooperação entre as nações para implantação desses cuidados.

A Declaração de Alma Ata é finalizada com a recomendação do uso racional dos recursos mundiais, a fim de alcançar um nível de saúde aceitável para todos os povos até o ano 2000 (PEREIRA, 2008).

No Brasil, nesse mesmo momento histórico, surgem as iniciativas de organização de serviços de saúde de atenção primária, com a aplicação de tecnologias de baixo custo e tendo como alvo as pessoas e as regiões mais pobres,

exigindo o mínimo de capacitação profissional para a prestação de serviço e não tendo serviços de referência para dar continuidade à atenção. Dessa maneira, o sistema de saúde vigente não era integrado e ainda contava com uma alta demanda e baixo nível de resolução, configurando a baixa eficácia dos serviços da rede de Atenção Básica à Saúde (ABS) e reforçando as características do modelo hegemônico, ou seja, tendo o hospital como local privilegiado de atenção à saúde (PEREIRA, 2008).

Já em meados dos anos de 1980, o país enfrentou, além da crise política, também os reflexos da crise econômica mundial no processo econômico interno, afetando diretamente o sistema previdenciário, responsável pelo financiamento da assistência médica. Essa crise explicitou a fragilidade e a precariedade da assistência à saúde prestada na época, com enfoque na atenção médica individual e curativista.

Devemos destacar que a política de saúde vigente em cada época representa o momento histórico no qual ela foi estabelecida, assim como reproduz as condições socio-econômicas predominantes, os progressos na área científica e a inclinação das classes sociais, cidadãos e grupos de se organizarem e influenciarem nas definições políticas, demonstrando-se um jogo de poderes (SILVA et al., 2001).

Dessa forma, essa situação de instabilidade mediante a crise mundial, acrescida da pressão de grupos organizados da sociedade² que, desde a década de 1970, mobilizavam esforços e articulações para a implantação da Reforma Sanitária Brasileira foi coroada no VIII Conselho Nacional de Saúde (CNS), com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi incorporado à Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988).

A criação do SUS possibilitou o estabelecimento de diretrizes políticas para a construção de novos modelos de organização de serviços de saúde que incorporaram princípios como a universalidade, integralidade, equidade, controle social e diretrizes operacionais da descentralização, regionalização e da hierarquização (PEREIRA, 2008).

Diante desse novo cenário, a enfermagem, enquanto uma construção histórica, também teve reflexos dessas novas diretrizes em sua prática, ampliando a sua inserção nos serviços de rede básica.

² Grupos organizados : Cebes – Abrasco

No entanto, a prática de enfermagem ainda continuou marcada pela fragmentação, com ênfase na ação técnica, em atos individuais e centrados na complementação da consulta médica, caracterizando-se como auxiliares ao trabalho médico. Ainda nesse período, as ações dos enfermeiros na atenção básica eram marcadas pelo predomínio de práticas gerenciais (ALMEIDA; ROCHA, 1997; PEREIRA et al., 1997).

A prática de enfermagem no Brasil se pautou pela teoria de Wanda de Aguiar Horta, a qual tem sido referência para a formação de enfermeiros e que se baseia nas necessidades humanas básicas, em que o processo saúde-doença origina-se pelo desequilíbrio/equilíbrio das situações que o indivíduo, família e comunidade convivem com o meio que os cerca, e ainda exige do enfermeiro sua assistência profissional, sendo as necessidades consideradas universais, comum a todos, diferenciando-se apenas de sua manifestação e do modo de satisfazê-las, avaliando o ser humano de modo superficial (MANDU; ALMEIDA, 1999).

No entanto, as necessidades devem considerar os aspectos sociais e culturais que envolvem o indivíduo, assim, a visão de Horta nega a relação existente entre saúde e aspectos socioculturais e políticos, não podendo as necessidades de saúde se restringirem a um conceito universal, na qual devem ser avaliados os processos físico-sociais que as envolvem.

Nesse processo de implantação dos preceitos do SUS, muitos avanços foram conquistados. Entre os obstáculos que ainda temos a enfrentar destacamos: a continuidade da fragmentação, a supervalorização das tecnologias de maior densidade tecnológica, privilegiando o espaço hospitalar, bem como, a “organização” do sistema como um conjunto de recursos de atenção à saúde que atuam isoladamente, não se articulando e não se responsabilizando pela continuidade da atenção (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Reconhecendo a necessidade de mudar essa forma de produzir saúde no processo de implementação do SUS, várias experiências foram engendradas com o compromisso de reverter o modelo de atenção (MERHY; ONOCKO, 2002).

O Ministério da Saúde (MS), em 1994, lança o Programa de Saúde da Família (PSF)³ e mais recentemente define essa estratégia para contribuir com a reorientação do modelo assistencial a partir da ABS, tomando os princípios do SUS

³ O PSF foi renomeado como Estratégia da Saúde da Família (ESF)

como base da construção de uma nova dinâmica de atuação nas equipes de saúde. Essa diretriz política foi fortalecida pela publicação da Portaria 648/2006 que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definindo a ABS como eixo estruturante do SUS e incorporando uma concepção do processo saúde-doença ampliada que considera a complexidade das determinações sociais nesse processo (BRASIL, 1998, 2006).

Dessa forma, essa portaria explicita que para promover a mudança do modelo de atenção, faz-se necessário ter a prática da ABS alicerçada pela: integralidade da atenção, valorização da singularidade e complexidade do sujeito, de sua inserção sociocultural, visando à promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos, bem como à redução de sofrimentos de forma indissociável na busca de produzir um modo mais saudável de vida (BRASIL, 2006).

Lembramos, também, que a mudança do modelo de saúde deve ter também como perspectiva superar as iniquidades no acesso, advindas da desarticulação “entre a oferta dos serviços e as demandas trazidas pela população, calcada na dificuldade em se realizar melhor escuta das necessidades de saúde pelos profissionais.” (PIRES et al., 2010, p. 1011).

Para isso também é necessária a compreensão acerca do conceito de oferta que representa a disponibilidade dos serviços de saúde, e nesse sentido Pires et al. (2010, p. 1011) nos apresentam o conceito de oferta:

[...] por meio da articulação contextual entre rede física e uso adequado de equipamentos, profissionais e tecnologias para atender às demandas da população [...]. Já a demanda dos usuários em relação ao SUS deve ser entendida como a busca por “determinados tipos de serviços e/ou profissionais para resolução dos problemas de saúde.

Ainda afirmam que a dissonância entre as razões que levam as pessoas a buscar os serviços e a capacidade dos profissionais em escutá-las adequadamente constitui aspecto central para a gestão dos sistemas de saúde e acrescentam:

A desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas trazidas pela população, calcada na dificuldade em se realizar melhor escuta das necessidades de saúde pelos profissionais, repercute em iniquidades no acesso e em ineficiência do sistema de saúde (PIRES et al., 2010, p. 1011).

A identificação da demanda da população pressupõe a capacidade de escutar e nesse sentido no processo da escuta pode-se produzir surdez e mesmo

ruídos dissonantes entre o que se fala e o que se entende entre trabalhadores de saúde e usuários. Essa situação se configura em mais uma dificuldade de acesso para promover a intervenção mais efetiva frente à necessidade do usuário.

Pitta (1996, p. 40) diferencia **ouvir** de **escutar**, ressaltando que para escutar “não basta ouvir, não basta dispor da integridade anátomo-fisiológica do aparelho auditivo. É necessário o ato psicológico de escutar”, e, portanto, ao escutar outros saberes além daquele estruturado, esses saberes passam a ser incorporados à assistência, possibilitando “estabelecer um campo de trocas que torne efetivo, eqüitativo e, neste sentido resolutivo, os infinitos caminhos que intermediam a necessidade de ajuda e a ajuda em si.” (PITTA, 1996, p. 40).

A escuta ampliada ou qualificada pode ser também um recurso utilizado pelos serviços para que se estructurem ofertas mais condizentes com as necessidades que contribuam para evitar demandas geradas pela oferta indiscriminada de serviços.

Nessa perspectiva a Política da Atenção Básica utiliza práticas gerenciais e democráticas por meio do trabalho em equipe cujo enfoque é a resolução de problemas de saúde de maior impacto nos indicadores de morbidade dentro de seu território adscrito, portanto a escuta também se faz necessária como um instrumento da gestão e, portanto o trabalhador e o usuário precisam estar sendo inseridos nos espaços de planejamento e decisões de formulação e organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006). As mudanças na prática da atenção comprometida com os atributos do SUS exigem, constantemente, a reflexão da prática tanto da atenção quanto da gerência, dos trabalhadores presentes nos serviços de saúde, em especial a prática do enfermeiro, foco deste estudo.

Assim a prática de enfermagem, tendo como alvo o trabalho do enfermeiro também passa a ser objeto de estudiosos da área de enfermagem (CEZAR-VAZ et al., 2003; ERMEL; FRACOLLI, 2006; FRIEDRICH; SENA, 2002; LUCENA et al., 2006; MATUMOTO et al., 2011; PEDUZZI, 2000; REIS et al., 2007; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007; SANTOS et al., 2008; SHIMIZU; ROSALES, 2009). A contribuição desses estudiosos possibilitou identificar que a prática do enfermeiro na ABS ainda é demarcada por procedimentos, com enfoque na doença e numa concepção fundamentada, predominantemente, no conhecimento biológico. Dessa forma, o modelo biológico ainda persiste como o norteador da produção de saúde do enfermeiro.

Apesar da predominância da prática de enfermagem conformar-se com o modelo referido, os autores acima citados identificaram que enfermeiros vêm realizando consultas de enfermagem, educação em saúde, sendo assinalado o estabelecimento do vínculo e da escuta (FRIEDRICH; SENA, 2002).

Portanto concluímos que a prática dos trabalhadores de saúde centrada no cuidado ainda é um desafio enfrentado por gestores, formadores e profissionais comprometidos com os preceitos do SUS.

Para a identificação de uma prática de saúde revestida dos atributos destacados na PNAB, pressupõe-se a necessidade de uma (re) visão e reflexão acerca do conceito de necessidades de saúde.

Esse desafio nos remete ao interesse sobre o conceito de necessidades em que os trabalhadores da equipe da ESF e, particularmente, os enfermeiros vêm se pautando na produção de saúde nos serviços da ESF.

Diante desse contexto, temos nos perguntado: O que o enfermeiro da ESF considera ser necessidade de saúde ao atender aos usuários nos serviços de ABS? Que recursos utilizam para identificar e intervir nas necessidades, tendo em vista a produção do cuidado em saúde? Quais as facilidades e dificuldades que identificam para produzir esse cuidado?

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

A vivência em cenários de prática profissional, no curso de graduação em enfermagem, alinhada às reflexões realizadas no processo de ensino-aprendizagem e nas produções da temática sobre a prática do enfermeiro, mais especificamente na atenção básica, promoveu questionamentos quanto à identificação das necessidades dos usuários que procuravam os serviços da rede de atenção básica. Podemos afirmar que, em sua maioria, o processo de identificação se dava a partir das queixas explicitamente verbalizadas, sem considerar outras dimensões que possam ser pertinentes àquela queixa relatada pelo sujeito. Mesmo que os usuários apresentem em seus relatos aspectos que possam ser comuns, no entanto, estes podem portar especificidades e subjetividades e assim requerer escuta e abordagem mais ampliada, para que assim outros aspectos possam ser desvendados.

Além da focalização nas queixas relatadas, também identificamos que os (as) enfermeiros (as) se fundamentavam predominantemente no referencial biologicista.

Passados 20 anos de criação do SUS e 16 anos de implantação da Estratégia de Saúde da Família para substituir o modelo de atenção em saúde orientado para a cura de doenças com visão biologistar do processo saúde-doença, temos nos perguntado como os trabalhadores reconhecem as necessidades de saúde dos usuários que demandam os serviços da ESF, uma vez que consideramos que a produção de atenção tem no conceito de necessidades de saúde um dos alicerces para a produção em saúde.

Partindo da premissa de que a produção de saúde é demarcada por determinantes de natureza social, econômica, cultural e política também conformam a prática dos trabalhadores da saúde, esta vem se constituindo em objeto de estudo de pesquisadores da área de saúde. Nessa direção este estudo, se propõe a dar ênfase à prática do enfermeiro que atua na ESF. Ressaltamos que os limites do tempo acadêmico, não nos permitem ampliar nosso recorte para os demais trabalhadores da equipe.

A relevância desta pesquisa se dará na medida em que se possa ter maior compreensão sobre as necessidades de saúde na perspectiva da produção de cuidado, em especial, na enfermagem que atua na ESF. Diante dessas inquietações, estabelecemos os objetivos deste estudo.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Considerando que o processo de atenção em saúde é realizado pela ESF, neste estudo daremos ênfase ao trabalho dos enfermeiros, e neste sentido temos como objetivo geral:

Analisar como os enfermeiros identificam e intervêm nas necessidades de saúde dos usuários que demandam a ESF, na perspectiva de produção do cuidado.

3.2 Objetivos Específicos

Analisar as propostas de cuidado ou intervenção frente às necessidades identificadas pelos enfermeiros.

Conhecer as dificuldades e facilidades dos enfermeiros ao desenvolver a prática de enfermagem na perspectiva da produção do cuidado em saúde.

QUADRO TEÓRICO

4 QUADRO TEÓRICO

O conceito de cuidado aqui apresentado deve ser entendido como uma ação integral que compreende a saúde como um direito do indivíduo, o qual deve ser acolhido, respeitado e atendido em suas necessidades. Ressaltando, ainda, que uma ação integral é vista como a interação de pessoas, no caso, a equipe e seus usuários, que produz efeitos nos agentes envolvidos e é expressa por meio de práticas qualificadas, respeitadas e de responsabilização (LUZ, 2004).

Boff (1999) reflete que o cuidado é parte integrante do ser humano e que se faz por meio do respeito, da preocupação e da atitude de responsabilidade para com o próximo.

Ao realizarmos o cuidado, devemos compreender que este provém de práticas, cujos objetivos são contribuir para que o indivíduo permaneça saudável ou enfrente situações relacionadas ao adoecimento, assim, o cuidar é resultante da interação de ambas as práticas (CAMARGO, 2004).

Além desse enfoque, é importante ressaltar que o cuidado, visto como uma prática em saúde, diante da perspectiva da integralidade, necessita abordar o indivíduo na complexidade de suas dimensões psicológica, biológica, social, cultural e ética. Comprometidas com essa direção as práticas de promoção à saúde, de prevenção a agravos, de tratamento, de reabilitação e proteção, precisam ser incorporadas numa visão ampliada do processo saúde-doença e de forma indissociável (AYRES, 2004).

Dessa forma, a prática da enfermagem que se pautar pela integralidade do cuidado e da produção da saúde necessita ampliar o olhar ao sujeito para além da dimensão biológica, possibilitando, assim, satisfazer as necessidades do indivíduo e respeitar suas particularidades.

O agir em saúde traz uma nova perspectiva que visa a produzir a autonomia do usuário, reconhecendo a saúde como um direito inerente ao cidadão e compreendendo o espaço social no qual está inserido este indivíduo, bem como, possibilita a formação de vínculo entre este e a equipe. Dessa maneira, favorecendo uma intervenção mais humanizada e integral ao indivíduo (PEREIRA, 2008).

O cuidado, quando focado no sujeito e nas suas necessidades, assegura a corresponsabilização entre os profissionais envolvidos nesta prática e permite uma troca de relações que não somente se fundamentam em saberes médicos. Também

devemos considerar que esse movimento ainda caminha lentamente no cenário da prática do cuidado em saúde, no entanto, tem oportunizado uma ampliação dos significados que envolvem o processo saúde-doença-cuidado (FAVORETO, 2004).

Portanto, para alcançarmos a integralidade do cuidado, precisamos compreender que o meio no qual o indivíduo vive, sua família, seu trabalho, suas crenças religiosas e culturais influenciam de forma direta ou indireta e que a incorporação de novas práticas e novos saberes torna-se indispensável para atender às especificidades de cada indivíduo (CUNHA, 2004).

Tendo o compromisso com a produção de cuidado, consideramos fundamental se apropriar do conceito de necessidades de forma abrangente e que leve em conta a complexidade do ser humano.

Pineault (1987 apud STOTZ, 1991) ressalta a dificuldade de conceituar necessidades de saúde e assinala que a literatura não estabelece diferença entre necessidade e problema, inclusive traz os termos deficiência, perturbação, estado de enfermidade, sem fazer distinção. Dessa forma, para Pineault (1987 apud STOTZ, 1991) esses termos têm correspondência com problemas de saúde não com necessidades. Nessa perspectiva, nos apoiamos no conceito de necessidades de saúde, construídas social e historicamente, e que salientam a especificidade dos indivíduos (STOTZ, 1991).

Para Stotz (1991), a necessidade de saúde é compreendida como a tradução de problemas nos termos operacionais: “problema corresponde a um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, médico ou coletividade; Necessidade expressa o desvio ou a diferença entre o estado ótimo, definido de modo normativo e o estado atual e real.” (STOTZ, 1991, p. 59).

Stotz (1991) alerta que as necessidades sendo apreendidas com expressões de sujeitos individuais e coletivos, portanto numa abordagem ampla, não se reduzem aos aspectos fisiopatológicos, a um “corpo disfuncional ou inadaptado”, deixando de ser falta de algo. Nessa perspectiva, relata que a necessidade de saúde enquanto necessidade social identifica as condições sociais, “como expressão histórica de movimentos que assumem como iníquas certas condições sociais.” (STOTZ, 1991, p. 451), se reveste de potencialidades, as quais motivam e mobilizam as pessoas em busca de melhorias. Sintetizando o autor conceitua as necessidades de saúde como resultantes de um processo histórico que supera os limites impostos pelo Estado à ação social dos indivíduos.

A conceituação do termo necessidades de saúde precisa ser representada como um modelo de estruturação dos planejamentos das ações na atenção primária. Ainda considerando esse aspecto, a autora enfatiza o valor da escuta como uma ferramenta do relacionamento entre a equipe de saúde e os usuários do serviço e vê no cuidado um modo de agir em saúde que visa a atender às necessidades apresentadas por estes indivíduos (MARIN et al., 2007).

Cecílio (2001) também estudioso da temática de necessidades de saúde, a partir das contribuições de Stotz (1991), nos oferta uma taxonomia sobre o tema e que poderia ser organizada em quatro grandes blocos: necessidades de boas condições de vida; garantia de acesso a todas as tecnologias; necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde e necessidade de autonomia e autocuidado, na escolha do “modo de andar a vida”, na construção do sujeito.

Boas condições de vida para Cecílio (2001) implicam que a maneira como um sujeito vive se traduz em diferentes necessidades.

Ainda o autor revela que as necessidades de saúde, quando tomadas como centro de suas ações, tendem a favorecer a relação entre os profissionais e os usuários, assegurando uma melhor escuta e a construção do vínculo entre eles. Mas, o desafio para manter essa prática estaria justamente no conceito que tais profissionais detêm do termo necessidades de saúde. Um resultado positivo para esta realidade seria:

[...] fazer uma conceituação de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde nos seus cotidianos. Algo que nos permitisse fazer uma mediação entre a incontornável complexidade do conceito (necessidades de saúde) e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada (CECÍLIO, 2001, p. 114).

As necessidades de saúde englobam as dimensões políticas da vida (MANDU; ALMEIDA, 1999).

A expressão “reais necessidades de saúde” é algo rotineiramente dito entre os estudiosos da área da saúde, mas deve ser entendida como uma armadilha, pois somente nos referimos a algo “real”, no sentido de verdadeiro, quando partimos do pressuposto de que temos o conhecimento suficiente para distinguir o real do imaginário (OLIVEIRA, 2007).

Outro aspecto importante a ser salientado é que, na ABS, o profissional que ali atua deve ter uma opinião crítica frente a suas intervenções, postura que permite a busca por novas tecnologias para a aplicação do cuidado (CUNHA, 2004).

Todo o trabalho em saúde se orienta em necessidades sociais, portanto diferentes formas de viver originam diferentes necessidades, mas as necessidades de saúde na sociedade capitalista divergem dos valores de consumo que envolvem o cuidado, assim, as necessidades se manifestam de acordo com interesses que predominam (MANDU; ALMEIDA, 1999). Na saúde as necessidades são consideradas como se fossem únicas para todos, não considerando as diferenças sociais e culturais que envolvem os indivíduos.

Para o trabalhador de saúde produzir cuidado, considerando a subjetividade dos usuários, ele precisa produzir ações de saúde, não centrada em procedimentos, mas em processos que viabilizem a autonomia do usuário e que alcancem as necessidades de saúde deste.

Considera-se imprescindível ter um olhar além do maquinário empregado no paciente, e recorrer ao uso das tecnologias empregadas na assistência à saúde em três níveis: dura, leve-dura e leve, alertando que a soma dessas três tecnologias não será suficiente para uma assistência adequada, pois se tornará satisfatória se obtivermos como resultado a autonomia do usuário/paciente preservada (MERHY, 1999).

A utilização do termo tecnologia deve ser entendida como a incorporação de saberes essenciais para a produção do cuidado e do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde caracteriza-se pela sua complexidade e pelo encontro de subjetividades (MERHY, 2002).

A tecnologia leve se caracteriza pelas relações estabelecidas no encontro entre profissional e usuário, como a formação do vínculo e o acolhimento.

Já a tecnologia leve-dura é representada pelo conhecimento, saberes aplicados no momento do trabalho em saúde e por fim a tecnologia dura é a utilização de equipamentos para embasar as ações em saúde, como máquinas de Raios-X, ultrassom, dentre outros (MERHY, 2002).

Ainda apoiando-se em Cecílio (2001), o autor alerta que se as necessidades de saúde se tornarem a referência para promover as intervenções e as práticas, e, portanto se houver tecnologia de escuta pelos trabalhadores de saúde para identificá-las, estas podem representar um potente recurso para os

trabalhadores de saúde produzirem o cuidado. Além disso, considera que o cotidiano do trabalho é um local privilegiado para construir essa prática, na perspectiva da integralidade da atenção possibilitando o acesso a ações de saúde e à diversas tecnologias empregadas no cuidado.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Natureza da Pesquisa

Tomamos que a pesquisa se caracteriza por ser uma “atividade básica da ciência”, a qual nos submete à construção do conhecimento, partindo do pressuposto de uma prática, de fatos da vida real que geram questionamentos, sendo a busca por resposta o fator de motivação para o início de uma investigação (MINAYO, 2007a, p. 16).

Com a finalidade de responder aos objetivos formulados nesta pesquisa, optamos por trabalhar com a abordagem qualitativa, compreendida por trabalhar com o “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças e dos valores”, uma realidade que não pode ser mensurada (MINAYO, 2007a, p. 21).

[...] considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e os sujeitos, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números [...]. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave (SILVA; MENEZES, 2001, p. 20).

Também devemos considerar que o “campo da saúde se refere a uma realidade complexa” a qual engloba os aspectos sociais do ser humano, a sua essência, o seu saber, para um olhar além do aspecto biológico e que transita nas relações dos indivíduos com o meio, dimensões profundamente relevantes nas pesquisas de abordagem qualitativa (MINAYO, 1999, p. 13).

Remetendo aos sujeitos da pesquisa, os enfermeiros das ESFs, torna-se imprescindível considerar suas realidades, seus ambientes de trabalho, as relações ali estabelecidas, para que assim possamos alcançar, de maneira satisfatória, os objetivos deste estudo, e a pesquisa qualitativa possibilita abranger esses aspectos (MINAYO, 2007a).

Trata-se de uma pesquisa descritiva, por possibilitar a descrição e o estudo das características dos sujeitos envolvidos, considerando as opiniões, as atitudes, seus saberes e quais as relações que se estabelecem com os problemas levantados, promovendo uma nova visão do problema (GIL, 1999).

5.2 Campo da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Marília, situada no centro-oeste do Estado de São Paulo e a 376 km da capital do Estado. Apresenta uma população estimada de 218.113 habitantes, em uma área de 1.170 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), [200-?]; MARÍLIA, 2008).

O setor saúde apresenta-se dividido em 4 (quatro) regiões: norte, sul, leste e oeste que agregam um conjunto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de ESFs, respeitando suas áreas de abrangência, tanto na zona urbana como rural (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 1999).

Em 2002, diante dos resultados da ESF, a Secretaria Municipal da Saúde de Marília (SMSM) decide pela continuidade da implantação da ESF de forma gradativa, pois esta estratégia oportuniza mudanças no modelo assistencial atual, além de potencializar a efetivação dos princípios do SUS (MARÍLIA, 2008).

Ao término do ano de 2008, a Rede Básica do município era composta por unidades de saúde, Serviços de Apoio e Referência do Município de Marília, que se constituíam por:

- 29 ESFs;
- 12 Unidades Básicas de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)- UBS/Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS);
- 02 Serviços de Pronto-Atendimento (PA), sendo 1 (um) 24 horas; 1 (uma) Policlínica de Especialidades;
- 1 Banco de Leite Humano;
- 1 Equipe do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID);
- 1 Unidade de Prevenção e Educação em Saúde - UPES;
- 1 Núcleo de Vigilância à Saúde – Centro de Vigilância de Moléstias Infeciosas – DST/AIDS;
- 1 Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS II;
- 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU – 192.

As ESFs e UBSs divididas por região são respectivamente: região norte com 11 e 4; região sul, 11 e 3; região leste, 3 e 1 e a região oeste com 4 e 1 (MARÍLIA, 2008; REZENDE, 2007).

Figura 1 – Unidades de Saúde – Marília
Fonte: Marília (2011)

5.3 Cenário: Unidades de Estratégia da Saúde da Família da Zona Norte do Município de Marília

A equipe básica de uma ESF, foco desta pesquisa deve ser composta de 01 médico generalista, 1 enfermeiro, de 1 a 2 auxiliares de enfermagem, de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ainda, a ESF se responsabiliza por uma área limitada a qual deve abranger, no máximo, 4.000 habitantes (BRASIL, 2001, 2006).

A zona norte do município foi escolhida para a realização da pesquisa, por apresentar maior índice populacional, com aproximadamente 32.300 mil pessoas e conta com 11 ESFs e 4 UBSs (REZENDE, 2007).

5.4 População do Estudo

Os sujeitos desta pesquisa serão três enfermeiros das ESFs localizadas na zona norte do município que não têm estudantes, sejam residentes ou de graduação, considerando ser este o único fator diferencial entre as 11 unidades pertencentes à zona norte.

5.5 Técnica da Coleta de Dados: Entrevista Semiestruturada e Observação Livre

A **entrevista semiestruturada** oportuniza construções de informações relacionadas ao objetivo da pesquisa, caracteriza-se por perguntas abertas e fechadas, em que “o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.” (MINAYO, 2007b, p. 64). Também permite que obtenhamos dados por meio da contribuição dos sujeitos da pesquisa, por meio do diálogo entre o entrevistador e o entrevistado, considerando seus valores, suas opiniões e conhecimentos acerca do tema do estudo.

A coleta por meio de entrevista semiestruturada terá um roteiro com questões norteadoras que englobam os objetivos deste estudo (Apêndice A), e será gravada em gravadores digitais. Depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), agendaremos em local e horário indicados por cada uma das enfermeiras participantes.

Consideramos que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido oportuniza aos indivíduos ser pesquisada sua manifestação em relação à anuência na participação da pesquisa (BRASIL, 1996).

Outro recurso para realizar a coleta de dados será a **observação livre**, resultante da atenção dispensada ao usuário que demanda o serviço, podendo ser na unidade ou no domicílio, encontro este entre usuário e profissional.

Esse tipo de observação privilegia necessidades da pesquisa qualitativa, que é a importância do sujeito e de sua prática. Ainda possibilita realizar o desenvolvimento de uma determinada situação, ou fenômeno social, simples ou complexo e reconhecer a sua dimensão singular, seus significados e relações. Também permite reconhecer seus aspectos nas aparências e na sua essência numa perspectiva específica e ampla. Observar não é julgar, interferir ou concluir sobre o

que se vê, ou se percebe, mas é preciso destacar de um conjunto de fatos aquilo que é específico e estar atento para apreender a dinâmica e as relações daquele evento com o contexto. O emprego da observação livre, numa pesquisa qualitativa, deve ter presente dois aspectos, de natureza metodológica, que são muito importantes: amostragem de tempo e as anotações de campo (TRIVIÑOS, 1987).

Para observar de forma sistematizada as ações das enfermeiras da ESF, elegeremos as atividades que envolverem o atendimento onde ela esteja responsável diretamente, ou seja, consulta de enfermagem agendada na Unidade e visita domiciliar. Dessa forma acompanharemos as ações citadas num período de uma semana de jornada típica do trabalho das enfermeiras, assim a observação ocorrerá em uma semana que não terá feriado, ponto facultativo ou outra situação que descaracterize a rotina de trabalho da Unidade. O Apêndice C norteará esta observação.

As anotações de campo serão realizadas imediatamente após a observação livre, bem como, as reflexões emergidas do processo observado e transcritas para o roteiro de observação livre (Apêndice D).

As entrevistas e observações ocorreram no período de maio a agosto de 2011.

5.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Esta pesquisa se baseia nos princípios éticos presentes na Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, a qual considera que a pesquisa envolvendo seres humanos deve respeitá-los, considerar suas significações, autonomies e particularidades (BRASIL 1996).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) em junho de 2010, segundo o protocolo número 274/10 que foi aprovado para a sua realização.

Conforme exigência da SMSM esta pesquisa, por ser realizada nas ESFs, precisou ser analisada pelo Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) para posterior realização do processo investigatório nas respectivas unidades selecionadas.

APROXIMAÇÃO AO CAMPO DE PESQUISA

6 APROXIMAÇÃO AO CAMPO DE PESQUISA

Nos meses de janeiro e fevereiro, tivemos a oportunidade de nos aproximar dos cenários onde será realizada a pesquisa, as três unidades da zona norte eleitas diante dos critérios estabelecidos acima.

Após a apresentação dos critérios de seleção à coordenadora da Atenção Básica da SMSM, foram identificadas as três unidades selecionadas como campo desta pesquisa, sendo estas denominadas de forma a assegurar o sigilo ético: ESF A, ESF B e ESF C. A identificação das respectivas enfermeiras também acompanhou a mesma denominação, ou seja, Enf. A ou enfermeira A corresponde a enfermeira pertencente à Unidade A e a mesma lógica para as duas outras enfermeiras das respectivas Unidade B e Unidade C.

O primeiro contato com as enfermeiras das unidades selecionadas foi por telefone, por meio do qual eu me apresentava, explicava brevemente sobre a temática do projeto, sua aprovação pelo COMAP, sua possível aceitação à pesquisa, sobre o Termo de Consentimento Livre e, posteriormente, solicitava a elas uma data para discutirmos a respeito do projeto, com o objetivo de conhecer as enfermeiras, as unidades e suas respectivas equipes.

Percebi uma boa receptividade das equipes em relação a minha presença, estas esclareciam dúvidas que surgiam em relação aos atendimentos prestados, ao perfil da população da área de abrangência, a organização da unidade, além de se disporem a abrir espaço em suas agendas para me receber.

Vale ressaltar que, no período da observação a categoria profissional médica encontrava-se em greve e que nesta situação o atendimento médico era realizado das 08:00h às 12:00h, ficando restrito às consultas agendadas e que outro tipo de demanda seguia o fluxo de passar pela sala de acolhimento, onde a equipe de enfermagem determinava a conduta.

Já no período da tarde em decorrência da greve a unidade não contava com profissional médico e, portanto, as demandas dos usuários que buscavam a unidade eram acolhidas e encaminhadas pela enfermagem. Somente na unidade A o profissional médico não estava em greve e na unidade B o médico permanecia das 07:00h às 12:00h e atendia a todas as demandas espontâneas.

Quanto ao acolhimento, as unidades seguem a escala de classificação de risco segundo o protocolo da SMSM que é classificada nas seguintes categorias:

- vermelho: o caso necessita de contato imediato com SAMU para o paciente ser levado ao Pronto-Socorro – PS de referência;
- amarelo: o caso necessita de contato com o SAMU para avaliação e encaminhamento adequado para o PA;
- verde: o caso tanto pode ser resolvido na unidade quanto pode ser encaminhado, a depender da decisão da equipe e da disponibilidade do serviço em prestar o atendimento. No caso do paciente ser encaminhado ao PA a unidade básica deve fazer contato com o SAMU para a discussão do mesmo;
- azul: o caso compete somente à USF/UBS e o atendimento deve ser garantido nas unidades básicas por meio de priorização de agendamentos de acordo com a necessidade de saúde do indivíduo (MARÍLIA, 2009).

Outra situação observada foi o quadro incompleto de ACS nas unidades, sendo que algumas contavam apenas com 2 ACSs para quase 3.000 pessoas, que segundo a própria equipe dificulta o acompanhamento e cadastramento da população.

Quanto ao perfil da população, por meio da utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e da ajuda das ACSs identificamos uma predominância do sexo feminino e da população de adulto jovem (faixa etária dos 20 aos 39 anos) em todas as unidades pesquisadas.

Em relação às patologias predominantes, as equipes apresentaram a Hipertensão Arterial (HA) em sua maioria, seguida pelas doenças mentais como depressão, doenças do trato respiratório como asma e Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS) e a Diabetes Mellitus tipo 2.

Participei da reunião de equipe das unidades com o intuito de apresentar o projeto a todos os profissionais, conhecer a equipe, oportunizar maior vínculo com estes e me socializar com os acontecimentos da unidade.

Em continuidade, foi disponibilizada para as unidades uma cópia do projeto de pesquisa afim de todos terem conhecimento acerca da pesquisa, e ainda, me mantive a disposição para solucionar possíveis dúvidas a cerca do projeto.

7 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES

7.1 Estratégia da Saúde da Família – Unidade A

Perfil demográfico

A unidade no momento da observação estava passando por um processo de recadastramento da população pertencente à área de abrangência, mas segundo dados coletados no SIAB (2011) a unidade atende 909 famílias que correspondem a 2914 pessoas, sendo 1448 homens e 1466 mulheres. A faixa etária predominante é dos 20 aos 39 anos com 1111 pessoas, correspondendo a 38,12% da população total.

Somente 509 pessoas possuem plano de saúde privado (SIAB, 2011).

A unidade atende a 13 gestantes e 09 acamados.

Quanto às patologias predominantes temos: 301 portadores de HAS, 99 diabéticos, 13 pacientes portadores de deficiência física, 04 etilistas e 01 paciente portador de hanseníase (SIAB, 2011).

Em relação às condições de moradia da população, 907 famílias residem em casa de tijolo e outras duas vivem em casa de taipa revestida (SIAB, 2011).

O abastecimento de água de 907 famílias é oriundo da rede pública, e outras duas famílias utilizam outras formas de abastecimento não declaradas no SIAB. Já o tratamento de água utilizado por 238 famílias é o método da filtração, 17 realizam a fervura da água, 510 o método da cloração e 144 não realizam nenhum tratamento na água (SIAB, 2011).

O destino do lixo em 909 domicílios é feito por meio da coleta pública. O destino de fezes/urina nas 907 famílias é realizado através do sistema de esgoto e em duas utilizam o sistema de fossa séptica (SIAB, 2011).

Oitocentos e noventa e quatro famílias possuem energia elétrica, já 15 domicílios não constam informações no SIAB (2011).

Aspecto organizacional

Horário de Funcionamento

O horário de funcionamento da unidade é de segunda a sexta das 07:00h às 17:00h.

A reunião de equipe é realizada às quartas-feiras das 14:00h às 17:00h.

A coleta de sangue na unidade acontece às segundas e quintas das 07:00h às 08:00h.

A unidade realiza atividades em grupo com: gestantes, de uma a duas vezes no mês, sendo que a cada encontro vai uma profissional de nível superior; grupo de artesanato acontece quinzenalmente e participa uma ACS, ASB e a ASG; grupo de diabéticos que é realizado por uma ACS e a enfermeira e acontece uma vez por mês na primeira segunda-feira do mês; grupo de qualidade de vida com o NASF Azul, uma vez por mês na quinta-feira, em que participam a enfermeira e esporadicamente a médica; grupo de caminhada às segundas realizado pela educadora física do NASF Azul; grupo de resultados de exames, que acontece de uma a duas vezes no mês, a depender da necessidade, e acontecem às terças à tarde, em que participam a enfermeira e, às vezes, a médica.

Planta física

A unidade possui 1 consultório dentário, 1 consultório médico, 1 sala para a enfermeira, 1 sala para vacina e que também são realizados os acolhimentos, 1 sala para procedimentos (como administração de medicamentos, coleta de sangue), 1 sala que funciona como a recepção, próxima a ela temos a farmácia, 1 espaço em frente à recepção, local este equipado com cadeiras e onde os usuários permanecem até o atendimento, já no piso superior temos a sala de reunião que se divide com a cozinha.

Já em relação à sala de inalação a unidade não possui, e os usuários que precisam realizar a inalação o fazem em um espaço próximo à sala de procedimentos que possui as saídas de oxigênio, ficando em um espaço aberto.

Equipe de saúde

A equipe de saúde é composta por: 4 ACS, 3 AEs, 1 auxiliar de escrita, 1 agente de controle de endemias que se divide entre a referida unidade e outras 2 quando estas necessitam de apoio, 1 ASB, 01ASG, 1 médica, 1 dentista e 1 enfermeira, além da equipe do NASF Azul que participa em eventuais atendimentos.

Serviços ofertados pela Enfermeira

Quadro 1 – Serviços ofertados pela Enfermeira A

Dias da Semana	Manhã	Tarde
Segunda	Consulta de hipertensos e diabéticos;	Visita domiciliária;
Terça	Consulta de pré-natal;	Consulta de puericultura;
Quarta	Consulta de hipertensos, diabéticos, além de outras consultas que sejam necessárias (ex: saúde da mulher, resultados de exames, dentre outras);	Reunião de equipe;
Quinta	Consulta de Puericultura;	Gerência;
Sexta	Especialização na FAMEMA;	Especialização na FAMEMA;

A enfermeira relata que, na quarta de manhã, se ela não tiver pacientes agendados acaba agendando outros pacientes ou até mesmo a coleta de Papanicolaou em gestantes.

Na sexta-feira das 08:00h às 18:00h, a enfermeira e a dentista desta unidade realizam o curso de Especialização em Saúde da Família, na FAMEMA. Esse curso tem como público-alvo os profissionais de saúde que atuam nas equipes de saúde da família do Departamento Regional de Saúde -DRS de Presidente Prudente e Marília (DRS IX e XI), sendo um convênio firmado entre a FAMEMA e MS, oportunizando qualificação a esses profissionais.

O curso tem aproximadamente 18 meses de duração, acontecendo também aos sábados. Vale destacar que a seleção desses profissionais se deu através da indicação dos gestores das Secretarias de Saúde e das DRS envolvidas, que para a SMSM foram disponibilizadas 20 vagas e para a DRS 24 vagas.

Portanto às sextas-feiras nesta unidade, o atendimento aos usuários se dá pelo profissional médico e de nível médio.

A enfermeira refere que quando não tem aula da especialização, ela acaba colocando pacientes para resultados de exame de Papanicolaou na parte da manhã, e à tarde encaixa algum agendamento que foi perdido ou alguma consulta que seja necessária.

Atendimento de demanda espontânea

A unidade abre os portões às 07:00h, das 07:00h às 07:30h os usuários que chegam à unidade são recepcionados por 1 ACS que registra a queixa deste e o nome da rua que residem, concomitantemente, outra ACS faz a busca do prontuário e deixa os prontuários separados.

O acolhimento aos usuários que procuram por atendimento odontológico é feito pela ASB que, em seguida, relata à dentista e esta elege os casos prioritários.

Em seguida, os prontuários são divididos entre 2 AEs, para que estas realizem o acolhimento, enquanto a terceira AE fica na sala de procedimentos, sendo que, no dia da observação, era o dia de coleta de sangue. No acolhimento, os usuários são chamados para dentro da sala para serem atendidos pelas AEs e estes relatam suas queixas/demandas e isso se repete até o fim da demanda. Depois a enfermeira e a médica se reúnem ou no consultório da enfermeira ou da médica, ouvem os relatos das AEs que realizaram o acolhimento e estas elegem os casos que vão ser atendidos pela médica, os que vão para a enfermeira e os que serão encaminhados.

No dia da observação, a rotina de demanda destacada acima foi bem diferente, pois na unidade o profissional médico estava em greve e restringia o atendimento às consultas agendadas no período das 08:00h às 12:00h, as demandas espontâneas eram todas encaminhadas. Devido a isso, todos os pacientes que chegavam para demanda espontânea eram recepcionados pelas ACSs como descrito anteriormente e logo em seguida as 2 AEs realizavam o acolhimento.

Após o acolhimento, as AEs iam até a sala da enfermeira para que esta assinasse a guia de encaminhamento, no entanto, a enfermeira neste momento dava orientação a uma usuária, mesmo assim as AEs batiam à porta e solicitavam que a enfermeira assinasse a guia de encaminhamento, a enfermeira lia brevemente, assinava e o paciente recebia a guia pela AE e era encaminhado para o PA - Santa Antonieta por ser o PA de referência. Já os pacientes que precisavam de alguma orientação passavam pela enfermeira, e as demandas da dentista tinham o seu fluxo normal, exceto às sextas-feiras.

Todos os casos eleitos dos profissionais de nível superior são atendidos das 07:30h às 08:00h, mas os atendimentos das demandas, às vezes, se estendem até as 08:30h-09:00h.

A enfermeira relata que no período da greve, durante as sextas-feiras (dia da especialização da enfermeira e da dentista) no período da tarde, a unidade conta somente com atendimento de nível médio, pois na greve os médicos só estão na unidade no período da manhã.

Produção da Enfermeira

Tabela 1 – Produção da Enfermeira A no período de janeiro a dezembro de 2010

Procedimentos	Quantidade
Imunização	03
Avaliação de Resultado de Exames (Sangue, Urina, Fezes e Papanicolaou)	77
Consulta de Enfermagem	1.005
Coleta de Papanicolaou	18
Coleta de Sangue	218
Visita Domiciliária	39
Acolhimento	21

Fonte: SIAL (2011)

Em relação à tabela acima, torna importante destacar que os dados obtidos são exclusivos da enfermeira da unidade, não sendo adicionada a produção de outras enfermeiras que vieram a substituí-la por licença ou férias.

A enfermeira relata que realiza poucas imunizações devido aos aspectos gerenciais que ela exerce.

A coleta de Papanicolaou é realizada quase em sua totalidade pelas AEs ficando de responsabilidade da enfermeira somente a coleta em gestantes ou quando a AE apresenta dificuldade na coleta devido a anormalidades do colo (colo retrovertido, dentre outras).

O acolhimento também é feito na sua maioria pelas AEs, somente quando a demanda está muito grande ou a enfermeira não tem nenhum atendimento ou intercorrência ela relata que ajuda no acolhimento, mas que é muito difícil porque sempre tem algo pendente para ser resolvido.

A enfermeira realiza a visita domiciliária às segundas-feiras no período da tarde. Já as consultas agendadas ocorrem todos os dias a partir das 09:00h.

A unidade conta com o apoio do NASF Azul em dias alternados e também com a participação dos alunos de fisioterapia da Universidade de Marília (UNIMAR) que frequentam a unidade duas vezes por semana.

7.2 Estratégia da Saúde da Família – Unidade B

Perfil demográfico

A unidade apresenta 626 famílias cadastradas, perfazendo um total de 1.934 pessoas, sendo do sexo masculino 987 e 947 do sexo feminino. A faixa etária que predomina é dos 20 aos 39 anos com 585 pessoas, abrangendo 30,2% do total de pessoas assistidas.

Somente 37 pessoas possuem plano de saúde privado (SIAB, 2011).

A unidade atende cerca de 6 gestantes e 20 pacientes acamados.

Quanto às patologias predominantes apresentam: 324 pessoas portadores de HAS, 89 diabéticos, 14 pacientes portadores de deficiência física, 12 etilistas e 1 paciente portador de tuberculose (SIAB, 2011).

Em relação às condições de moradia da população, 393 famílias residem em casa de tijolo, 226 em casa de madeira, 4 em casa de taipa revestida e 3 em casas feitas de material reaproveitado (SIAB, 2011).

O abastecimento de água de 347 famílias é oriundo da rede pública, 247 possuem poço ou nascente e outras 32 famílias utilizam outras formas de abastecimento não declaradas no SIAB. Já o tratamento de água em 35 famílias é o método da filtração, 241 realizam a cloração e outras 350 não realizam nenhum tratamento na água (SIAB, 2011).

O destino do lixo em 469 domicílios é feito por meio da coleta pública, 146 queimam ou enterram o lixo e 11 mantêm o lixo a céu aberto. O destino de fezes/urina em 448 famílias é realizado através do sistema de esgoto, 176 utilizam o sistema de fossa séptica e outras 2 mantêm a céu aberto os seus dejetos (SIAB, 2011).

Seiscentos e vinte famílias possuem energia elétrica, já os outros seis domicílios restantes não se encontram informações no SIAB (2011).

Aspecto organizacional

Horário de funcionamento

A unidade está localizada em uma área rural, onde o transporte até o local é provido pela SMS.

Os trabalhadores, por determinação da coordenação da Secretaria, devem “bater” o ponto às 07:00h na Secretaria e em seguida são transportados até

a unidade. Portanto, os trabalhadores chegam à unidade por volta das 07:30h-07:40h, mas alguns trabalhadores residem próximo à unidade, como é o caso dos ACSs e de 1 AE, então estes são responsabilizados por abrir a unidade e já iniciarem o acolhimento até que o restante da equipe chegue.

Dessa forma, o horário de funcionamento da unidade é de segunda a sexta das 07:00h às 15:30h.

A reunião de equipe é realizada às quartas-feiras das 13:00h às 15:30h.

A unidade realiza atividades em grupo com: gestantes, uma vez por mês, no qual participam ACS, dentista, enfermeira, AE e eventualmente a fisioterapeuta do NASF; grupo de artesanato que acontece toda terça à tarde e conta com a participação de uma ACS e da auxiliar de serviços gerais; grupo de hipertensos e diabéticos que é realizado, geralmente, na primeira terça-feira do mês no período da tarde, no qual participam a enfermeira e a nutricionista do NASF e por último o grupo de resultado de Papanicolaou, realizado mensalmente na última terça-feira do mês pela enfermeira, grupo de idosos realizado uma vez por mês no período da tarde e conta com a participação da enfermeira, da assistente social do Centro de Referência de Assistência Social (CRASS) e de uma ACS.

Planta física

A unidade possui 1 consultório dentário, 1 consultório médico, 1 sala para a enfermeira, 1 sala para vacina, 1 espaço onde fica a recepção, 1 sala para procedimentos (como coleta de sangue e curativo), 1 sala onde fica o aparelho de Raio-X do dentista, ao lado temos uma sala que funciona como depósito para os materiais que serão encaminhados para a esterilização, uma sala de observação com macas e suportes para soro e que também possui um banheiro, a sala de coleta de Papanicolaou com banheiro, uma sala somente para o acolhimento, uma sala onde fica a farmácia, sala de inalação, sala para armazenar materiais de uso da unidade, sala de reunião, cozinha, expurgo, banheiro para funcionários (feminino/masculino) e banheiro para usuários (feminino/masculino) e do lado externo a unidade apresenta uma horta na qual uma moradora utiliza o espaço cedido pela prefeitura e vende as hortaliças para manter o local.

Equipe de saúde

A equipe de saúde é composta por: 4 ACS, 3 AE, 1 auxiliar de escrita, 1 ASG, 1 dentista, uma enfermeira, 1 médico, 1 ACD e 1 motorista, além de contar com o apoio da equipe do NASF e do CRASS.

Serviços ofertados pela Enfermeira

Quadro 2 – Serviços ofertados pela Enfermeira B

Dias da Semana	Manhã	Tarde
Segunda	Consulta para pacientes agendados;	Pacientes agendados;
Terça	Aspectos administrativos da unidade, como preenchimento de formulários, dentre outros;	Pacientes agendados com um total de 3;
Quarta	Pacientes agendados;	Reunião de equipe;
Quinta	Pacientes agendados;	Pacientes agendados;
Sexta	Pacientes agendados;	Visita domiciliária junto com o dentista;

Fonte: autoria própria

A enfermeira relata atender 4 pacientes agendados no período da manhã e 3 no período da tarde por conta do horário do transporte de volta a Marília que é às 15:30h. Também afirma que esses atendimentos abrangem a puericultura, pré-natal, dentre outros que competem à enfermeira.

A enfermeira relata que, na última segunda-feira do mês, é realizada a reunião de comunidade (os profissionais de nível superior se revezam na participação).

Na última terça-feira à tarde, é realizado o grupo de exames de Papanicolaou.

Atendimento de demanda espontânea

A unidade abre os portões às 07:00h, das 07:00h às 07:30h os usuários que chegam à unidade são recepcionados por 1 ACS que registra em um caderno o horário de chegada do paciente, seu nome e a queixa. Então o ACS procurava pelo prontuário, afixava um cartão no mesmo com o horário e a queixa e pedia para o paciente aguardar pelo acolhimento.

No entanto, quando a auxiliar de escrita chegava junto à equipe era ela quem recepcionava os pacientes e separava os prontuários.

Os acolhimentos aos usuários que procuram por atendimento odontológico eram feitos pela ASB, mas no momento da pesquisa a ASB estava de férias, então era necessário aguardar a chegada do dentista para que o mesmo fizesse o acolhimento e elegeisse os casos prioritários.

Os prontuários separados pelo ACS ou pela auxiliar de escrita eram entregues pela AE que iria realizar o acolhimento.

No momento da pesquisa, a unidade possuía uma enfermeira que estava realizando estágio voluntário, então por esta residir próxima à unidade, ela ajudava a AE com os acolhimentos até toda a equipe chegar.

Quando o restante da equipe chegava, as demandas também eram distribuídas para uma segunda AE, enquanto a terceira AE iria abrir a farmácia.

No acolhimento, os usuários eram chamados para dentro da sala para serem atendidos pelas AEs e estes relatam suas queixas/demandas e isso se repetia até o fim da demanda.

No caso dessa unidade, todos os acolhimentos realizados pelas AEs eram repassados para a enfermeira que chamava paciente por paciente para fazer uma nova avaliação e realizar exame físico, então ela conforme atendia ia colocando na gazeta do médico os acolhimentos para este já ir atendendo e quando ela terminava ia até a sala dele e discutia os casos restantes que ele não havia atendido, e os casos que a enfermeira acolheu.

Durante a observação da rotina da unidade, o profissional médico estava em greve, então ele só atendia das 07:30h-07:40h até as 10:30h pois teria de “bater” o cartão de ponto na SMS às 11:00h, então o médico passava a maioria das condutas dos acolhimentos para a enfermeira e ele iniciava suas consultas agendadas, que segundo ele, sempre com atraso devido ao excesso de demandas espontâneas.

Outro aspecto observado foram as reclamações dos usuários quanto ao resultado de exames como ultrassom, Raios-X, dentre outros, que segundo os próprios usuários já o tinham realizado há mais de 6 meses.

Produção da Enfermeira

Tabela 2 – Produção da Enfermeira B no período de janeiro a dezembro de 2010

Procedimentos	Quantidade
Imunização	22
Avaliação de Resultado de Exames (Sangue, Urina, Fezes e Papanicolaou)	18
Consulta de Enfermagem	1.084
Coleta de Papanicolaou	05
Coleta de Sangue	Nada Consta
Visita Domiciliária	72
Acolhimento	469

Fonte: SIAL (2011)

Em relação à tabela acima, se torna importante destacar que os dados obtidos são exclusivos da enfermeira da unidade, não sendo adicionada a produção de outras enfermeiras que vieram a substituí-la ou por licença ou por férias.

A enfermeira relata que realiza poucas imunizações devido aos aspectos gerenciais que ela exerce, mas que esses dados aumentam em período de campanhas vacinais, momento quando ela vai até o domicílio de algumas crianças que residem em sítios distantes da unidade.

A coleta de Papanicolaou é realizada quase em sua totalidade pelas AEs ficando de responsabilidade da enfermeira somente a coleta em gestantes ou quando a AE apresenta dificuldade na coleta devido a anormalidades do colo (colo retrovertido, dentre outras).

A enfermeira realiza a visita domiciliária às sextas-feiras, no período da tarde. Já as consultas agendadas ocorrem todos, os dias a partir das 09:00h.

A unidade conta com o apoio do NASF Azul e do CRASS.

7.3 Estratégia da Saúde da Família – Unidade C

Perfil demográfico

A unidade apresenta 220 famílias cadastradas, perfazendo um total de 707 pessoas, sendo do sexo masculino 367 e 340 do sexo feminino. A faixa etária

que predomina é dos 20 aos 39 anos com 172 pessoas, abrangendo cerca de 25% do total de pessoas assistidas.

Somente 30 pessoas possuem plano de saúde privado (SIAB, 2011).

A unidade atende cerca de 9 gestantes e 6 pacientes acamados.

Quanto às patologias predominantes apresentam: 126 pessoas portadoras de HAS, 32 diabéticos, 10 pacientes portadores de deficiência física, 2 etilistas e 3 pacientes portadores de epilepsia (SIAB, 2011).

Em relação às condições de moradia da população, 177 famílias residem em casa de tijolo e 43 em casa de madeira (SIAB, 2011).

O abastecimento de água de 37 famílias é oriundo da rede pública e 183 possuem poço ou nascente. Já o tratamento de água em 50 famílias é feito por meio da filtração, 2 realizam a fervura, 3 a cloração e outras 165 não realizam nenhum tratamento na água (SIAB, 2011).

O destino do lixo em 75 domicílios é feito por meio da coleta pública, 141 queimam ou enterram o lixo e 4 mantêm o lixo a céu aberto. O destino de fezes/urina em 218 famílias é feito através do sistema de fossa séptica e outras 2 mantêm a céu aberto seus dejetos (SIAB, 2011).

As duzentas e vinte famílias cadastradas na unidade possuem energia elétrica (SIAB, 2011).

Aspecto organizacional

Horário de funcionamento

A unidade está localizada em uma área rural, onde o transporte até o local é provido pela SMS.

Os trabalhadores lotados nesta Unidade C e residentes na área urbana do município, por determinação da coordenação da Secretaria, devem registrar a entrada para início da jornada diária às 07:00h na sede da SMSM e em seguida são transportados até a unidade, e por isso chegam a esta unidade por volta das 08:00h. Outros 3 trabalhadores que passaram a ser integrantes dessa equipe foram alocados de uma Unidade de Saúde que se encontra fechada, para reforma, próximo à Unidade C. Vale destacar que os profissionais de nível superior desta Unidade foram transferidos para outras unidades do município, sendo que 01 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de serviço geral (ASG) e 1 ACS passaram a integrar a equipe da Unidade C sob responsabilidade da enfermeira C. A população adscrita

da Unidade em reforma também ficou sob responsabilidade da equipe da saúde da Unidade C.

Como 2 trabalhadores, no caso 1 ACS e 1 ASG, moram próximo à unidade na zona rural, estes iniciam o atendimento por volta das 07:30h e são responsabilizados por abrir a unidade.

Dessa forma, o horário de funcionamento da unidade é de segunda a sexta das 07:30h às 15:30h.

A reunião de equipe é realizada às sextas-feiras das 09:00h às 11:30h.

A unidade realiza atividades em grupo com: diabéticos e hipertensos às segundas à tarde que conta com a participação da médica e da enfermeira, sendo que agora, no período da greve, só está sendo realizado pela enfermeira e às vezes conta com apoio da nutricionista e educadora física do NASF; o grupo de artesanato que ocorre semanalmente junto às ACSs; o grupo de puericultura às terças-feiras no período da manhã com auxílio da médica, enfermeira e dentista e eventualmente a nutricionista do NASF, grupo de alimentação saudável que conta com a médica, enfermeira e, em alguns momentos, com a participação da nutricionista do NASF.

Planta física

A unidade possui 1 consultório dentário, 1 consultório médico, 1 sala para a enfermeira, 1 sala para vacina e procedimentos e no mesmo espaço ao lado encontra-se a farmácia, 1 espaço onde fica a recepção, 1 cozinha, 1 banheiro feminino, 1 masculino e do lado externo temos o expurgo.

Equipe de saúde

A equipe de saúde é composta por: 2 ACS, 2 AEs, 1 auxiliar de escrita, 1ASG, 1 dentista, 1 enfermeira, 1 médica, 1 ASB e 1 motorista, além de contar com o apoio da equipe do NASF.

Serviços ofertados pela Enfermeira

Quadro 3 – Serviços ofertados pela Enfermeira C

Dias da Semana	Manhã	Tarde
Segunda	Coleta de sangue e Consulta agendada: puericultura e gestantes;	Grupo do Hiperdia;
Terça	Pacientes agendados, podendo ser pacientes do Hiperdia e puericultura;	Pacientes agendados;
Quarta	Visita domiciliária;	Visita domiciliária;
Quinta	Pacientes agendados, em especial, saúde da mulher e resultados de exames;	Visita domiciliária;
Sexta	Reunião de Equipe;	Supervisão ou aspectos burocráticos;

Fonte: autoria própria

A enfermeira refere atender pacientes agendados a partir das 09:30h, em média 4, no período da tarde atende 3, a partir das 13:30h, devido ao horário do transporte de volta a Marília que é às 15:30h.

A coleta de sangue é realizada na segunda-feira para aqueles pacientes que residem em locais muito distantes da unidade e que também possuem pessoas acamadas.

Na terça-feira, o atendimento é feito em outra unidade, em Marília, para contemplar aquela população cuja unidade de saúde está fechada, então nesse dia o atendimento é exclusivo a esses usuários. A equipe da enfermeira C divide o mesmo espaço físico com outra equipe que também está atendendo no mesmo local, sendo que a enfermeira ressalta a dificuldade no atendimento, devido à falta de salas disponíveis e de materiais, pois cada equipe deve ter seu próprio material e às vezes a demanda é maior e acaba faltando material, como espéculos para coleta de Papanicolaou.

Na quarta-feira, as visitas domiciliárias são separadas por semana, ou seja, a cada semana é feita a visita em uma determinada área para abranger toda a população que reside em sítios e chácaras distantes.

A supervisão realizada na sexta-feira à tarde pode ser tanto com as ACSs quanto com as AEs e ainda se tiver tempo disponível realiza aspectos burocráticos.

Atendimento de demanda espontânea

A unidade abre os portões às 07:30h, das 07:30h às 08:00h os usuários que chegam à unidade são recepcionados por 1 ACS que registra em um caderno o horário de chegada do paciente, seu nome e a queixa, então a ACS procura pelo prontuário e pede para o paciente aguardar pelo acolhimento.

No entanto, quando o auxiliar de escrita chega junto à equipe é ele quem recepciona os pacientes e separa os prontuários.

Os acolhimentos aos usuários que procuram por atendimento odontológico eram feitos pela ASB, somente quando ela chegava junto à equipe vinda de Marília.

Os prontuários separados pelo ACS ou pela auxiliar de escrita eram entregues pela AE que iria realizar o acolhimento.

No acolhimento, os usuários eram chamados para dentro da sala para serem atendidos pelas AEs e estes relatavam suas queixas/demandas e isso se repetia até o final da demanda, mas como a equipe chegava mais tarde na unidade, a enfermeira também realizava o acolhimento para ajudar na demanda.

Os acolhimentos que a enfermeira realizava, eram passados para a médica e, caso necessário, realizava uma interconsulta e já passava as orientações ao paciente.

No caso das AEs, estas ou passavam os casos para a enfermeira ou demandavam direto para a médica, isso se ela não estivesse atendendo os pacientes agendados, pois, caso contrário, então passavam primeiro para a enfermeira.

Produção da Enfermeira

Tabela 3 – Produção da Enfermeira C no período de janeiro a dezembro de 2010

Procedimentos	Quantidade
Imunização	22
Avaliação de Resultado de Exames (Sangue, Urina, Fezes e Papanicolaou)	18
Consulta de Enfermagem	1.084
Coleta de Papanicolaou	5
Coleta de Sangue	Nada Consta
Visita Domiciliária	72
Acolhimento	469

Fonte: SIAL (2011)

Em relação à tabela acima, se torna importante destacar que os dados obtidos são exclusivos da enfermeira da unidade, não sendo adicionada a produção de outras enfermeiras que vieram a substituí-la ou por licença ou por férias.

A enfermeira relata que realiza poucas imunizações devido aos aspectos gerenciais que ela exerce, mas que esses dados aumentam em período de campanhas vacinais, momento quando ela vai até o domicílio de algumas crianças que residem em sítios distantes da unidade.

A coleta de Papanicolaou é realizada quase em sua totalidade pelas AEs, ficando de responsabilidade da enfermeira somente a coleta em gestantes ou em situações em que a AE apresentava dificuldade na coleta devido a anormalidades do colo do útero (colo retrovertido, dentre outras).

A enfermeira realizava a visita domiciliária às sextas-feiras, no período da tarde. Já as consultas agendadas ocorriam todos os dias a partir das 09:00h-09:30h.

A unidade conta com o apoio do NASF Azul e do CRASS.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

8 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Primeiramente devemos considerar que a análise de dados em uma pesquisa qualitativa não tem por objetivo enumerar opiniões ou sujeitos da pesquisa, “seu foco é, principalmente, a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar”. A análise das falas dos sujeitos entrevistados deve ser processada de acordo com temas ou características em comum, não desconsiderando as especificidades das falas (GOMES, 2007, p. 79).

A análise a ser realizada neste estudo é fundamentada na Análise de Conteúdo de Bardin (1979) e, a partir desta Minayo (1999) elabora adequações para a análise de dados qualitativos, e neste estudo, entre as técnicas desenvolvidas por Minayo (1999), adotamos a técnica da Análise Temática. Esta consiste em realizar leitura exaustiva e repetida das falas, e nesse processo identificar os núcleos de sentido presentes em parte das falas e, ao final, é feita uma síntese capaz de relacionar os temas apresentados nas falas com os objetivos da pesquisa (GOMES, 2007).

A Análise Temática revela núcleos de sentidos que, por meio da frequência e presença, representem algo para o objeto a ser pesquisado.

A Análise Temática consiste em três etapas (MINAYO, 1999):

- Pré-Análise: momento no qual é feita a seleção do material a ser analisado, aproximando-se de forma exaustiva do material coletado;
- Formulação de hipóteses e objetivos: identifica a unidade de registro e os conceitos mais amplos que conduzirão à análise;
- Exploração do Material: é a etapa de transformação dos dados, em simples frases e palavras em núcleos de sentido;
- Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: interpretação dos dados com base no quadro teórico, realizar inferências e promover questionamentos que possam surgir, a partir da leitura do material analisado.

Procuramos sistematizar os dados da seguinte maneira:

- Organização dos Dados em diferentes unidades de análise: entrevistas e observações;
- Leitura transversal de cada unidade de análise, procurando identificar conteúdos de convergências, divergências e complementares;
- Confronto entre as duas unidades de análise;

- Interpretação e categorização dos dados, a partir da identificação dos núcleos, em unidades temáticas, oportunizando a constituição relacionada à identificação, ao entendimento e à intervenção dos enfermeiros frente às necessidades de saúde dos usuários que demandam a ESF.

Tabela 4 – Total do número de observações realizadas durante o atendimento prestado por enfermeiras aos usuários atendidos por cada uma das respectivas enfermeiras, em três Unidades da Saúde da Família, e o número de observações incluídas na análise

Enfermeiras	Número Total de Observações	Incluídas na Análise
A	15	05
B	20	06
C	20	05

Fonte: autoria própria

O critério de inclusão das observações se pautou por meio da leitura de todas as observações, que se limitava por meio da exaustão dos dados coletados.

Figura 2 – Representação das Unidades Temáticas e Subunidades Temáticas apreendidas, durante a análise dos dados coletados

Fonte: autoria própria

No processo de análise dos dados, foi possível apreender uma subunidade temática nomeada de Coleta de Dados: eventos episódicos e problemas anteriores.

Ainda procedemos à análise, separando o atendimento agendado com as respectivas enfermeiras e os atendimentos por elas realizados quando se tratava de usuários em demanda espontânea.

Consideramos necessária a diferenciação da observação em atendimento agendado e espontâneo, devido ao fato de o atendimento agendado ser um momento reservado, em que é esperada uma prática de saúde em que se possam explorar outras necessidades que interferem nas condições de vida do paciente, tendo como foco um problema anterior. Já no atendimento espontâneo, entendemos que nem sempre é possível explorar outras necessidades além da queixa atual, e, portanto, o foco de atenção é centrado na queixa atual.

Um dos recursos utilizados para essa identificação trata-se da coleta de dados que se dá através do encontro entre usuário e trabalhador, podendo ocorrer em um atendimento agendado e em demanda espontânea e até mesmo em diferentes espaços como domicílio e unidade.

Durante a observação da consulta, no caso agendada, foi possível identificar que as enfermeiras recorrem à anamnese e ao exame físico restrito ao órgão relacionado à queixa motivadora da consulta. Considerando que anamnese e o exame físico constituem a coleta de dados, esses se tornam ferramentas fundamentais para a identificação de necessidades de saúde e posterior plano de intervenção.

Segundo Smeltzer et al. (2008), a utilização da anamnese propicia a obtenção de dados importantes e promove o direcionamento da entrevista. No entanto, a entrevista deve ser adaptada às respostas e necessidades do usuário/paciente.

Já o exame físico consiste em avaliar aspectos físicos, psicológicos e emocionais do paciente (SMELTZER et al., 2008).

Essas ferramentas utilizadas pelo profissional é que irão embasar as intervenções necessárias e, terão sustentação no arcabouço teórico-conceitual de necessidade de saúde que irão delinear as intervenções.

O conceito de necessidades de saúde adotado na pesquisa considera o sujeito individual e coletivo, incorporando os seus aspectos sociais, psicológicos e biológicos na determinação de saúde e doença.

Cecílio (2001), baseado nas contribuições de Stotz (1991), propõe uma taxonomia de necessidades de saúde em quatro grandes blocos, sendo estes:

- Necessidade de boas condições de vida: relacionada a aspectos fisiológicos, sociais e culturais, como saneamento, lazer e cultura;
- Necessidades de acesso a todas as tecnologias em saúde que prolonguem a vida, aqui o acesso a todos os níveis de atenção à saúde;
- Necessidade de vínculo com profissional ou equipe de saúde a fim de ter ações de saúde mais efetivas;
- Necessidade de autonomia por parte do indivíduo, ou seja, considerar que o autocuidado refere-se à construção do “modo de andar” a vida do indivíduo.

Nesse sentido a ESF propõe a reorientação das práticas em saúde com a finalidade de assegurar o acesso universal, ser a porta de entrada dos usuários que buscam o serviço de saúde, promovendo a integralidade, a equidade, o vínculo e a responsabilização das equipes em relação às suas populações adscritas, além de considerar o indivíduo em sua singularidade, complexidade e sua inserção sócio-cultural (BRASIL, 2006).

Em continuidade, abordaremos a Unidade temática – Identificação de Necessidades de Saúde, no atendimento agendado, com o enfoque na subunidade temática:

▼ **Coleta de Dados:** eventos episódicos e problemas anteriores

Na organização dos serviços de saúde, o atendimento agendado tem como indicativo a manifestação de um problema anterior, ou seja, no momento em que é agendada a consulta para o usuário, este apresenta uma queixa. No entanto, no período compreendido entre a marcação da consulta e a realização da mesma podem emergir outros problemas que não estavam presentes no momento do agendamento. Essa situação pode ser observada conforme apresentação abaixo.

Em consulta agendada de puericultura com a Enfermeira B, mãe traz filha de um ano e quatro meses para acompanhamento com a mesma.

A enfermeira no momento da consulta recorre à anamnese e ao exame físico da criança para realizar o seu atendimento, baseando-se em um roteiro de perguntas sobre hábitos alimentares e eliminações, sendo apresentado a seguir um recorte desse atendimento:

Durante a observação, foi possível identificar que o foco do atendimento se pautou nas informações relativas a eliminações e hábitos alimentares.

Abordagem esta pertinente e necessária para o acompanhamento do crescimento infantil.

Enfermeira: Faz cocô duas vezes por dia?

Mãe: Não.

Enfermeira: A cada dois dias?

Mãe: É a cada dois dias, ela faz.

Enfermeira: Xixi várias vezes?

Mãe: Várias vezes.

Enfermeira: Vamos colocar ela ali (na maca) pra gente poder examinar, pesar.

Enfermeira: E depois vai almoçar?

Mãe: Vai almoçar aí às vezes eu faço uma sopa de legumes ou alguma coisa mais leve.

Enfermeira: Arroz, feijão também?

Mãe: Arroz, feijão, canja, eu vario muito, todo dia eu faço alguma uma coisa diferente.

Enfermeira: Come legumes, carinha?

Paciente: Come de tudo. Ontem o que ela não comeu foi quibe né (risos).

Enfermeira: Aí à tarde ela come algum lanchinho?

Mãe: Come, de meia em meia hora eu estou dando comida pra ela.

Enfermeira: fruta?

Mãe: Fruta, um danone, um queijo, vai variando assim.

Enfermeira: Aí depois vai janta?

Mãe: Janta.

Enfermeira: Igual ao almoço?

Mãe: É igual ao almoço.

Enfermeira: E antes de dormir?

Mãe: Aí ela mama uma mamadeira e mama só o peito depois.

Enfermeira: Toma bastante água?

Mãe: Toma. A laranja eu deixo uma pronta na geladeira pra ir gelando e a outra no alcance dela pra quando ela quer ela vai lá e toma (risos).

Quando a mãe relata que a criança evacua a cada dois dias, a enfermeira não explora possíveis fatores causadores. Não abordou acerca da hidratação e da ingestão de alimentos ricos em fibra. Não procedeu à orientação de dieta laxativa e também deixou de investigar desconforto sentido pela criança como, por exemplo, flatulência, irritação e distensão abdominal. Essas questões são essenciais no caso de um padrão de funcionamento intestinal com características de constipação com vistas à investigação e à intervenção.

Vale destacar a ausência da investigação de outras dimensões também importantes no desenvolvimento psicossocial da criança. Não ocorre a busca por informações de como está o convívio familiar ou ainda de outras necessidades que possam estar presentes. Podemos afirmar que a identificação de necessidades de saúde se caracterizou exclusivamente no foco biológico.

Nessa perspectiva, a prática de enfermagem se afasta de possíveis identificações do campo de necessidades pertinentes à saúde coletiva, a qual

envolve as relações entre os sujeitos e o meio no qual está inserido, conforme apontam Matumoto, Mishima e Pinto (2001).

Ainda nesse atendimento, outra situação observada trata-se do momento em que a mãe expõe uma problemática de saúde relacionada à sua pessoa, conforme descrito abaixo:

Enfermeira: Alguma outra coisa que você tem dúvida?

Mãe: Não, é que esses tempos eu tava me sentindo muito mal, eu tava achando que eu tava grávida de novo (risos).

Enfermeira: Menstruou tudo normal?

Mãe: Aha, é que tem vez que eu menstruo duas vezes no mês, tem mês que não vem nada.

Enfermeira: E você toma algum anticoncepcional, alguma coisa?

Mãe: Não tô tomando nada.

Enfermeira: É, então pode acontecer de você ter um fluxo um pouquinho irregular.

Mãe: É.

Enfermeira: Você tá querendo arrumar outro nenê?

Mãe: Não, eu tava querendo tomar o ciclo 21.

Enfermeira: Aí você tem que tá vindo amanhã pro acolhimento das 07:00h às 08:00h que ele passa.

A enfermeira faz um movimento de abertura ao perguntar para a mãe: alguma outra coisa que você tem dúvida? Esse questionamento permitiu a mãe se colocar, mas no desenrolar do atendimento, há indícios de que essa pergunta tinha como alvo cuidados relacionados à criança, uma vez que, no momento que a mãe expõe a inquietação sobre uma possível nova gravidez, a enfermeira estabelece uma abordagem restrita ao uso de anticoncepcional e circunscrita a uma conduta organizacional: “você tem que tá vindo amanhã pro acolhimento das 07:00h às 08:00h que ele (médico) passa (anticoncepcional)”, conformando uma prática cristalizada, sem o exercício da escuta ampliada que oportuniza reconhecer outras necessidades a serem desvendadas.

Nem mesmo explorar os aspectos preventivos da contracepção até que a paciente inicie o uso do anticoncepcional foi alvo da anamnese durante o atendimento realizado pela enfermeira. Podemos afirmar que nessa situação a prática de enfermagem apresentou um enfoque individual, isolado e centrado em encaminhamento para o médico (ALMEIDA, 1991).

Nas falas anteriores, evidenciamos o exposto anteriormente e ainda sugerimos um questionamento se, em outros atendimentos de puericultura, os profissionais enfermeira e médico oportunizaram a paciente expor essa problemática ou ela trouxe a queixa em outros momentos e os profissionais não a abordaram?

Portanto, nos leva a pensar que realmente o foco do atendimento era a criança, sendo que os problemas da mãe deveriam ser explorados em outro momento, perdendo assim a oportunidade na qual o usuário está na unidade.

O Ministério da Saúde, desde o início da implantação do PSF, destaca que não se trata de uma estratégia desenvolvida para a atenção exclusiva a grupos, como mulher e criança, mas que a família passe a ser o objeto precípua da atenção, buscando estabelecer vínculos e corresponsabilidades entre profissionais e usuários (BRASIL, 1998). Nesse caso consideramos que a prática de enfermagem ainda se encontra distanciada desses atributos eleitos para compor uma nova conformação do modelo de atenção.

Também podemos ilustrar, por meio de um atendimento agendado, como a enfermeira de outra ESF deixa de explorar aspectos que vão além do que a paciente apresentava como queixa inicial.

Nesse atendimento, a usuária veio para consulta agendada, por se tratar do controle dos exames relativos ao hipotireoidismo. A rotina estabelecida nessa unidade, diante de resultados dentro dos limites de normalidade, é realizar novamente o exame a cada seis meses. Portanto no agendamento dessa consulta, a enfermeira tinha como foco verificar o resultado do exame anterior. Essa usuária não apresentou alteração nos exames laboratoriais.

A enfermeira, além de checar os exames, também identifica necessidades de saúde, utilizando diferentes recursos, como anamnese, escuta, exame físico. Investiga sobre o uso de medicações, possíveis sintomas relacionados ao uso deste, histórico familiar relacionado ao hipotireoidismo, além de explorar aspectos sobre as relações sexuais e realização de exame de Papanicolaou e neste diálogo investiga quanto ao sono:

Enfermeira: Você dorme bem?

Paciente: Durmo, uns dias pra cá não tá muito bem não, eu estou cuidando da minha vó, então ela já tá num estado, bem, sabe estado final?

Enfermeira: Ela mora com você?

Paciente: Não, ela mora no fundo da casa de um tio meu.

Paciente: Eu estou cuidando dela que cuido dela, então a gente tem que ficar a noite inteira com ela. Ela tá com o oxigênio, então você tem que ficar a noite inteira ali olhando ela.

Enfermeira: Ela mora aqui no bairro?

Paciente: Mora.

Enfermeira: Que rua ela mora?

Paciente: Na rua do mercado.

Enfermeira: Ah tá, não pertence a nós (não é da área de abrangência da USF).

Paciente: Não, acho que ela pertence a lá de cima.

Enfermeira: E ela fica com o oxigênio em casa?

Paciente: Fica com o oxigênio. Até segunda-feira ela tava com a sonda, agora tiraram sonda, puseram ela pra come e ela tá comendo bem pouquinho e aí tá com o oxigênio ainda, não tem previsão de quando tirar.

Enfermeira: Complicado, mas você reveza com alguém ou você fica a noite inteira com ela?

Paciente: Não, fico a noite inteira, e aí durante o dia tem outra pessoa que cuida dela e ontem o diabetes dela foi a 44mg/dl e aí teve que correr com ela sabe, corrê dá um melado pra ela voltar, e aí depois a gente mediu de novo depois de mais ou menos uma hora e aí voltô ao normal tava em 100mg/dl, só que o médico já deixou, deixo avisado que chegou a 130mg/dl tem que aplicar insulina.

Enfermeira: Aha.

Paciente: Tanto a rápida, ela tá tomando a rápida quanto a outra.

Enfermeira: A não tão rápida.

Paciente: É, e aí tem que corre.

Enfermeira: E aí aplica a insulina abaixa a diabete, complicado.

Enfermeira: Então vamos pedir o exame você vai agendar ali na frente (recepção).

Paciente: E a medicação? Continua do jeito que tá?

Enfermeira: Continua a medicação do jeito que tá.

Enfermeira: Se vier normal continua se vier alterado aí a gente chama de volta, tá?

Paciente: Tá.

Enfermeira: Este aqui (guia de exame) você entrega ali (recepção e aponta para a mesma) pra ela (aponta pra ACS que estava na recepção).

Durante a anamnese a enfermeira pergunta se a usuária dorme e nesse momento a mesma expõe sobre uma situação familiar que tem modificado sua condição de vida. A avó da paciente encontra-se acamada com dependência de cuidados de higiene, alimentação, oxigenação entre outros e acompanhamento contínuo, e mesmo porque a avó a solicita (chama) por muitas vezes durante a noite, o que tem interferido no padrão de sono da usuária em atendimento. A enfermeira imediatamente procura identificar se a senhora acamada mora na área de abrangência da Unidade de Saúde em que a enfermeira trabalha. Pelo endereço, a enfermeira manifesta que não é da área de abrangência de responsabilidade daquela UESF e continua abordando a situação dessa senhora acamada com questões, predominantemente, voltadas para o uso de medicamentos e ao direcionar a abordagem para identificar como estava se processando a divisão de trabalho no cuidado com a senhora acamada:

Enfermeira: Complicado, mas você reveza com alguém ou você fica a noite inteira com ela?

Paciente: Não, fico a noite inteira, e aí durante o dia tem outra pessoa que cuida dela e ontem o diabetes dela foi a 44mg/dl e aí teve que correr com ela sabe, corrê dá um melado pra ela voltar, e aí depois a gente mediu de novo depois de mais ou menos uma hora e aí voltou ao normal tava em 100mg/dl, só que o médico já deixou, deixo avisado que chegou a 130mg/dl tem que aplicar insulina.

Enfermeira: Aha.

Diante da resposta, a enfermeira não tece nenhuma orientação ou mobiliza outro recurso que pudesse intervir na situação e, em seguida, volta a abordar os exames que precisam ser agendados e, posteriormente, realizados para o controle do hipotireoidismo.

Para Pereira (2001, p. 152), essa prática e o tipo de compreensão acerca do processo de trabalho encaminham para a fragmentação do trabalho, ao trabalho parcelado, à ação de trabalhadores distanciados do seu produto construído e, assim, acentuam a desresponsabilização da ação, “impessoalidade nas distintas relações que estabelece (com o usuário, ou mesmo com outros trabalhadores de saúde) e a um distanciamento do trabalhador quanto à possibilidade de sentir as angústias e prazeres de enfrentar os desafios”.

Também observamos que a coleta de dados é voltada estritamente aos aspectos biológicos, como exemplificado nas falas abaixo:

“Quantas gestações?”
“Tá na menopausa?”
“Xixi, cocô, como que é?”
“Náusea? Vômito?”

Além dos comentários acima citados, foi possível identificar que o uso do roteiro de perguntas se relaciona com a queixa anterior, ou seja, com aquela que justificou o agendamento, em especial as questões relacionadas ao uso de medicações, ciclo menstrual e eliminações. Essa forma de processar o atendimento retrata que a enfermeira se baseia em um roteiro fixo de perguntas relacionadas à especificidade do motivo da consulta agendada.

Além dessa característica voltada para os aspectos biológicos, foi possível identificar na consulta agendada de Papanicolaou que as perguntas incluem, predominantemente, aspectos do ciclo menstrual, histórico gravídico-puerperal, relações sexuais, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis (DST).

“Quantas gestações você já teve?”
“O parto foi normal ou cesárea?”
“Sua menstruação tá vindo?”
“A primeira menstruação você lembra quantos anos tinha?”
“Teve DST antes?”
“Tá com o DIU?”

Quanto às consultas agendadas para hipertensos e diabéticos, as enfermeiras reproduzem a prática de se voltar para algumas questões previstas nos

protocolos e nas ações programáticas. As questões são direcionadas para o uso de medicamentos, hábitos alimentares e resultados anteriores de exames laboratoriais.

“Você tá tomando o remédio do colesterol?”

“Tá tomando a metformina?”

“E quantos pãozinhos o senhor come por dia? Arroz o senhor come muito? A batata? Mandioca?”

“Enalapril, furosemida, atenolol, nifedipina, pressão tudo certo [...]”.

“As hemoglobinas glicosiladas sempre foram boas né?”.

Consideramos que a utilização desse roteiro ou protocolo é uma ferramenta norteadora e essencial nos atendimentos, no entanto, o profissional deve estar atento a identificar e apreender outras necessidades que esses instrumentos pré-elaborados possam não ter abrangência para captá-las. Assim a nossa inquietação coaduna com Pereira (2001) quando afirma que a preocupação é com o uso subordinado e cristalizado do protocolo, sem considerar outras necessidades que extrapolam o roteiro ou o protocolo, conformando uma prática engessada e, mecanicista, limitando-os na sensibilização com o sofrimento do outro, e em muitas situações ficando evidente a conformação impessoal e hostil desse espaço público.

Observamos, ainda, que as enfermeiras adotam um conceito de problemas de saúde no seu processo de trabalho como sinônimo do termo de necessidades de saúde, permeando por um conceito de processo saúde-doença fundamentado essencialmente na dimensão do conhecimento biológico, a qual embasa a sua prática profissional e sem dúvida se expressa em vários momentos por meio da coleta de dados e das intervenções propostas.

Ao se reduzirem aos aspectos fisiopatológicos, a um “corpo disfuncional ou inadaptado”, as enfermeiras reforçam que o foco do atendimento é a doença e não o indivíduo dotado de valores e significações (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2007).

No entanto, ainda vemos uma iniciativa da Enfermeira C, no sentido de estabelecer um diálogo com a usuária de forma mais atenta às queixas da usuária, explorando dúvidas e recorrendo a outros recursos e aspectos relativos à queixa com outros dados que possam ter interface com o cuidado ao paciente portador de diabetes, como no caso de atendimento agendado realizado pela Enfermeira C, no qual uma paciente portadora de diabetes vem à unidade para consulta de resultado de exames para controle da glicemia devido ao aumento da medicação.

A Enfermeira C, através da anamnese e das queixas relatadas pela paciente, procura identificar as necessidades da usuária por meio de perguntas sobre o uso de medicamentos e hábitos alimentares.

*Tá tomando a metformina?
E você tá tomando o remédio do colesterol?
E também tá diminuindo o açúcar da comida.
De evitar de comer doce, bala.*

Ainda recorre a anotações prévias no prontuário e a resultados de exames laboratoriais anteriores, para compreender a trajetória dos acontecimentos, como descrito abaixo:

Enfermeira: Ah tá, na última consulta a doutora aumentou pra um à noite também né? (a enfermeira se baseou em anotações da última consulta médica descrita no prontuário)

Paciente: É.

Enfermeira: Aí a gente pegou e pediu os exames pra ver se tava dando certo ou não, porque antes tava tomando só um (comprimido de metformina) de manhã e um na hora do almoço e tava ficando alto o diabetes, e aí a doutora pegou e aumentou pra noite do grandão e um pra de manhã do pequenininho porque o do pequeno você não tomava de manha, só tomava à noite.

Enfermeira: Então agora com esse jeito já melhorou, porque agora a sua glicemia que é onde a gente vê o diabetes tá 115mg/dl

Paciente: É?

Enfermeira: Isso, a última vez que você fez, deixa eu ver quanto tava, tava 138 mg/dl e agora diminuiu pra 115 e a hemoglobina glicosilada que a gente vê se o diabetes está bem controlado tem que dar menos de 7 e o seu tá 6,5, então tá muito bom, agora dá pra manter assim.

A paciente, ao ser questionada sobre os seus hábitos alimentares relata perda de apetite e peso, mesmo não tendo aferido o peso nesse período:

Paciente: Eu tô sem apetite, quase, não tô comendo quase nada.

Enfermeira: Por que não tá comendo quase nada?

Paciente: Não sei.

Enfermeira: Porque pro diabetes, toda pessoa, a gente não pode também ficar sem comer.

Paciente: Não sei, não tenho apetite de comer.

Enfermeira: Vixe.

Paciente: Eu ponho um pouquinho de arroz, se tiver uma salada eu como, mas se for pra comer uma carne eu não como

Enfermeira: Quando começou a ficar assim?

Paciente: Faz mais de um mês que eu tô assim.

Enfermeira: Sem vontade de comer?

Paciente: Sem vontade de me alimentar, leite eu tomo só um pouquinho assim, se eu ponho no copo eu só tomo um pouquinho.

Enfermeira: Você percebeu que você emagreceu?

Paciente: Emagreci, esses dias eu perdi peso.

Enfermeira: Eu vou ver quanto você tava pesando, você tava com 57 quilos em marco e a gente pesa pra ver quanto tá agora.

Os fragmentos de fala acima demonstram que a enfermeira já intervém no momento em que a paciente relata perda de apetite, reforçando a importância de uma alimentação adequada, em especial, para pacientes diabéticos, e ainda procurando compreender os motivos que levaram à perda de apetite.

Ainda Mishima et al. (1998, p. 180) retratam que usuários trazem consigo alguma necessidade e que “no trabalho em saúde os trabalhadores podem através de suas habilidades e conhecimentos específicos, possibilitar a satisfação de parte dessas necessidades”. Nesse encontro usuário e trabalhador, é possível identificar que as intervenções, mesmo que mais abrangentes, se fundamentam no saber biológico. Haveria possibilidades de explorar outras dimensões relativas à queixa apresentada:

Paciente: Não sei, não tenho apetite de comer.

Enfermeira: Vixe.

Paciente: Eu ponho um pouquinho de arroz, se tiver uma salada eu como, mas se for pra comer uma carne eu não como

Enfermeira: Quando começou a ficar assim?

Paciente: Faz mais de um mês que eu tô assim.

Enfermeira: Sem vontade de comer?

Paciente: Sem vontade de me alimentar, leite eu tomo só um pouquinho assim, se eu ponho no copo eu só tomo um pouquinho

Nesse momento a enfermeira poderia ampliar e mesmo incluir a usuária para buscar outros fatores, outras ocorrências que pudessem contribuir para a perda do apetite. Poderia ser perguntado se ela (usuária) estaria passando por alguma situação que pudesse contribuir com essa perda de apetite. Tentar convidar a usuária a colocar outras situações que pudessem estar presentes na vida da mesma e que estivessem causando sofrimento e angústia. Na continuidade buscar estimular a usuária a participar do processo de intervenção, fazendo perguntas do tipo: Você gostaria de ter esse problema resolvido e se sim como pensa que seria uma maneira de solucioná-lo ou mesmo amenizá-lo? Como você gostaria que fossem encaminhadas possíveis propostas de ajudar a resolver? Ainda explorar se ela (usuária) acha que teria mais alguém que pudesse contribuir nesse momento para melhorar ou mesmo resolver a situação?

Essa postura coaduna com Pereira e Mishima (2003, p. 94) quando retratam que é necessário aproveitar do espaço de um atendimento para “estabelecer diálogos valorizando a fala e a escuta, os anseios, as angústias e as expectativas dos usuários”.

Ainda Starfield (2002, p. 293) aponta que as relações que se estabelecem entre profissionais e usuários podem ocorrer durante este encontro:

[...] atalhos, ou os pacientes podem não conseguir dizer muito a respeito de seu problema quanto gostariam, seja porque o profissional direciona o fluxo de informações fazendo apenas determinadas perguntas, seja porque o paciente não tem tempo suficiente. Algumas vezes o profissional pode fornecer muito pouca informação, de forma que o paciente é incapaz de entender o diagnóstico, o plano de intervenção ou o plano para reavaliação.

A autora aponta, também, que a interação profissional-paciente pode ser descrita através de três modelos: modelo atividade-passividade no qual o profissional é quem toma as decisões, podendo o paciente estar inconsciente ou anestesiado; modelo orientação-cooperação em que o profissional oferta as instruções, e o paciente é quem as realiza, já no terceiro modelo, nomeado de participação mútua, o profissional ajuda os pacientes no autocuidado, sendo que os pacientes tornam-se integrantes do processo de tomada de decisão, “os pacientes estão conscientes das restrições em suas próprias circunstâncias de vida que tornam determinados métodos de intervenção mais ou menos viáveis.” (STARFIELD, 2002, p. 296).

Reforçando a importância da autonomia do paciente a Carta de Ottawa conceitua que a promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação na construção desse processo (BRASIL, 1986).

Em continuação ao atendimento prestado pela Enfermeira C, esta faz uma avaliação dos exames laboratoriais, realizando análise comparativa entre os resultados anteriores e atuais, procurando solucionar dúvidas que a paciente apresenta acerca dos exames, como triglicérides e colesterol.

Paciente: E o colesterol baixo?

Enfermeira: Eu vou falar um por um tá?

Paciente: Tá.

Enfermeira: Oh o triglicerídeos, sabe o que é o triglicerídeos?

Paciente: Não.

Enfermeira: Ele está relacionado ao consumo de massa, arroz, esse seu tá ótimo, tá 143, tem que dar menos de 150, tá?

Paciente: Aha.

Enfermeira: O colesterol seu abaixou bem, tá muito bom.

Enfermeira: Tá 197, tem que dar menos que 200.

Paciente: Aha.

Enfermeira: E quando você fez a última vez o seu tava 220, então já conseguimos abaixar.

Paciente: Ah.

Enfermeira: Eu vou conversar com a doutora pra ver se você vai continuar tomando a sinvastatina ou se vai parar.

Paciente: Ah tá.

Enfermeira: O triglicérides também abaixou.

Enfermeira: O colesterol aumenta também quando a diabetes está descontrolada, porque o seu diabetes também estava descontrolado, daí a glicemia tava 115 mg/dl [...]

Enfermeira: Vamos ver sua pressão e seu peso pra ver se você tá emagrecendo.

Paciente: Tá.

A enfermeira então sai da sala para pesar a paciente e pede pra paciente regressar à sala e que irá conversar com a médica a respeito da medicação sinvastatina e em instantes retorna à sala.

Enfermeira: Oh, eu conversei com a médica e ela falou assim que a gente pode suspender a sua sinvastatina, tá, aquele lá que você toma pro colesterol.

Enfermeira: E aí a gente vai marcar um grupo pra você de hipertenso e diabético e pra você voltar daqui a 3 meses, aí nesse dia a gente vai pedir exames de novo.

Paciente: Tá.

Enfermeira: Se continuar bom tudo bem, aí você não vai precisar tomar mesmo (sinvastatina) se aumentar de novo aí a gente vê se precisa tomar ou não.

Paciente: Ah tá.

Enfermeira: Mas eu acho que não, agora vai continuar bom.

A enfermeira ao identificar uma diminuição no nível de colesterol coletado em exame atual, esta diz: *“Eu vou conversar com a doutora pra ver se você vai continuar tomando a sinvastatina ou se vai parar”* e então retorna à sala e relata: *“Oh, eu conversei com a médica e ela falou assim que a gente pode suspender a sua sinvastatina, tá, aquele lá que você toma pro colesterol”*, essa postura demonstra uma intervenção oportuna, na qual a enfermeira recorre ao profissional médico para assegurar o cuidado imediato.

Durante a entrevista realizada com a Enfermeira C, esta aponta a importância da multidisciplinaridade a fim de promover um cuidado mais efetivo, visando a satisfazer as necessidades de saúde do indivíduo, conforme exposto abaixo:

[...] de frente aos problemas que o paciente traz, tento mostrar pra ele quais são, quais são as opções pra ele e sempre com o apoio multidisciplinar, então às vezes não é só a questão de enfermagem, às vezes tem a questão médica, daí eu tento ou chama a médica junto pra consulta ou agenda pra ele uma consulta médica, às vezes precisa de um apoio psicológico, aí a gente tem o apoio do NASF, aí eu agendo com a psicóloga, aí sempre, já, às vezes dependendo da consulta eu já deixo uma outra consulta marcada, tem bastante paciente que eles já chegam lá, eles têm abertura sabe pra isso, porque às vezes ele quer voltar pra terminar de contar, né assim, pra terminar de falar como que foi sabe, que que ele resolveu com aquele problema [...]

Esse modelo de trabalho em equipe é nomeado por Starfield (2002, p. 166) como colaborativo onde: “as tarefas são compartilhadas; cada membro da

equipe enfoca as funções da atenção primária”, cujo objetivo final é assegurar a efetivação do cuidado prestado ao usuário. No entanto sabemos que o trabalho em equipe eficaz ainda é difícil de ser alcançado, mediante o “desafio da comunicação e da transferência de informações que são necessárias para a coordenação da atenção.” (STARFIELD, 2002, p. 167).

Ao aferir sinais vitais, a enfermeira identifica uma pressão arterial acima dos padrões de normalidade para uma pessoa sem diagnóstico de hipertensão: 150x90mmHg e procura compreender possíveis fatos que levaram a essa alteração:

Enfermeira: Sua pressão tá 15x9 mmHg.

Paciente: Minha pressão nunca deu esse tanto.

Enfermeira: Tá se sentindo bem?

Paciente: Tô me sentindo bem sim.

Enfermeira: A senhora não é hipertensa, tava caminhando?

Paciente: Tava sentada aí há mais de uma hora.

Enfermeira: Vamos medir de novo. Tá nervosa?

Paciente: Não.

Enfermeira: É deu 15x9mmHg.

Paciente: A mesma coisa né?

Enfermeira: Isso. Vamos fazer o controle da pressão dela. Oh, como hoje a sua pressão deu alterada, você mora aqui perto né?

Paciente: É, não é muito perto não.

Enfermeira: Onde você mora?

Paciente: Ah dá uma meia hora daqui, mas eu tenho aquele de medir no braço.

Enfermeira: A hora que a senhora mediu tava normal?

Paciente: Tava 12x7mmHg, esses dias eu medi tava sempre a mesma, 12, 14. A semana passada eu medi aqui (na unidade) e tava 15x9 mmHg.

Enfermeira: Vamos fazer um controlinho de pressão, porque mesmo você não tendo dor de cabeça, é diabética e tem que tá monitorando a pressão. Tem como você vir pelo menos duas vezes na semana?

Paciente: Dá pra vir, de madrugada eu tava com dor de cabeça.

Enfermeira: Deixa eu medir no outro braço, também deu 15x9mmHg

Paciente: Quando a pressão tá alta dói a cabeça?

Enfermeira: Dói a cabeça sim.

Enfermeira: Eu vou ter que ligar pro SAMU, ver se eles me mandam uma ambulância, pra poder dar a conduta, porque a médica acabou de ir embora, porque eu não posso medicar nada.

Paciente: E esses remédios pra dor pode ser eles (que aumentaram a pressão)?

Enfermeira: Não. Vou ligar lá no SAMU

A enfermeira nesse momento sai da sala e decide ligar no celular da médica para pegar a conduta, dizendo que o SAMU demoraria muito para chegar.

Enfermeira: Oh, a médica passou o captopril, você já tomou alguma vez o captopril?

Paciente: Não.

Enfermeira: Nunca tomou?

Paciente: Não.

Enfermeira: Esse daqui é pra baixar a pressão, a senhora tem alergia a algum remédio?

Paciente: Não.

Enfermeira: Então você vai colocar embaixo da língua e ele vai dar uma abaixada na pressão, daí você espera lá na frente que daqui uns 20 minutos eu meço de novo pra ver se abaixou a pressão. Tá bom?

Paciente: Tá

Enfermeira: E vamos fazer o controlinho da pressão. Oh, põe o remédio debaixo da língua (a enfermeira demonstra como colocar e a ajuda.). Esse é o cartãozinho para marcar a pressão, aí eu vou marcar a pressão de hoje e aí depois pede pra anotarem.

Paciente: Aí eu vou esperar lá no banco.

Enfermeira: Tá bom?

Paciente: Tá

Passada meia hora, é aferida a pressão da paciente apresentando 120x80mmHg e então é liberada para ir embora.

A enfermeira, diante da ausência do profissional médico na unidade, esta mobiliza e articula recursos voltados para assegurar uma intervenção diante de um episódio agudo de alteração de pressão arterial, lembrando que esta unidade está localizada em área rural, a enfermeira comenta que o atendimento de urgência, o SAMU, demoraria muito para chegar ao local, a enfermeira faz contato telefônico com a médica da unidade que havia acabado de deixar o local, e a mesma prescreveu o medicamento (captopril) a ser utilizado e, portanto, a enfermeira seguiu as orientações da médica se resguardando em questionar se a paciente tinha alergia a algum medicamento e solicitou que a paciente permanecesse na unidade para monitoramento da situação e só a dispensou quando foi identificado que os níveis pressóricos estavam dentro dos padrões de normalidade, solicitando monitoramento de pressão arterial duas vezes por semana.

Com relação aos atendimentos agendados, consideramos também a visita domiciliária como uma prática essencial para as ações em saúde e que foi incorporada fortemente pelo PSF.

O investimento maciço pela ESF na assistência domiciliária também está relacionado à diminuição dos gastos por internações hospitalares, já que os atendimentos visam à prevenção de agravos e à promoção à saúde, mas devemos nos atentar para explorar potencialidades no cenário domiciliar, a fim de promover uma mudança no modo de agir em saúde, não nos restringindo somente ao foco de redução de custos (PEREIRA; MISHIMA, 2003).

A assistência domiciliária não deve se restringir a problemas de saúde e sim sempre buscar potencialidades, visando à promoção e à prevenção de agravos (CUNHA, 2009).

Para Egry e Fonseca (2000) a visita domiciliária é considerada uma ferramenta constituída de técnicas, procedimentos e saberes necessários para as intervenções no processo saúde-doença-família e sendo assim imprescindível para a eficácia das ações em saúde.

Em um atendimento de visita domiciliária, a Enfermeira A visita um idoso de 81 anos portador de DPOC, com diagnóstico de hiperplasia prostática benigna, disúria e dificuldade para deambular e se alimentar. O idoso conta com uma nova cuidadora há uma semana, sendo esta ainda não conhecida pela enfermeira da ESF.

Durante a observação desse atendimento, a enfermeira realizou seu atendimento baseada nas queixas relatadas pela cuidadora, utilizou a anamnese e do exame físico, investigou acerca da internação recente do paciente e sobre as consultas particulares, em especial da pneumologista.

Cuidadora: Deu problema de rim também, quase perdeu os rins, porque ele chegou do hospital bem desidratado. Mas agora voltou ao normal a urina, ele tá evacuando, aí a médica receitou uma vitamina aí eu já não dei mais a partir de hoje, porque essa vitamina aqui (mostra o frasco) é que deu diarreia, eu li a bula e na bula fala: distúrbio gastrointestinal, porque até então ele não tinha diarreia, e esse fim de semana, no sábado que começou a administrar essa vitamina, aí no sábado, domingo e hoje de manhã pela manhã só diarreia, ele já tá fraco, se continuasse imagina...

Enfermeira: O fleet enema foi feito só na semana passada?

Cuidadora: Só na terça-feira às cinco da tarde.

Cuidadora: Aí parece que o genro dele levou né o papel lá no Mário Covas (ambulatório de especialidades do município).

Enfermeira: Aha, aí a gente ficou na dúvida, porque lá fala que era pra encaminhar pro nefro, então pelo que você tá falando ele teve problema renal também, né?

Cuidadora: Teve, eu acho, não deu tempo de perguntar, porque eu acho até que fizeram, foi feita uma diálise, porque olha o braço dele.

Enfermeira: É, eu acho. Será que foi?

Neste momento o paciente fala: Faz muito tempo que eu tenho isso.

Enfermeira: Faz muito tempo?

Paciente: Faz.

Enfermeira: Então não.

Enfermeira: Porque as meninas falaram que o genro falou que era pra encaminhar pro uro(logista) só que no papel tava nefro(logista).

Cuidadora: É nefro, a médica passou pra mim.

Enfermeira: Aí assim, porque assim, uro é uma coisa, porque ele foi pro uro e tinha a próstata aumentada, agora eu vejo lá (na unidade) certinho.

Cuidadora: Nefro e pneumologista.

Enfermeira: O que eu vi tava nefro.

Cuidadora: Mas tinha uma outra carta que ela tinha dado, mas não sei se ele (genro) entregou lá, deixa eu ver se é uma dessas (cartas) aqui.

Enfermeira: Pneumologista ele já passou.

Cuidadora: Já?

Enfermeira: O genro, o filho já levou.

Cuidadora: Mas é do posto?

Enfermeira: Não, é particular. Porque o filho dele, o genro levou o processo de alto custo da bombinha dele. Essa bombinha a gente não tem aqui, a doutora vai continuar fazendo a receitinha? Aí o filho dele falou que sim, que toda vez que precisasse ela vai fazer.

Cuidadora: Porque eu lembro que ela (médica) me deu duas folhinhas dessas a mais, uma pro nefro lá do Mário Covas e a outra era esse negócio de pneumologia.

Enfermeira: Ele já passava na pneumo, mas que nem eu falei pro genro...

Cuidadora: Mas tem como passa ele de novo então nessa médica aí?

Enfermeira: Tem, a gente faz o encaminhamento.

Cuidadora: Fazendo esse favor, porque aí eu prefiro tá acompanhando ele agora, faz uma semana que eu tô com ele, então a gente continua com a médica do posto.

Paciente: É, porque é melhor, eles (filhos) gastam muito.

No trecho anterior, pudemos observar a preocupação da enfermeira em compreender os encaminhamentos e seus respectivos fluxos e assim intervir de maneira mais cuidadosa nesses encaminhamentos para providenciar as exigências normativas que viabilizem o acesso.

Durante a visita domiciliária, a enfermeira realizou a anamnese abordando diversos aspectos biológicos relacionados à dimensão clínica – alimentação, eliminações, sono e deambulação.

Nesse atendimento a enfermeira demonstra preocupação em relação à pressão arterial do paciente:

Cuidadora: O medicamento (para dormir) abaixa a pressão, aí eu dei normal, no que foram medir a pressão dele tava baixa, eu acho que seria ideal eu tá medindo né a pressão dele porque se tiver boa não precisa dar o remédio da pressão, não é assim que funciona?

Enfermeira: Não, a médica tem que avaliar.

Cuidadora: Ele toma.

Enfermeira: Tem que dar mesmo assim.

Cuidadora: Tem que dá?

Enfermeira: Tem.

Cuidadora: Tava 10x6, 10x4.

Enfermeira: Mas pode ser pelo próprio quadro dele.

Cuidadora: Ah tá, porque ele tava debilitado ainda, tinha saído um dia antes (do hospital).

Enfermeira: Porque normalmente a pressão dele é mais altinha.

Cuidadora: Ah é?

Enfermeira: As meninas (auxiliares de enfermagem) podem vir medir tá?

Cuidadora: Aha.

Enfermeira: Terça, quinta, não, sexta é a visita delas das auxiliares, aí eu preço pra elas estarem vindo medir.

Cuidadora: Então tá.

Enfermeira: No dia 17/06 tava 16x10mmHg.

Cuidadora: Ah tá.

Enfermeira: 13x8.

Cuidadora: Sem o remédio então, a pressão dele é lá em cima?

Enfermeira: Sobe, sobe bastante.

Ao realizar o exame físico dos membros inferiores a enfermeira orienta a cuidadora e o paciente para colocar os pés para o alto, pois refere que o pé está tão edemaciado que nem o pulso pedial ela consegue palpar.

Cuidadora: Tá vendo...tem que deixar (colocar os pés para o alto)

Enfermeira: De vida boa, com o pé pro alto e comendo.

Outra questão abordada pela enfermeira foi em relação ao sono, deambulação e uso da medicação:

Enfermeira: Mas ele dorme a noite inteira?

Cuidadora: Tá dormindo a noite inteira

Enfermeira: Ele tá tomando banho sozinho?

Enfermeira: Quantas vezes você dá o ensure?

Cuidadora: Não, eu que dou.

Enfermeira: Andar ele tá andando sozinho?

Cuidadora: Isso.

Enfermeira: Ele tava tomando alprazolam...parou?Você sabe?

A forma como se processou o atendimento vem ao encontro da afirmação de Egry e Fonseca (2000) de que a visita domiciliária não se restringe às queixas pontuais e específicas que, conseqüentemente, promovem intervenções igualmente pontuais, específicas e muitas vezes ineficazes.

Por outro lado, ao buscar as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde por meio do Manual da Atenção Básica para a saúde da população idosa, pudemos constatar que são atribuições da enfermeira: realizar atenção integral às pessoas idosas; promover a assistência domiciliar, se necessário; realizar consulta de enfermagem, incorporando a avaliação multidimensional rápida e, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, mediante as disposições legais da profissão; orientar o idoso, os familiares e/ou cuidadores sobre a correta utilização dos medicamentos; investigar alterações de peso, fadiga, mal-estar inespecífico, quedas, transtornos do sono, alterações cardiovasculares, alterações miccionais ou intestinais, presença de incontinência, afecções osteoarticulares, dor e problemas sexuais; avaliar sempre a circulação periférica, devido à alta prevalência da insuficiência venosa, causando edema em membros inferiores e também aspectos sobre a alimentação da pessoa idosa, como a perda de apetite, diminuição da sede e problemas relacionados à deglutição devido ao uso de próteses dentárias.

No entanto, pela observação desse encontro, foi possível identificar que a enfermeira não abordou tais aspectos como: compreender o relacionamento da família com o paciente, fato somente relatado pela cuidadora, como descrito no trecho abaixo:

Enfermeira: E vamos animar...por favor hein, agora o senhor tem a cuidadora que cuida do senhor.

Cuidadora: Os filhos que fica tudo em cima, mimando, fica paparicando.

Enfermeira: Os filhos tudo preocupados.

Cuidadora: Tudo, tem paciente que a tipo assim coloca cuidadora, esquece, sabe que é assim, né?

Enfermeira: Praticamente muda de casa.

Cuidadora: Pelo contrário eles ligam, eles vêm à noite, sai do serviço vem, se eles não ligam, final de semana tá todo mundo aqui.

Enfermeira: Que bom.

Em relação ao trecho anterior, identificamos que a enfermeira explora muito pouco sobre as relações familiares e ao dizer “agora o senhor tem a cuidadora que cuida do senhor” conota uma valorização do cuidado prestado pela cuidadora em detrimento do cuidado realizado anteriormente pela família.

No conjunto dos trechos de fala, é possível apontar o predomínio da prática de enfermagem centrada na reprodução e fundamentada na visão biomédica, estabelecendo relação frágil e até mesmo ausente com o emocional, com o social e com o coletivo. Com isso, não estamos negando a importância dos cuidados acima referidos, mas estamos apontando que nossa prática é também norteada por um eixo dicotomizado (PEREIRA; MISHIMA, 2003).

A questão dos hábitos alimentares também é explorada, assim como o uso de suplementos alimentares, mas em sua superficialidade, não sendo interrogadas a quantidade de alimentos ofertados durante o dia e a forma de preparo dos alimentos. Vale destacar que o trecho demonstra o foco na alimentação, sendo este voltado para os alimentos laxativos, devido à constipação relatada pela cuidadora.

Enfermeira: Quantas vezes você dá pó ensure?

Cuidadora: Olha é de manhã, de 2 a 3 vezes no dia, a maioria é de 2 vezes no dia, cedo e à noite, porque eu tô tentando dá fruta, banana amassada com aveia pra solta o intestino, até eles tavam dando suco de laranja com mamão pra solta o intestino, mas não é bom dá muito por causa da acidez da laranja, né?

Enfermeira: Mas, mamão com ameixa é bom.

Cuidadora: Bater?

Enfermeira: Mamão, água e ameixa.

Cuidadora: Ah é?

Enfermeira: Pode bater.

Cuidadora: É bom?

Enfermeira: É, ameixa preta.

Cuidadora: Sem caroço. É, eu tenho uma paciente, é que eu tenho mais dois pacientes no fim de semana que ela é mamão e ameixa sem caroço que dissolve naqueles potinhos

Enfermeira: Pode, pode bater, linhaça pode bater.

Cuidadora: Aha, mas depois que ele passou a comer frutas essas coisas, banana.

Enfermeira: Melhorou né?

Cuidadora: Depois que ele saiu do hospital, ele começou a fazer uma vez por dia em bastante quantidade, antes do banho eu ponho ele no vaso e ele costuma fazer bastante quantidade. Tá bom uma vez por dia desse jeito né?

Enfermeira: Tá ótimo, sendo bastante e não muito duro tá ótimo.

Na continuidade, a enfermeira informa a cuidadora que acionará a nutricionista do NASF para realizar uma visita para esclarecer dúvidas quanto à utilização de suplementos e dietas balanceados para o paciente.

Enfermeira: Essa semana, a gente tem uma nutricionista na unidade, ela é de um programa que chama NASF, então ela vem a cada, pelo menos uma vez por semana...

Enfermeira: Ela vai tá vindo, essa semana eu não sei se ela vem, mas eu vou estar fazendo um curso. Eu vou dar uma verificada quando ela vem, pra quando ela pode tá vindo e orientando pra ver se a gente pode tá adicionando mais alguma coisa na dieta pra tá melhorando.

A enfermeira mobiliza e articula um dos recursos mais especializados para prover adequada orientação e conduta específica em relação à dieta, e ainda tem uma atitude demonstrativa de articulação quando se propõe a estar junto no dia em que a nutricionista agendar o atendimento, podendo ter trocas e aprendizado e dar continuidade aos cuidados prescritos e mesmo acionar novamente a nutricionista caso se faça necessário. Nessa intervenção no acesso ao profissional do NASF, no caso a nutricionista, ficou uma interrogação: quando será o atendimento? O tempo de espera pode ser um obstáculo para acesso a uma consulta especializada. Essa necessidade de ordem nutricional desse paciente pode ser ainda mais comprometida pelo tempo de espera? Será que a enfermeira poderia ter recorrido a outras informações que possibilitassem identificar a prioridade desse atendimento pela nutricionista e assim aciona-la mesmo antes da data estabelecida para ela (nutricionista) vir a esta ESF no qual esse usuário está sob responsabilidade? Ou ainda que, por meio de um contato telefônico, a nutricionista já pudesse fazer recomendações dietéticas pertinentes à situação desse senhor idoso.

Outro recurso acionado pela enfermeira, nesse atendimento diz respeito ao monitoramento e à avaliação da pressão arterial do paciente. A cuidadora neste encontro manifestou preocupação pelo fato de os pés do paciente estarem edemaciados e com uso da medicação anti-hipertensiva conforme revela o diálogo estabelecido:

Cuidadora: O medicamento abaixa a pressão, aí deu normal, no que foram medir a pressão dele tava baixa, eu acho que o ideal seria eu tá medindo né a pressão dele, porque se tiver boa não precisa dar o remédio da pressão, não é assim que funciona?

Enfermeira: Não, a médica tem que avaliar.

Cuidadora: Ele toma.

Enfermeira: Tem que dar mesmo assim.

Cuidadora: Tem que dá?

Enfermeira: Tem.

Cuidadora: Tava 10X60, 10X40.

Enfermeira: Mas pode ser pelo próprio quadro dele.

Cuidadora: ah tá, porque ele tava debilitado ainda, tinha saído um dia antes (da internação hospitalar).

Nessa interlocução, a enfermeira valorizou os questionamentos da cuidadora, procurando responder às questões por ela levantadas e assegurou o recurso para monitorar a pressão arterial do paciente, por meio de visita domiciliar das auxiliares de enfermagem para a aferição, para que, se houvesse necessidade de alterar a posologia do anti-hipertensivo, essa decisão fosse assim tomada pelo médico.

Enfermeira: Terça, quinta, não, sexta é a visita delas, das auxiliares, aí eu peço pra elas estarem vindo medir.

Enfermeira: Pode ser que agora resolvendo a maioria dos problemas, a pressão estabilize, então as meninas vindo medir, aferir a PA, a gente vai ter a noção se vai ter que mudar o remédio, diminuir, ver o que fazer.

Na observação desse atendimento também foi possível perceber que não houve enfoque em relação ao recurso financeiro ou explorar outra forma de obter o suplemento alimentar. Vale lembrar que o suplemento alimentar pode ter seu fornecimento feito por Solicitação Administrativa de Medicamento ou Nutrição Enteral da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no caso de essa solicitação ser negada, ainda resta acionar a via judicial, direito este conquistado na Constituição Federal de 1988 e assim ressaltado (SÃO PAULO, 2011):

A Constituição Federal/88, no paradigma do Estado Democrático de Direito, adotou a dignidade da pessoa humana como princípio maior, matriz de todos os direitos e garantias fundamentais, valor-fonte de todo o sistema moral e jurídico das sociedades contemporâneas, fundamento da própria República Federativa do Brasil (artigo 1º, inciso III) e, no capítulo destinado à família e à criança, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde etc. A dignidade humana não se preocupa apenas com a existência biológica do ser humano, mas com a satisfação das condições que assegurem uma existência digna.

Recorrer aos recursos assegurados ao cidadão é um dos instrumentos que precisa ser incorporado tanto pelos trabalhadores como também pelos usuários, sendo essas iniciativas estratégias para aproximar do exercício do direito à saúde.

Essa observação torna-se relevante, uma vez que outras demandas requeridas para a atenção ao paciente têm sido providenciadas pela família que paga assistência privada. Trata-se do custo referente às consultas particulares e aos medicamentos e o acesso a consultas de especialidades, no caso pneumologia, que

se encontra com demora de aproximadamente 6 meses, o que levou a família do paciente a procurar serviço privado.

Diante dessa situação de acesso comprometido aos serviços e a outras tecnologias especializadas, Mattos (2005) considera a necessidade de refletir sobre seus obstáculos e destaca entre eles: falta de planejamento em relação à alocação de recursos ou até mesmo um uso indiscriminado dos serviços especializados para fins diagnósticos ou terapêuticos, elevando o consumo de bens e serviços que favorecem indústrias farmacêuticas e empresas prestadoras de serviços, em especial, as de imagem-diagnóstica.

O autor lembra que o Estado tem responsabilização do acesso a bens e serviços e, portanto, a avaliação dessas demandas precisa ser objeto de preocupação, no sentido de regular a incorporação de tecnologias de saúde para diferenciar a eficácia do recurso proposto ou de “suscitar práticas de saúde nas quais os profissionais não levam em conta as evidências científicas no momento de indicar o uso de certa tecnologia.” (MATTOS, 2005, p. 42).

Mattos (2005) nos oferta uma produção significativa para promover uma reflexão sobre o quanto uma necessidade de consumo foi gerada em um processo de construção social.

O domicílio também foi considerado por Furtado (2001, p. 198), “como um ambiente com mais ressonância para o agir além das questões estritamente médicas e técnicas, possibilitando agregar às dimensões emocionais e afetivas”.

✓ **Coleta de Dados:** eventos episódicos e problemas atuais

Outra subunidade apreendida foi à coleta de dados baseada em eventos episódicos e problemas atuais, representada pela demanda espontânea, na qual o usuário busca o serviço a fim de solucionar situações de sofrimentos reveladas por queixas agudas ou agudizadas. No entanto se a prática de saúde, no caso deste estudo prática de enfermagem, se pautar por uma escuta ampliada, estabelecendo uma interação acolhedora entre usuários e trabalhadores, podem ser desvendadas outras necessidades além das inicialmente apresentadas pelos usuários, que geralmente são necessidades de ordem biológica.

Essa configuração de prática de atenção à saúde sinaliza ou mesmo exige um entendimento de necessidades de saúde para além das queixas apresentadas.

Conseguir identificar as necessidades para além da queixa apresentada pressupõe que os trabalhadores precisem desenvolver a escuta qualificada, o que pressupõe exercitar uma “postura interior de disponibilidade “curiosa” conforme assinala Silva⁴.

O atendimento espontâneo ou não agendado é previsto na ESF e incorporado na organização do processo de trabalho pelo menos ao serem reservados nas agendas horários livres para prestarem atendimentos aos usuários que estão sem agendamento no dia solicitado.

Para Franco e Merhy (2003), quando a população busca os serviços de atenção à saúde em seus problemas agudos, circunstâncias de sofrimento e angústias e se os serviços não dão resposta às suas demandas, os usuários acabam buscando unidades de Pronto-Atendimento e até mesmo Prontos-Socorros. Desta forma, além do vínculo do usuário com o serviço de APS se fragilizar, também essa prática se constitui um dos fatores corroboradores para que o Pronto-Atendimento seja um dos principais pontos de acesso (CACCIA BAVA et al., 2011). Situações dessa natureza revelam que o processo de trabalho dos serviços de ABS guarda fundamental importância para a reorganização do acesso ao sistema de saúde.

Franco e Merhy (2003) destacam que as ofertas dos serviços de saúde se pautaram exclusivamente no profissional médico, o que é característico do processo de trabalho do modelo médico-hegemônico. Esse desenho organizativo já é sabido que tem pouca resolubilidade para doenças e situações crônicas.

A queixa aguda pode indicar a necessidade de iniciar investigações mais específicas e seu monitoramento subsequente. Quando se adota a preocupação com a demanda espontânea, o serviço de ABS estará comprometido com uma de suas atribuições, ou seja, contribuir para a reorganização do fluxo do atendimento no sistema de saúde.

Nesse sentido estamos defendendo a necessidade de articulação entre uma demanda espontânea e uma demanda programada. A primeira pode ser geradora de identificação de situações de risco para a saúde, e dessa forma indicar desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto a grupos populacionais ou mesmo a comunidade.

⁴ SILVA, M. A. I. **Protocolo para acolhimento e avaliação de risco**. In: SANTOS, J. S. (Coord.). Protocolos clínicos e de regulação para fortalecer o complexo regulador e a atenção básica à saúde. (No prelo).

Nesse processo de atenção à saúde, estamos nos posicionando com Oliveira, Mattos e Souza (2009, p. 1937) com relação à chamada "*demand espontânea*" de usuários por pronto-atendimento médico, o sistema deva estar plenamente aberto ao seu acolhimento, seja em que nível ou em tipo de serviço for.

Para a construção do novo modelo de atenção, com a estruturação das práticas pautadas nas necessidades dos usuários, faz-se necessário investir nos aspectos políticos de diversas naturezas: política de saúde em sua dimensão da gestão da atenção, da gestão de pessoal e de formação para a saúde, entre outros.

Em tomando a prática de enfermagem, historicamente a enfermeira nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo, Almeida e Rocha (1997) apresentam a afirmação de Leser (1972) onde esse autor indica que as atividades da enfermeira se voltaram para ações de supervisão, controle e treinamento de pessoal.

Na década de 1970, as autoras assinalam as mudanças na organização tecnológica do trabalho, nestes serviços, onde a prática da enfermeira interfere tecnicamente no trabalho de enfermagem, com destaque para a vacinação, no entanto mesmo nas ações de treinamento de pessoal e organização de atividades técnicas estas são realizadas sem um processo sistematizado e em caráter emergencial. Essas características não possibilitam visibilidade do trabalho e mesmo revelam ausência de uma proposta, reforçando as dificuldades para delimitação de seu espaço, em um momento que não se tinha uma política estabelecida para a conformação das práticas de saúde.

Na aprovação e implantação do SUS, as práticas sanitárias são legalizadas e norteadas pelos princípios da integralidade da atenção, universalidade, equidade e a participação social, tendo as necessidades dos usuários como foco da organização e desenvolvimento das práticas e dos serviços de saúde.

Almeida (1991), ao realizar observações sobre o trabalho da enfermeira em três Unidades Básicas de Saúde - UBS de Ribeirão Preto, afirma que as ações desenvolvidas por essas agentes, diretamente com a população, se dão em duas direções: realização de procedimentos técnicos de enfermagem e também aqueles que tratam de "*dar encaminhamento à clientela excedente*". Ainda a autora aponta a realização de atividades que envolvem a organização, a coordenação e a articulação não só específicas de enfermagem, mas desta com outros setores da unidade de saúde.

Em se tratando da demanda espontânea, Almeida (1991) descreve que cabia à enfermeira selecionar os usuários que buscavam atendimento sem agendamento prévio, e essas agentes, após ouvi-los, ajustavam consulta médica do turno em vigência e, ainda, aqueles que teriam condições de serem encaminhados para outros serviços de saúde assim os orientavam ou mesmo agendavam uma consulta médica para outro dia/período na mesma unidade.

No estudo a autora concluiu:

[...] todas as atividades estão voltadas para a consulta médica, enquanto o atendimento individual; portanto o modelo predominante é o '**Pronto Atendimento**' em Saúde, centrado na "queixa" dos clientes. [...] As atividades de enfermagem voltam-se também para esta ação; são, portanto atividades auxiliares da consulta médica (ALMEIDA, 1991, p. 253, grifo nosso).

A demanda espontânea tem potência para conformar os serviços da rede de ABS como porta de entrada para o SUS e nessa conformação a enfermagem, particularmente a enfermeira, poderia desenvolver sua prática de atenção a qual trouxesse contribuições significativas para identificar as reais necessidades dos usuários e, a partir dessas necessidades, participar de projetos terapêuticos individuais, como também participar da construção de projetos de ações coletivas fundamentados em necessidades identificadas no atendimento individual, que, no entanto, são de ordem coletiva. Um projeto conformado com essas características mostra-se potente para estabelecer relações de vínculo e de confiabilidade no serviço do primeiro nível de atenção e, por conseguinte, melhorar o acesso a esses serviços como também aos de outros níveis de atenção.

Campos (2007), alerta sobre a sustentabilidade do SUS, e discutindo a sustentabilidade do SUS no Brasil, assinala, dentre outros aspectos, o desafio posto para a Saúde da Família, de que:

Pelo menos 80% dos brasileiros necessitariam estar matriculados em equipes de atenção primária. Pela teoria dos sistemas de saúde, uma atenção primária que se responsabilize por 80% dos problemas de saúde de uma população e que resolva 95% deles é uma condição fundamental para a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde. Com essa finalidade, as equipes de atenção primária necessitam operar com três funções complementares: a clínica, a de saúde pública e uma de acolhimento (atendimento ao imprevisto e atenção à demanda) (CAMPOS, 2007, p. 304).

O autor considera que a dimensão de saúde coletiva tem sido valorizada, enquanto a clínica e o acolhimento têm sido subestimados. Nesse sentido, se faz

necessário promover a reflexão prática para que a prática de saúde nos serviços de atenção básica possa se exprimir na ação articulada dessas três dimensões.

Durante a observação de outro atendimento de demanda espontânea realizado pela Enfermeira A onde a paciente apresentou queixa de nódulo mamário durante o acolhimento realizado pelas auxiliares de enfermagem da unidade foi possível apreender um movimento da prática de enfermagem em que ainda não há a integração dessas três dimensões.

Enfermeira: As meninas (auxiliares de enfermagem que fizeram o acolhimento) me contaram que você está com um nódulo do seio.

Paciente: Aha.

Enfermeira: Quando que foi? Tá perto de você menstruar?

Paciente: Tá.

Enfermeira: E ele aparece?

Paciente: Ah nunca vi.

Enfermeira: Nunca reparou?

Paciente: Não.

Enfermeira: Tá, quando que você menstruou a última vez?

Paciente: Não sei, tá pra vir amanhã ou depois, tá bem dolorido sabe.

Enfermeira: Tá, nesse período de menstruação a mama fica mais dolorida mesmo e pode ter aparecer algum outro nódulo, porque por conta dos hormônios as glândulas meio que incham.

Paciente: Porque eu sempre olho né e eu nunca achei isso, pode ser que tá tudo inchado porque tá tudo dolorido.

Enfermeira: A gente vai dar uma avaliada e ver como é que tá.

A enfermeira no primeiro momento, centra suas questões no ciclo menstrual para, se possível, correlacionar com a presença do nódulo, que para enfermeira não se caracteriza por um nódulo e sim uma glândula edemaciada por conta do período pré-menstrual. Em continuidade ao atendimento, a mesma recorre ao exame físico e aos saberes da anatomia e fisiologia para identificar as necessidades de saúde da paciente, no caso desse atendimento um exame físico focado na queixa – mama esquerda com presença de nódulo, como descrito no trecho abaixo:

Nesse momento a enfermeira pede pra paciente sentar na maca para fazer o exame físico

Enfermeira: Quero que você tire a blusa, o sutiã.

Paciente: Por quê? É só no seio esquerdo.

Enfermeira: Só no esquerdo.

Paciente: E esse do esquerdo você tem que fazer muita pressão pra achar sabe?

Enfermeira: Tá. Você toma algum psicotrópico?

Paciente: Que que é isso?

Enfermeira: Remédio controlado.

Paciente: Não.

Enfermeira: Antidepressivo?

Paciente: Não.

Enfermeira: Às vezes ele faz sair algum tipo de secreção. De remédio você só tá tomando cipro?

Paciente: Só.

Enfermeira: Pode deitar (na maca). Tá com quantos anos?

Paciente: 32.

Enfermeira: Alguém na família teve câncer?

Paciente: Não.

Enfermeira: Na mama não?

Paciente: Não.

Enfermeira: Neste momento a enfermeira realiza a palpação da mama esquerda para poder sentir o possível nódulo e ela vai palpando e perguntando pra paciente qual é o local.

Paciente: Se apertar dói se apertar.

Enfermeira: Se apertar dói?

Paciente: É. Aqui tá tudo dolorido na verdade.

Enfermeira: Tá tudo dolorido?

Paciente: Tá.

Enfermeira: É esse (seio) que sai líquido?

Paciente: É.

Enfermeira: Agora não quer sair (líquido). Você já amamentou?

Paciente: Já.

Enfermeira: Quantos?

Paciente: Um só.

Enfermeira: Um só?

Paciente: É.

Enfermeira: Ela apalpa o seio direito e pergunta se dói.

Paciente: Não.

Enfermeira: A mama é composta de várias glândulas e a sua mama que é grande ainda as glândulas são em número mais aumentado e nesse período menstrual às vezes elas incham mesmo, então o que nós vamos ter que fazer: acabar este período menstrual, dar uma semana e aí você vê se não murchou o nódulo você vai voltá pra gente ver de novo. Porque agora no período menstrual pode ser confundido com coisas normais da menstruação, e a gente vai ter que avaliar depois que terminar essa menstruação e como que vai estar depois e aí se ele continuar a gente vai ter que pedir exames, porque como ela é bastante grande tem várias, várias glândulas palpáveis, sente a hora que você passa?

Paciente: Sinto, dói.

Enfermeira: Porque você tá no período menstrual, ela dói mesmo, fica mais dolorida, então nós vamos precisar esperar acabar esta menstruação, desce, acaba, dá uma semana mais ou menos e aí você vai voltá pra gente reavalia. Aí você volta tá?

Paciente: Tá.

Enfermeira: Que a gente reavalia, se melhorou ok, era do período menstrual mesmo tá, que elas incham mesmo, se não melhorou, aí nós vamos pedir exames, encaminhar pra masto(logista) se for preciso, o que precisa a gente encaminha tá, mas aí tem que esperar o período menstrual acabar pra gente saber certinho do que que é, tá bom?

Paciente: Tá, mas quantos dias mais ou menos?

Enfermeira: Quando você acha que você menstrua?

Paciente: Só dois dias.

Enfermeira: Não, termina a menstruação você conta uma semana e aí você volta.

Paciente: Tá, conta uma semana.

Enfermeira: Isso depois que terminar a menstruação aí você volta, que aí o organismo já se restabilizou. Tá bom? Pode levantar (da maca).

Paciente: Do anticoncepcional não pode ser né?

Enfermeira: Do anticoncepcional?

Paciente: É.

Enfermeira: Pode também, mas a gente precisa esperar terminar este período menstrual mesmo, aí terminando isso é que a gente vai ter a noção certeza se é alguma coisa ou não.

Paciente: Então porque essa secreção é normal que sai assim?

Enfermeira: Então o anticoncepcional às vezes vai sair um pouquinho sim, mas agora eu apertei e não saiu, vamos ver se depois que você parar de menstruar, passar essa semana e a gente apertar de novo saiu, se sair tem como a gente colher ela, a gente põe na lâmina e manda pra analisar.

Paciente: porque sai um monte de noite.

Enfermeira: É?

Paciente: Bastante.

Enfermeira: E a gente tem como analisar pra ver certinho o que que é.

Enfermeira: Ah, mas aí a gente faz isso, passando a menstruação, uma semana você volta, pode ser esse horário mesmo.

Enfermeira: Tá bom.

Paciente: Tá.

Enfermeira: Aí você vem, a gente reavalia de novo e vê como é que tá fora do período menstrual e se continuar aí ainda a gente pede o que for preciso, encaminha pra onde for necessário.

Paciente: Tá.

Enfermeira: Tá bom?

Paciente: Mas você acha que é uma glândula essa aqui?

Enfermeira: Tá com cara viu.

Paciente: Aí meu Deus do céu.

Enfermeira: Ela tá muito, muito.

Paciente: Eu fiquei até mole quando vi isso daqui.

Enfermeira: Não, não, não precisa ficar assim. Por estar no período menstrual a gente não tem como avaliar muito bem, então tem que terminar pra gente ter um diagnóstico certinho.

Paciente: Então como tá pra descer pra mim fica mesmo, sabe tudo dolorido.

Enfermeira: Mas o meu também tudo fica, de toda mulher fica, por isso que a gente não consegue avaliar muito bem quando tá pra menstruar por conta disso porque já fica inchado, já fica dolorido, fica mais sensível.

Paciente: Porque se descer pra mim amanhã, desce sábado e domingo.

Enfermeira: E aí no finalzinho da semana que vem.

Paciente: Na segunda, na outra segunda-feira.

Enfermeira: Isso, ou no finalzinho ou na outra segunda-feira você já pode vir, que a gente já tem como avaliar melhor, tá?

Paciente: Tá, não é pra vir na outra semana, é na outra né?

Enfermeira: É, na outra.

Paciente: Tá.

Enfermeira: Mas você vem tá, não esquece não? Não deixa passar não pra gente saber certinho o que que é e já tira as suas preocupações também, por enquanto não precisa ficar preocupada não, porque como a mama é grande confunde mesmo.

Paciente: É?

Enfermeira: Confunde e por estar perto da menstruação confunde mais ainda, mas por enquanto fica desencanada.

Paciente: Esse que é o duro né.

Enfermeira: Não, em duas semanas não acontece nada não, fica tranquila e aí se tiver mesmo a gente encaminha pra onde for necessário.

Paciente: Não vai passar nenhum remédio?

Enfermeira: Por enquanto não, por estar no período menstrua, a gente tem que esperar e nóduo assim a gente normalmente não costuma passar medicação não, a gente costuma encaminhar pra ver o que é, mas fica tranquila.

Paciente: O anticoncepcional pode tomar normal né?

Enfermeira: Pode, pode voltar a tomar normal, não para não, tá bom?

Paciente: Tá.

Enfermeira: Obrigada.

Paciente: Obrigada você.

Enfermeira: Você volta não esquece.

Paciente: Tá bom, obrigada.

A enfermeira identifica a necessidade de uma reavaliação após o período menstrual, realização de exames e manutenção do uso do anticoncepcional oral e, se mesmo após o período menstrual persistir o nódulo, então a enfermeira sugere um encaminhamento como descrito na fala a seguir:

A gente reavalia, se melhorou ou era do período menstrual mesmo tá, que elas incham mesmo, se não melhorou aí nós vamos pedir exames, encaminhar pra masto(logista) se for preciso, o que precisar a gente encaminha tá, mas aí tem que esperar o período menstrual acabar pra gente saber certinho do que que é, tá bom?

A enfermeira procura amenizar a angústia da paciente quanto à presença do nódulo em mama esquerda, dizendo: *“mas você vem tá, não esquece não? Não deixa passar não pra gente saber certinho o que que é e já tira as suas preocupações também, por enquanto não precisa ficar preocupada não, porque como a mama é grande, confunde mesmo.”*

Pereira (2001) considera que, durante o atendimento de enfermagem, é necessário que a enfermeira estabeleça um diálogo com o paciente/usuário, no sentido de conhecê-lo **na sua singularidade**, seus valores, crenças, dificuldades físicas, emocionais e suas relações com o núcleo familiar e social.

Portanto a atitude da enfermeira, durante o atendimento, demonstra uma prática que considera parcialmente os aspectos citados por Pereira (2001), uma vez que procurando aliviar tensões e sofrimentos, recorre a respostas e informações para as dúvidas da paciente que remetem a situações previamente conhecidas e generalizadas – *“Enfermeira: Mas o meu também tudo fica, de toda mulher fica, por isso que a gente não consegue avaliar muito bem quando tá pra menstruar por conta disso, porque já fica inchado, já fica dolorido, fica mais sensível”*. Essa forma de escutar a singularidade da usuária não foi considerada em sua amplitude. A afirmação emergiu, ao observar a expressão facial da paciente e ao deixar o consultório onde demonstrava a permanência de sua inquietação, acrescido de que mesmo com as informações/orientações prestadas pela enfermeira, por várias vezes a paciente voltava a fazer questionamentos ainda pertinentes a sua queixa e reveladores de sua preocupação e *“Não vai passar nenhum remédio? Mas você acha que é uma glândula essa aqui?”*.

Nesse encontro, a enfermeira poderia ter acolhido a usuária em suas angústias e para tanto poderia manifestar o entendimento da preocupação da paciente, quando se detecta um caroço no seio e, continuando poderia ter perguntado o que a tranquilizaria até esperar o término do ciclo menstrual. Esse tipo de diálogo poderia abrir e desvendar outros aspectos relacionados à situação, outras experiências vivenciadas por essa mulher e mesmo detectar outras necessidades ainda não reveladas.

Outro atendimento realizado pela Enfermeira A retrata uma mãe que veio à unidade solicitando exames para o filho, já que a família recentemente perdeu o convênio de saúde privado, sendo que o filho tinha um último retorno do médico particular e precisava levar o exame.

Enfermeira: Ele tinha uma consulta com a Dra e que dia que foi?

Mãe: Fevereiro.

Enfermeira: Ele já passava com ela?

Mãe: Já, já.

Enfermeira: Não era a primeira vez?

Mãe: Não, é porque assim no caso a gente tinha um convênio né, meu marido trabalhava numa firma e tinha o convênio e aí como meu marido saiu da firma, então a gente perdeu o convênio, só que antes dele sair ele já tinha uma consulta agendada, então ele ainda teve direito ao retorno.

Enfermeira: Ah então tá. Então agora você não vai mais acompanhar com ela?

Mãe: Não.

Enfermeira: Vai ficar só aqui mesmo?

Mãe: Isso, porque assim ele ainda tem um retorno com ela, porque no caso como ele faz uso das medicações, em novembro é o retorno dele ele tem que fazer um eletro, no caso ia ter que ser no particular.

Enfermeira: Se for só o eletro da cabeça a gente consegue fazer por aqui mesmo não tem problema.

Mãe: É, só o eletro.

Enfermeira: A gente faz, demora um pouquinho mais....

Mãe: Ai que bom.

Enfermeira: Mas a gente faz.

A enfermeira ao relatar “a gente faz, mas demora um pouquinho mais” acaba por atribuir um caráter depreciativo em relação ao acesso ao SUS quanto aos serviços especializados, sem contextualizar se essa condição de necessidade é ou não considerada uma urgência.

Ainda tem por foco a identificação das necessidades centrada nas queixas verbalizadas pela mãe relacionadas à doença do filho, em especial, relato no qual a mãe expõe que a criança é agitada, mesmo fazendo uso de carbamazepina, medicamento utilizado também para controlar ansiedade, em especial, de crianças e adolescentes. O trecho abaixo retrata o exposto:

Enfermeira: e ele tá bem?

Mãe: tá muito agitado.

Enfermeira: Nem com carbamazepina diminuiu a agitação?

Mãe: Não, não, tanto que ela ainda aumentou mais uma dose, ela tirou a dosagem, diminuiu a dosagem e aumentou mais uma dose. Ela falou assim que pode ser da idade também, é uma fase.

Mediante a verbalização da mãe, a enfermeira deixa de explorar o quanto a ansiedade do filho pode refletir na interação social deste, tanto no domicílio quanto na escola como também em outros espaços sociais, uma postura que favoreceria o vínculo com esta paciente, uma vez que ela utilizará mais os serviços do SUS por conta da perda do plano de saúde privado.

A escuta para além de ouvir, se incorporada na relação trabalhador-usuário, possibilita “estabelecer um campo de trocas que torne efetivo, equitativo e, neste sentido resolutivo, os infinitos caminhos que intermediam a necessidade de ajuda e a ajuda em si.” (PITTA, 1996, p. 40).

A enfermeira responsável por esse atendimento, na entrevista semiestruturada, valoriza o estabelecimento de vínculo para planejar suas intervenções, no entanto nesse atendimento a mesma, em diversos momentos, deixou de estabelecer uma escuta, uma relação que favorecesse a instituição de vínculo com essa família ou, pelo menos, com a mãe e a criança.

Continuando esse atendimento durante a anamnese, a mãe relata que o filho é alérgico a ovo cru e então a enfermeira faz uma série de perguntas relativas à vacinação, já que existem vacinas que são à base de ovo, uma preocupação oportuna da profissional, pois a não vacinação deixa de evitar doenças preveníveis no âmbito individual e ainda se tornar uma situação mais complexa de saúde pública.

Mãe: Ele é alérgico ao ovo cru, por exemplo, se você faz uma massinha, uma maionese, e o ovo vai cru sim, agora frito cozido não.

Enfermeira: Interessante.

Enfermeira: Ele não tomou a vacina caxumba-rubéola essa última né? que a gente tá dando....

Mãe: Olha eu tenho que olhar a carteirinha dele porque eu vim trazer ele ...

Mãe: trouxe. Ele tomou uma acho que aqui oh e a mãe mostra o braço.

Enfermeira: Ele tomou?

Mãe: Tomou, mas eu não sei quem foi.

Enfermeira: Mas ele não teve nada?

Mãe: Não sei, porque meu marido que trouxe ele.

Enfermeira: E não deu nada?

Mãe: Não.

Enfermeira: Porque ela é feita do ovo também. Não?

Mãe: Não, mas eu vou trazer a carteirinha dele, pra você já dá uma olhada, porque eu trouxe ele numa campanha.

Enfermeira: Mas você falou que ele é alérgico ao ovo, com três aninhos a gente tá vacinando.

Enfermeira: Mas se ele tomou e não deu nada melhor.

Mãe: A que eu sei que ele não pode toma é da gripe suína né.

Enfermeira: Ela é feita do ovo.

Ainda a mãe relata que o filho teve meningite e em relação a isto, a enfermeira questiona sobre o uso da vacinação de pneumococo, apontando que a solicitação dessa vacina se baseia em protocolos tanto da Vigilância Epidemiológica quanto da Direção Regional de Saúde quanto à necessidade de compra desta vacina.

Mãe: E o fato de ele ter alergia e ter tido meningite

Enfermeira: Não tem nada a ver pode tomar normal. Ele teve meningite, ele tomou a de pneumonia? A gente pediu pra ele pneumococo?

Mãe: Acho que não.

Enfermeira: Traz a carteirinha dele pra gente ver.

Mãe: Vou trazer, estou ficando velha, não estou lembrando de mais nada.

Enfermeira: Traz, porque se ele não tiver a gente pede pra ele.

Mãe: tá

Enfermeira: Porque tem algumas vacinas específicas, a de meningite não adianta mais porque ele já teve a doença, mas assim a de pneumonia que a gente pode pedir.

Enfermeira: Deixa eu ver aqui vigilância epidemiológica, ela olha em seu caderno as orientações e anotações quanto à vacina pneumocócica, aí a gente vê certinho porque é o estado que libera e aí tem que ter os critérios certinhos pra poder liberar.

Quando a mãe questiona sobre a possibilidade de seu filho vir a contrair a meningite, a enfermeira não se atenta à angústia da mãe e, portanto, o encontro para o estabelecimento de vínculo mais uma vez se torna comprometido, já que para ela (mãe) o fato de que seu filho possa contrair novamente a meningite a deixa amedrontada conforme observado abaixo: (a entonação de voz e a expressão facial, durante a observação, revelam essa característica).

Mãe: Deixa eu perguntar...como ele já teve um quadro de meningite ele pode vir a ter de novo? Ou não?

Enfermeira: Ele teve a viral?

Mãe: Teve a viral.

Enfermeira: Ahã, pode.

Mãe: Pode ter?

Enfermeira: Pode, porque ela não exclui as outras, bacteriana, porque na verdade ele teve um quadro que levou à meningite viral, né?

Mãe: Exato, ele teve sarampo.

Enfermeira: Sarampo não catapora.

Mãe: É catapora.

Mãe: Mas aí ele pode ter a viral de novo? Ou não? Mesmo tomando vacina? Não tem vacina que impede?

Enfermeira: A meningite tem pela bacteriana, pelo pneumococo, meningite pneumocócica, aí tem a vacina.

Mãe: Aí é só no particular?

Enfermeira: Não, a gente tem, a meningite a gente tem agora.

Mãe: Mas não pode dar pra ele?
 Enfermeira: Ele passou da idade.
 Mãe: Ah, ele já passou da idade?
 Enfermeira: É, traz que a gente vê certinho.
 Mãe: Tá eu vou trazer a carteirinha dele.
 Enfermeira: Porque a de pneumo acho que dá pra pedi.

A enfermeira responde às dúvidas, utilizando terminologias técnicas, que para a paciente são de difícil compreensão:

Enfermeira: Tá, porque veio um pouquinho de eosinófilo.
 Mãe: Eosinófilo?
 Enfermeira: Vamos esperar o parasitológico.

Ainda, nos chama a atenção uma frase expressa pela mãe que pode representar necessidades, frente a toda situação e não reveladas objetivamente:

Mãe: Vou trazer (o cartão de vacina), estou ficando velha, não estou lembrando de mais nada.

Ao fazer essa declaração, mesmo que em tom descontraído, pode estar impregnado de sobrecarga, cansaço, sofrimento e outras necessidades dessa mulher e, durante o atendimento, não se processou nenhum investimento nesse sentido.

Ainda nesse atendimento, a enfermeira não fez nenhuma abordagem relacionada à perda do convênio em consequência da saída do marido, do emprego, ou melhor, o mesmo havia sido dispensado, conforme relatado pela esposa “*não, é porque assim no caso a gente tinha um convênio né, meu marido trabalhava numa firma e tinha o convênio e aí como meu marido saiu da firma, então a gente perdeu o convênio, só que antes dele sair, ele já tinha uma consulta agendada, então ele ainda teve direito ao retorno.*” Não são abordadas as possíveis repercussões econômicas, sociais e de relações inter e extra familiares determinadas e condicionadas pela perda do emprego, assim revelando uma prática ainda demarcada pelo foco biológico e fragilizada para conformar um modelo de atenção na perspectiva da integralidade da atenção.

Ainda recorrendo à entrevista semiestruturada realizada junto a esta profissional – Enfermeira A, foi possível apreender que esta enfermeira toma o conceito de necessidade como:

[...] além do vínculo, daquilo que ela expressa, é um pouco do vínculo, da autonomia que ela tem pra fazer aquilo e do que ela vai mostrando pra gente, além da queixa. Então não é só a queixa, pura e simplesmente a queixa, não é a queixa, é muito mais do que aquela queixa, é o que tá por

trás daquela queixa, o que tá levando a ter aquela queixa e às vezes não é necessidade pra ela, mas a gente identifica e tenta atuar um pouco, quando não é necessidade pra ela, aquela nossa detecção é difícil a gente pode intervir porque pra ela aquilo não é necessidade ou não é necessário né[...]

No entanto, apesar de, no plano teórico, a Enfermeira A apresentar uma conceituação de necessidades de saúde mais abrangente, no plano operacional não foi possível detectar a aplicação desse conhecimento, revelando uma ditocomia entre o conceito teórico e o operacional. No fragmento abaixo se exemplifica esse apontamento:

A gente começou com uma gestante usuária de droga, que não aderiu ao tratamento, que não vinha na unidade, a gente começou, a gente descobriu a gestação dela com 06 meses, através disso a gente conseguiu descobrir que ela tinha sífilis, encaminha ela pros serviços necessários, manter um vínculo, manter um acompanhamento, manter uma coleta de prevenção, as medicações ela vinha tomar na unidade, então assim às vezes eu vejo que o que não depende só de mim, que a gente consegue manter um vínculo bom com essa paciente, a gente consegue ter uma melhor eficácia.

O vínculo é considerado como uma resposta esperada do usuário, quando a enfermeira o questiona.

A intervenção dessa profissional nessa situação é elaborada, tendo por sustentação apenas as necessidades de caráter biológico e do controle de ordens médicas. A prescrição médica é importante, mas não houve manifestação alguma da enfermeira para explorar o que está por trás daquela queixa, o que está levando a paciente a ter aquela queixa, uma vez que diante do quadro dessa gestante, muitas outras dimensões das necessidades de saúde poderiam ter sido abordadas.

A Enfermeira A, ao atender outro paciente, reconhece que o mesmo “*não quer buscar essa medicação porque ele acha que ela tem que ser entregue aqui e ele realmente tá com a razão*”, há indícios do reconhecimento da possibilidade de se ter o medicamento disponibilizado de forma descentralizada, no entanto não se percebe intervenção, mesmo no processo comunicacional entre enfermeira e usuário para que esta situação seja conquistada ou mesmo evitada, a ponto de não ter disponibilizado esse medicamento no nível local.

Podemos afirmar que os usuários não são estimulados/encorajados a participar das instâncias do controle social. Em nenhum momento da entrevista esse recurso foi mencionado. Também durante a observação da Enfermeira B, não verificamos a abordagem desse recurso junto aos usuários.

os pacientes faltam mais, porque eles estão desestimulados até pelo tanto o período que tá a greve, a greve tá há quase 6 meses então eles estão desestimulados com a unidade, eles não têm interesse (entrevista Enf. B).

[...] de uma forma geral a população só vem quando tem alguma coisa pra reclamar, a gente já percebeu isso né, acho que é alguma coisa que acontece na maioria das unidades não só aqui, então [...] (entrevista Enf. B).

A Enfermeira B, durante a entrevista, não menciona esses recursos como potência no enfrentamento das dificuldades apresentadas e fica mais uma vez evidenciado que as necessidades de saúde são tratadas com ênfase na dimensão biológica, ou seja, a necessidade de construir a participação no exercício da cidadania ainda não se fez presente, para essa profissional.

Outro aspecto que reforça essa concepção predominante de caráter biologicista de necessidades de saúde também pode ser ilustrado pelo processo de trabalho revelado pela Enfermeira A, o qual aponta fortes características de complementação e até mesmo subordinação ao trabalho médico. Situações que corroboraram essas características estão descritas abaixo:

[...] faço o exame clínico, vejo o que é necessário e aí eu vou discutir o caso com a médica né, e a médica dentre as competências de medicação ou de algum exame complementar que eu não possa solicitar pra esse diabético, hipertenso ela faz a prescrição né em cima da minha avaliação. Então eu e ela a gente tem essa, essa, como posso dizer, essa, relação de confiança, então ela confia no meu exame físico e eu me sinto bem à vontade pra falar pra ela olha quando eu tenho alguma dúvida eu não estou segura do que eu vi, por favor, vamos lá, ela vai lá, avalia, então ela vem, avalia e tranquilo né, então nestes casos eu preciso da conduta dela [...] (entrevista Enf. A)
[...]às vezes tem que ajudar a doutora a fazer uma lavagem de ouvido, ir com ela numa VD [...] (entrevista Enf. A).
[...] agora no período da greve eu não estou conseguindo agenda, por exemplo, hipertenso à tarde, porque eu sei que vai ter que mexer na medicação dele então eu já não agendo [...] (entrevista Enf. A).

Outro atendimento observado de demanda espontânea foi realizado pela Enfermeira B, no qual mãe traz filho com suspeita de conjuntivite.

Enfermeira realiza o atendimento baseado nas queixas trazidas pela mãe do paciente, explora sinais e sintomas da possível conjuntivite, conforme exposto abaixo:

Enfermeira: Que que aconteceu?
Mãe do Paciente: Ah ele começou sabe com o olho vermelho e saindo assim bastante remela. O olho dele tá muito irritado.
Enfermeira: Os dois?
Mãe do Paciente: Começou sábado, antes era um e ontem começaram os dois, bem vermelho saindo aquela remela
Enfermeira: Quando acorda amanhece grudadinho os dois?
Mãe do Paciente: Hoje tava né filho, ontem também. Fica grudado.
Paciente: afirma com a cabeça.

Enfermeira: Tava mais branca ou mais amarela (a secreção) quando acordava? Percebeu?

Mãe do Paciente: Ontem de manhã tava branca né.

Enfermeira: Branca?

Mãe do Paciente: É assim, no meio do dia já vai saindo uma sujeirinha mais amarela, sabe, e bem vermelha.

Enfermeira: coça?

Paciente: Às vezes coça.

Mãe do Paciente: Coça né filho, porque toda hora você tá com a mão no olho passando.

Enfermeira: Arde? Que que você sente no olho?

Paciente: Ah arde.

Enfermeira: Aquela areia?

Paciente: Aha

Enfermeira: É.

Paciente: Afirma com a cabeça.

Mãe do Paciente: Ontem tava bem vermelho assim, saindo aquele negócio amarelo, saindo água também né filho?

No entanto, a Enfermeira B durante esse atendimento não explora fatores causais da conjuntivite e até mesmo os locais que a criança frequenta, a fim de promover intervenções de caráter preventivo dessa infecção em possíveis coletividades as quais esta criança frequenta ou frequentou.

Apesar de não explorar os fatores causais, a fim de prevenir a doença em contatos previamente estabelecidos extrafamiliares, a Enfermeira B aborda os aspectos preventivos da transmissão da conjuntivite intrafamiliar e dá orientações para amenizar o prurido e a ardência:

Enfermeira: No olho tem que tá tomando alguns cuidados, pra ficar com a mão no olho, não pode tá ficando com a mão no olho porque o bichinho tá na mão e traz para o olho de novo, então sempre que sentir coceira, tá ardendo, vai lava bem com água fria, lava bem as mãos, vai secar o olho sempre num papel que vai jogar fora, evitar ficar com aquele lençinho, um paninho, no olho, por quê? Porque senão sempre vai trazer o bichinho pra dentro do olho, tá?

Enfermeira: Pra aliviar essa ardência, essa coceira vai tá fazendo compressa com água bem gelada, então vai pegar água filtrada ou fervida, pôr num potinho limpo e pôr na geladeira, num potinho fechado tá?

Enfermeira: Com essa água bem gelada vai fazer uma compressa com uma fralda, com uma toalhinha e vai deixar por cinco minutos em cima do olho, tá? E depois essa fralda, esse paninho, vai lavar bem com água e sabão pra depois você poder usar de novo, tá?

Enfermeira: Toalha de banho, toalha de rosto, fronha, tem que ser tudo separado porque senão as outras pessoas de casa também vão pegar, tá? Até o copo tem que ser separado, tá.

Enfermeira: Porque senão as outras pessoas também pegam. Lavar sempre bem as mãos tá?

Enfermeira: Dorme junto com alguém na cama? Junto com irmão?

Enfermeira: Se dorme tem que tá dormindo separado, porque senão as outras pessoas também vão pegar tá?

A Enfermeira B reforça a importância de separar os utensílios de uso pessoal da criança, evitando a transmissão para os familiares que residem no mesmo domicílio.

Essas observações nos levam a pensar que os atendimentos estão pautados em uma queixa momentânea, para atender a uma necessidade imediata, na qual até mesmo a organização dos serviços se conforma para o atendimento de demanda espontânea, sendo um modelo voltado basicamente para a cura individual do corpo doente.

Para Lucena et al. (2006, p. 296), as estratégias para serem resolutivas se pautam pela prática de saúde do enfermeiro, “que necessita usar o seu conhecimento e autonomia profissional junto à clientela onde a resolutividade não deve ser entendida apenas na perspectiva da doença, mas também no sentido de promoção de saúde”, acrescentando também na dimensão coletiva do processo saúde-doença.

A conformação de uma prática de enfermagem, para não se centrar apenas nas queixas apresentadas pelos usuários, deve acontecer nos vários momentos em que o usuário utiliza os serviços de saúde, seja em uma consulta agendada ou procedimento agendado, com a finalidade de desvendar e atender às necessidades em potencial a serem reveladas durante o encontro entre trabalhador, no caso o enfermeiro, e o usuário (LUCENA et al., 2006).

Chama-nos a atenção, a prática dessa enfermeira na organização do trabalho para atender os usuários em demanda espontânea, uma vez que depois dos ACSs ouvirem as queixas relativas à procura naquele momento, são encaminhados para as auxiliares de enfermagem que realizam a anamnese e, depois encaminhados para a enfermeira e esta refaz a anamnese e completa com exames físicos específicos relacionados à queixa relatada. Ao final de todos os atendimentos, a enfermeira se desloca até o consultório médico para transmitir os dados coletados ao médico, a fim de equacionar quem vai passar em atendimento médico e as orientações que o médico passa à enfermeira para que a mesma repasse aos usuários, como receitas prescritas ou agendamento de consulta médica, tornando-se uma prática que reforça o modelo medicocêntrico, ou dito de outra forma: um trabalho subordinado ao ato médico e, complementar a este, os quais aparecem implícitos em vários fragmentos de fala nas entrevistas das três enfermeiras, sujeitos desta pesquisa:

[...] como a agenda do médico tá sobrecarregada acabou passando alguns pra mim também (entrevista Enf. B).

[...] eles têm a necessidade do atendimento médico também, não só do atendimento de enfermagem, a demanda acaba aumentando pra enfermeira, então a nossa agenda acaba ficando mais lotada (entrevista Enf. C).

[...] faço o exame clínico, vejo o que é necessário e aí eu vou discutir o caso com a médica né, e a médica dentre as competências de medicação ou de algum exame complementar que eu não possa solicitar pra esse diabético, hipertenso, ela faz a prescrição né em cima da minha avaliação (entrevista Enf. A).

[...] eu não tenho como intervir muito em queixa aguda, eu tenho as minhas orientações, mas normalmente a queixa aguda ele vai precisar de um tratamento medicamentoso (entrevista Enf. A).

Para Marques e Lima (2008, p. 42), os processos de trabalho ainda se caracterizam por saberes, equipamentos, normas e estruturas organizacionais, dando-se “ênfase aos aspectos biológicos para interpretação dos fenômenos vitais, aos procedimentos, ao saber médico e às especialidades (modelo biomédico)”. Essa estruturação tecnoassistencial está focada na divisão de tarefas entre os diversos agentes, sendo o médico o centro da assistência à saúde.

A inclusão dos usuários no SUS ainda é promovida por meio do diagnóstico médico da doença, baseado na queixa-conduta e os outros trabalhadores “entram em ação, a partir de um indicativo desse profissional, com ações complementares.” (MARQUES; LIMA, 2008, p. 42).

Como apresentado por Campos e Bataiero (2007), os trabalhadores de saúde adotam uma concepção de necessidades de saúde como sinônimo de queixa, que corroboram para reforçar o modelo de saúde hegemônico, portanto, são necessários investimentos para possibilitar o afastamento dessas práticas baseadas na queixa-conduta.

Além disso, existem fatores que dificultam a superação desse modelo, o que as enfermeiras apontam como dificultadores para a resolução de intervenções, conforme exposto abaixo:

Eu tenho uma idosa que uma, tem um nódulo mamário eu demoro quase um ano pra agendar uma mamografia [...], eu estou vendo que ela tá com nódulo eu não posso encaminhar ela só com aquele nódulo sem a mamografia, porque sem essa mamografia não manda, então eu fico imóvel [...] eu tenho criança com fimose por mais que a gente oriente o cuidado, a limpeza, é, é, como que ela vai tratar, cuidados de higiene, é, como que ela tem que fazer, se pode fazer uma massagem, eu não tenho cirurgia pediátrica pra encaminhá-la pra vê se tem necessidade de cirurgia, então assim às vezes a gente não consegue avançar no plano de cuidado, porque as limitações do sistema né, tanto com medicamento quanto de encaminhamento (entrevista Enf. A).

[...] nessa equipe tem uma postura de usuário trabalhando na unidade e não profissional da saúde tentando orientar a paciente, então às vezes a gente fala olha vamos montar um grupo de [...], não, mas tem que ser individual porque o fulano não tem como vir, então, por exemplo, eu não tenho um agente comunitário no momento estimulado, desestimulado, eu não tenho um auxiliar de enfermagem estimulado, então eu tenho muito aqui dentro da minha equipe usuário trabalhando dentro da unidade. [...] (entrevista Enf. A).

[...] mas a gente tá muito limitado, a gente não tá com quadro completo de agentes comunitários, eu tenho duas agentes comunitárias hoje pra uma área que eu precisaria ter seis né, enquanto não solucionar isso não tem como esperar muita coisa do paciente, não tem como esperar que ele colabore, venha em reunião de comunidade, participe do grupo livre e espontaneamente e o nosso perfil de população é assim, a nossa população tem esse perfil, de que não gosta de participar de eventos de grupo [...] (entrevista Enf. A).

[...] eu tenho uma população que não aceita coletivo, que já vem de um modelo de UBS, que já vem de um modelo de consulta médica, que é difícil a gente, nós da enfermagem, mostrar trabalho, de se impor, ou até mesmo de se reconhecer como enfermeiro, acha que tá no consultório, na cadeira é médica ao é enfermeira, ah enfermeira sempre não atende, enfermeira só afere pressão, eu acho que culturalmente o trabalho da enfermagem, a gente, tá, tá ainda caminhando pra um amadurecimento na cabeça do paciente, enfermeira é mais vista no hospital ainda ou no posto vendo pressão ou aplicando vacina, e o sistema também se você for vê dificilmente outros locais atendem em grupo, individual então dificilmente eles atendem) (entrevista enf. A).

[...] porque eu estou atendendo alguns pacientes que talvez seriam atendidos pelo médico, algumas coisas que ele faria, resultados de exames, ajuda a fazer receita, então tudo isso toma uma pouco de tempo também (entrevista Enf. B)

[...] o desfalque da equipe que a gente tá também, uma auxiliar de enfermagem ela está há 6 meses de licença, e agora ela saiu do programa, então isso também dificulta, eu tenho uma auxiliar que faz uma carga horária de 8 horas e outra com uma carga horária de 6 horas, então isso também dificulta bastante (entrevista enf. B)

[...] de uma forma geral a população só vem quando tem alguma coisa pra reclamar, a gente já percebeu isso né acho que é alguma coisa que acontece na maioria das unidades não só aqui, então (entrevista enf. B).

Ainda precisam de mudanças, é que também não conta só com a questão local né, você precisa de outros, outro apoio, de vários né, porque você precisa tanto de apoio pra fazer a contrarreferência, referenciar pra outros serviços, então você conta com outras coisas também, não depende só de você [...] questão de agendamento que atualmente tá sendo um problema né, tá uma fila enorme de espera então você sabe que ele tá necessitando daquele outro serviço e ele tem que ficar aguardando (entrevista enf. C)

Nas situações acima apresentadas, as três enfermeiras apontam um conjunto de dificuldades que abrangem a falta de recursos humanos, como o quadro incompleto de agentes comunitárias: “a gente não tá com quadro completo de agentes comunitários, eu tenho duas agentes comunitárias hoje, pra uma área que

eu precisaria ter seis”, “desfalque da equipe, uma auxiliar de enfermagem, ela está há 6 meses de licença, e agora ela saiu do programa, eu tenho uma auxiliar que faz uma carga horária de 8 horas e outra com uma carga horária de 6 horas”. Essa situação pode ser responsável por acarretar uma sobrecarga dos demais profissionais e comprometer assim a resolutividade das ações, as intervenções e o acesso aos serviços de saúde. O MS exige para o credenciamento da equipe da ESF um quadro mínimo de profissionais, portanto se houver ausência de um dos integrantes da equipe, torna-se uma situação preocupante no que tange à resolubilidade e qualidade da assistência à saúde.

Outra dificuldade também apontada pelas enfermeiras é em relação à não adesão dos usuários a ações coletivas e orientações não medicamentosas, valorizando a consulta médica e o tratamento baseado na medicina alopática, como sendo a via mais rápida e eficaz para o restabelecimento das condições de saúde que amenizam a dor e o sofrimento daquele momento. É necessário considerar que essa valorização foi construída em um processo histórico e social, onde por muitas décadas foram extremamente valorizadas as práticas de saúde caracterizadas pela dicotomia e centradas em procedimentos técnicos e especializados. Assim tanto na formação dos profissionais como em processos de educação em serviço, é fundamental abordar e problematizar aspectos históricos, conceituais e contemporâneos das práticas de saúde, pois eles podem contribuir para os profissionais apreenderem a mudança da lógica das práticas de saúde e diminuir as possibilidades de apenas alterarmos o local de atuação e reproduzir a mesma lógica das ações de saúde que tanto se anunciam nas políticas de saúde atuais como sendo necessária sua transformação.

A tendência em dizer que a população “só vem quando tem alguma coisa pra reclamar” pode ser entendida como culpabilizar os usuários pela não adesão. Por outro lado, consideramos que seria interessante mudar o foco, não buscar culpados, mas ampliar as possibilidades de promover mudanças e nesse sentido um dos caminhos poderia ser: será que a maneira como vem sendo realizada a prática de grupos em saúde pode ser não motivadora para a adesão a esse trabalho coletivo? Será que precisamos repensar as práticas educativas e em grupo? Será que precisamos criar estratégias que, a partir do atendimento individual, motivem os usuários a participar de atividades coletivas? O que será que os usuários pensam dessa atividade? Será que o acesso organizacional permite ofertar outros horários

que os habitualmente estabelecidos? Estamos diante de um convite para o exercício da problematização sobre essa prática e do desafio de criatividade.

Ao propor esse processo, estamos em sintonia com Matumoto et al. (2011), que referem ser fundamental para a ressignificação dos sentidos que os próprios sujeitos estranhem o seu modo de agir, possibilitando, assim, abertura para a criatividade e para novas formas de fazer seu trabalho.

Consideramos que, se a enfermeira operasse com o conceito teórico assentado nos determinantes sociais de saúde muitas das dificuldades apontadas poderiam ser objetos de discussão com recursos já disponibilizados no SUS, como os espaços coletivos de gestão, espaços de controle social, espaços de construção de redes intersetoriais, a fim de elaborar intervenções construídas coletivamente.

Lembramos que os apontamentos dos fatores dificultadores não visam apenas a apontar justificativas para essa desarticulação.

As enfermeiras, apesar de considerarem as dificuldades mencionadas acima, ainda apontam facilidades para o desenvolvimento de sua prática durante a realização das entrevistas, quando relatam aspectos como o vínculo para favorecer o olhar ampliado do cuidado, a autonomia para realização de ações em saúde, baseadas em protocolos institucionalizados, além da flexibilidade na agenda para atendimentos de demanda espontânea.

No entanto, a prática em saúde ainda está organizada no modelo biologicista e, torna-se necessário destacar a importância do investimento maciço na formação do profissional enfermeiro para atuar na Atenção Básica, em especial, Estratégia de Saúde da Família, e ainda em Educação Permanente, onde o processo ensino-aprendizagem deve ser realizado a partir de situações vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde, com o objetivo de incorporar mudanças na organização e no processo do trabalho, promovendo inclusive a problematização acerca do conceito de necessidades de saúde para a produção de intervenções que afetem também as necessidades não reveladas, e subjetivamente carregadas nas queixas objetivadas quando o usuário demanda atendimento agendado ou espontâneo nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se importante destacar que os resultados desta pesquisa apontam que no processo de organização interna do trabalho das unidades observadas, as enfermeiras têm mantido uma agenda reservada para atendimentos eventuais e agendados previamente. O fato de ter a agenda já é considerado como uma conquista frente à conformação histórico-cultural da prática do enfermeiro no processo do trabalho em saúde. A prática de Enfermagem, no caso da enfermeira, prevalece conformada por fundamentos teórico-conceituais do campo do conhecimento biológico.

O processo de afastamento, ou quiçá a ruptura do paradigma com foco na doença, e a conceituação de queixa como sinônimo de necessidades são extensos, complexos e não dependerão do desejo individual dos trabalhadores, gestores ou usuários, mas sim na mudança do processo de formação dos profissionais de saúde, principalmente recorrendo aos princípios da Educação Permanente, tendo o compromisso de problematizar concepção de saúde, de necessidades de saúde, educação em saúde e, ainda, a concepção de homem. Esse conjunto de conceitos teóricos tem potência para estabelecer uma relação com a conformação do trabalho em saúde e construir estratégias alternativas de intervenção na realidade frente às dimensões objetivas que os usuários demandam, ao buscarem os serviços de saúde.

Além dessas considerações, para a Enfermagem construir um olhar ampliado no sentido de promover a transformação do cuidado, precisa se basear nos princípios norteadores da PNAB que considera o sujeito na sua singularidade e complexidade, indissociabilidade das práticas de prevenção de doença, promoção de saúde, tratamento e ter o sujeito nas suas relações intra e extrafamiliares para promover a reorientação de suas práticas.

Dessa forma, esperamos que o produto deste estudo corrobore para os processos de formação e qualificação dos enfermeiros, tornando-se um recurso de reflexão e estranhamento de suas práticas, no sentido de promover a ressignificação das ações produzidas. Esse anseio precisa contaminar as enfermeiras, somando-se a elas os demais trabalhadores, incluindo os gestores para que as estratégias de intervenção sejam construídas coletivamente, promovendo um cuidado humanizado, onde os trabalhadores desenvolvam a

corresponsabilização do cuidado prestado, tendo as necessidades de saúde, compreendidas para além da queixa e adotando instrumentos de trabalho que reconheçam as necessidades e particularidades dos indivíduos e grupos, na sua constituição histórica e social.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS⁵

ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva**: rede básica de saúde em Ribeirão Preto. 1991. 297 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARREIRA, I. A. **A enfermeira Anna Nery no país do futuro**: a aventura da luta contra a tuberculose. 1992. 335 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela terra. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf>. Acesso em: 20 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, DF, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 2. ed. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente. Brasília: 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

⁵ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

_____. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde, Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Homologada a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 199, nos termos do Decreto de Delegação de Competências de 12 de novembro de 1991. Brasília, DF, 10 out. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 3 mar. 2011.

CACCIA-BAVA, M. C. G. et al. Pronto-Atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes do SUS. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 313-320, 2011.

CAMARGO JR., K. R. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. pt. 2, p. 157-170.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica de 1990 a 2004. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.

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. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2001. p. 113-126.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. O trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde: assumindo uma forma programática para o conteúdo clínico-social. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 342-350, jul./set. 2003.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000343562>>. Acesso em: 25 maio 2009.

_____. **Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica**. 2009. 253 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a vista domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 233-239, set. 2000.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, dez. 2006.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em registros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. (Série trabalho e formação em saúde, 1).

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Projeto UNI**: marco conceitual do projeto de consolidação. Marília, 1999. Disponível em: <<http://www.famema.br/uni/conceito.html>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. pt. 3, p. 205-220.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2003. cap. 3, p. 55-124.

FRIEDRICH, D. B. C.; SENA, R. R. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora-MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 772-779, nov./dez. 2002.

FURTADO, J. P. **A avaliação como dispositivo**. 2001. 282 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. cap. 4, p. 79-107.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades@**: Marília–SP. Rio de Janeiro, [200-?]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 11 set. 2009.

LESER, W. Apresentação. In: SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Reforma Administrativa**: textos legais e regulamentares. São Paulo, 1972. p. I-III.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232001000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2009.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. O Trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, p. 86-101, 1999. Número especial.

LUCENA, A. F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 292-298, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200020&lng=pt>. Acesso em: 28 maio 2012.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004. pt. 1, p. 9-20.

MANDU, E. N. T.; ALMEIDA, M. C. P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 52, n. 1, p. 54-65, 1999.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal da Saúde. **Reorganização da Atenção Básica e Pronto Atendimento através do acolhimento com classificação de risco no SUS Marília/SP**. Marília, 2009.

_____. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Saúde de Marília. **Relatório de gestão de 2008**. Marília, 2008.

_____. Secretaria de Planejamento Urbano. **Plantas físicas das unidades de saúde**. Marília, 2011.

MARIN, M. J. S. et al. Aprendendo com a prática: experiência de estudantes da Famema. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 90-96. 2007.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto- atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/06.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2011.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan./fev. 2001.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002. (Saúde em Debate, 145).

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. (Saúde em Debate, 108).

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007a. cap. 1, p. 9-29.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007b. cap. 3, p. 61-78.

MISHIMA, S. M. et al. Reflexões acerca da gerência do cuidado de enfermagem na rede básica de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador. **Anais...** Salvador: [S.l.], 1998. p. 180.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. 181 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, nov./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/35.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. **Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata**. Ginebra, 1978.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: SEMINÁRIO ESTADUAL: O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde, 2000. p. 1-11. v. 1.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de Atenção Básica em Saúde do Distrito Oeste do**

município de Ribeirão Preto. 2008. 237 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

_____. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar:** potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. 268 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. Revisitando a prática assistencial: a subjetividade como matéria para a reorganização do processo de trabalho na enfermagem. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 83-100, fev. 2003.

PEREIRA, M. J. B. et al. Enfermeiros na rede básica de Ribeirão Preto e as políticas de saúde - situação atual. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5.; CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 5., 1997, Águas de Lindóia. **Resumos...** Águas de Lindóia: [S.I.], 1997. p. 184.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1009-1019, jun. 2010. Suplemento 1.

PITTA, A. M. F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 35-60, 1996.

REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, set./dez. 2007.

REZENDE, K. T. A. **O processo de gerência nas Unidades de Saúde da Família:** limites e possibilidades em sua construção. 2007. 206 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

SANTOS, S. M. R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-130, jan./mar. 2008.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 777-781, 2007. Número especial.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Assistência Farmacêutica. **Solicitação Administrativa de Medicamento ou Nutrição Enteral:** orientação ao paciente. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://eclipse-mkt.s3.amazonaws.com/hap/11_Solicitacao_Administrativa_Medicamento_SES-SP.pdf>. Acesso em: 28 maio 2012.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. Disponível em: <<http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20edicao.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2009.

SILVA, E. M. et al. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 989-998, jul./ago. 2001.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 159-176. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL LOCAL – SIAL. Marília: Secretaria Municipal de Saúde de Marília, 2011.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. Práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de à saúde? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 424-429, maio/jun. 2009.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB. Marília: Secretaria Municipal de Saúde de Marília, 2011.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner e Suddarth:** tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v. 1.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde:** mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). 1991. 513 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE A – Entrevista semiestruturada

Nº da entrevista:

Data:

Início/h: Término/h:

Caracterização do (a) entrevistado (a)

1 Identificação

Nome (iniciais): Idade:

2 Dados da profissão

Há quanto tempo se formou?

Há quanto tempo atua na Atenção Básica, na ESF? E há quanto tempo está nesta equipe?

Questões norteadoras sobre o tema:

01) Você poderia falar um pouco sobre o que os usuários solicitam para vocês, enfermeiros (as) desta unidade de saúde? Que tipo de problema/ necessidade de saúde?

02) Você tem, na agenda diária, horário regularmente destinado para prestar assistência individual aos usuários?

Se sim: Você então pode nos falar sobre essa questão? Como foi que se deu a organização de sua agenda? Foi você quem definiu? Como ela está organizada?

Se for não: Então como, sem uma agenda planejada, você tem tido oportunidade de fazer atendimento individual ou coletivo aos usuários?

03) O que você considera ser necessidades de saúde? Qual a sua compreensão acerca deste conceito?

04) Como você tem identificado as necessidades desses usuários? E diante dessas necessidades como são feitas as intervenções? Tem elaborado um plano de cuidados?

05) Como você tem trabalhado com as solicitações apresentadas pelos usuários?

06) Você se sente satisfeita com as intervenções ou plano de cuidado que vem desenvolvendo diante das demandas que lhe são apresentadas e identificadas por você? Relate um pouco sobre esta questão.

07) Esta maneira que você tem tido a possibilidade de desenvolver seu trabalho é da forma que você pensou em fazer? Ou seja, você tem feito um atendimento da maneira que você planejou?

08) Qual foi a forma que você planejou para o atendimento individual enquanto enfermeira da ESF?

09) Fale um pouco, por favor, sobre algo que para você tem sido bom ou prazeroso enquanto enfermeira.

10) Você acha que existem dificuldades para desenvolver o trabalho como enfermeira? Se a resposta for sim: Como você acredita que deveria ser? Em quais aspectos você considera que seria necessário investir para vencer ou minimizar essas dificuldades?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido – Entrevista

Prezado(a) Sr(a) _____

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “O cuidado em saúde: um enfoque sob necessidades de saúde na ótica de enfermeiros (as) na Estratégia de Saúde da Família”, com a qual pretendemos estudar sobre a prática do enfermeiro no contexto da Estratégia da Saúde da Família, com o objetivo de estudar, compreender e analisar esta prática tendo o enfoque sobre a produção de cuidado na perspectiva de necessidades de saúde. Para tanto, convidamos você a participar deste estudo, através do consentimento para realizar entrevista, em horário que melhor lhe convier. Também solicitamos a permissão para proceder à gravação por meio de gravador digital e, após a análise do conteúdo emitido na entrevista, a mesma será destruída.

Gostaríamos de esclarecer que as informações emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e também asseguramos total sigilo sobre sua identidade e que tem o direito de deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo. Os dados coletados serão divulgados e utilizados em publicações e eventos científicos da área da saúde. .

Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e comunicar-se com a pesquisadora Mariana Quites Arantes, aluna de Pós-Graduação do mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902 e também com a Profa. Maria José Bistafa Pereira, orientadora da pesquisa, fazer contato no endereço Av. Bandeirantes, 3900- *Campus* Universitário, acima citado ou pelos telefones (16) 3602.3403 e (16) 3602.3391.

Caso concorde em participar deste estudo, solicitamos o preenchimento dos dados abaixo:

Eu, _____, RG _____,

Abaixo assinado, tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos conforme relacionados concordo em participar da pesquisa.

Marília, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Mariana Quites Arantes (Pesquisador Principal)

RG: 445840043-3; COREN-SP: 211.990

Tel: (14) 9631-7878; E-mail: maquites@hotmail.com

Maria José Bistafa Pereira (Pesquisadora Orientadora)

RG: 7702964-1; COREN-SP: 18241; Tel: (16) 3602.3403; E-mail: zezebis@eerp.usp.br

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido – Observação

Prezado(a) Sr(a) _____

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “O cuidado em saúde: um enfoque sob necessidades de saúde na ótica de enfermeiros (as) na Estratégia de Saúde da Família”, com a qual pretendemos estudar sobre a prática do enfermeiro no contexto da Estratégia da Saúde da Família, com o objetivo de compreender e analisar esta prática tendo o enfoque sobre a produção de cuidado, na perspectiva de necessidades de saúde. Para tanto, convidamos você a participar deste estudo, e para tanto solicitamos seu consentimento para realizar a observação de seu trabalho durante a consulta de enfermagem e a visita domiciliar. Esta observação a ser realizada pelo pesquisador, este somente acompanhará estas atividades sem intervenções, e sem anotações durante a observação, assim não traremos prejuízo a suas atividades profissionais durante sua jornada de trabalho por uma semana.

Gostaríamos de esclarecer que as informações emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e também asseguramos total sigilo sobre sua identidade e que tem o direito de deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo. Os dados coletados serão divulgados e utilizados em publicações e eventos científicos da área da saúde. No caso de sua permissão, as observações serão registradas, sendo que, após a análise do conteúdo, as mesmas serão destruídas.

Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e comunicar-se com a pesquisadora Mariana Quites Arantes, aluna de Pós-Graduação do mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902 e também com a Profa. Maria José Bistafa Pereira, orientadora da pesquisa, fazer contato no endereço acima citado ou pelos telefones (16) 3602.3403 e (16) 3602.3391.

Caso concorde em participar deste estudo, solicitamos o preenchimento dos dados abaixo:

Eu, _____, RG _____. Abaixo assinado, tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos, conforme relacionados, concordo em participar da pesquisa.

Marília, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Mariana Quites Arantes (Pesquisador Principal)

RG: 445840043-3; Protocolo COREN-SP: 211.990

Tel: (14) 9631-7878; E-mail: maquites@hotmail.com

Maria José Bistafa Pereira (Pesquisadora Orientadora)

RG: 7702964-1; COREN-SP: 18241; Tel: (16) 3602.3403; E-mail: zezebis@eerp.usp.br

APÊNDICE D – Roteiro para observação livre

Unidade de Saúde da Família:

Data da Observação: ____/____/____ Horário de início: ____:____ Horário de Término: ____:____

A. Consulta de Enfermagem: () B. Visita Domiciliária: ()

1. Atividade realizada pelo (a) Enfermeiro (a):

-Em que local está sendo realizada a consulta de enfermagem (*hall*, sala do enfermeiro (a), corredores, outros)? No caso da visita domiciliária, o enfermeiro possibilita preservar a privacidade do paciente/usuário?

- Observar aspectos do espaço físico: barreiras físicas, disposição dos móveis, equipamentos, limpeza, iluminação, acomodações (bancos, cadeiras, mesas, divãs), ruídos (conversas de usuários, conversas de trabalhadores, choro de criança, telefone, outros);

- Durante estes atendimentos, as portas ficam fechadas ou abertas? O ambiente proporciona privacidade? É permitido entrar com acompanhante?

- Quanto tempo, aproximadamente, dura cada atendimento? Quantos usuários entram por vez nas salas para atendimento? Qual o entendimento dos enfermeiros (as) sobre as atividades que estão realizando?

- Observar os recursos utilizados nas atividades desenvolvidas pelo (a) enfermeiro (a) (informação/conhecimento, materiais, agenda, encaminhamento);

- Quais as ferramentas utilizadas pelos (as) enfermeiros (as) para identificar as necessidades do usuário (diálogo, exame físico, instrumentos, outros trabalhadores, outros)?

- Registrar se foram realizadas orientações/intervenções, como e quais foram feitas (encaminhamentos, coleta de material para exames laboratoriais, administração de medicamento realizada na unidade de saúde e/ou autoadministração, condutas alimentares, hábitos de higiene, atividades físicas, data de retorno, próxima etapa do atendimento, entre outros).

2. Interação Profissional/Paciente

-O usuário sabe por qual profissional está sendo atendido?

-O profissional chama o usuário pelo nome? Tem uma postura que demonstra conhecer o usuário? -Durante a consulta de enfermagem/visita domiciliária, o (a) enfermeiro (a) possibilita o usuário colocar as suas necessidades?

- Mediante a identificação das necessidades do usuário, o enfermeiro (a) esclarece as dúvidas dos usuários durante a realização das atividades? A proposta de intervenção das necessidades apresentadas é discutida com o usuário? É comunicada? É colocada diretamente em prática?

3. Comunicação:

- Observar comunicação não verbal (expressão facial, olhar para seu interlocutor, se escuta seu interlocutor, expressão corporal caracterizando os movimentos se suaves e coordenados ou abruptos e bruscos, se demonstra irritação, se é displicente em relação à atenção ao usuário);

- Existem barreiras na comunicação? Utiliza alternativa para comunicação quando há barreiras na mesma, como demonstrações visuais, escrita, tradutor?

-O (a) enfermeiro (a) utiliza linguagem clara e de fácil compreensão durante a consulta/visita com o usuário? Executa ou se envolve em alguma outra atividade concomitante ao atendimento que está sendo realizado, que não está relacionada com este atendimento?

- Registrar se houve intervenção ou interação com outros trabalhadores durante o atendimento e os motivos.

4. Tomada de Decisão/ Planejamento de Ações

- Existem ações que são realizadas após o atendimento ao usuário, com base nas suas necessidades ou demandas observadas? Existem dificuldades ou facilidades para realizar estas ações? Existe o planejamento de ações ou atividades para serem realizadas com base nas demandas e necessidades da população? Existem dificuldades ou facilidades para realizar este planejamento, estas ações ou atividades?

- Registrar se há o envolvimento de outras instituições e/ou da comunidade nas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro (a)? Este identifica e utiliza recursos e parceiros na comunidade?

- Observar a responsabilização dos enfermeiros (as) pela população de sua área de abrangência; Observar possíveis conflitos e suas resoluções entre os enfermeiros (as) e destes com os usuários;

- Registrar diálogos quando pertinentes; Registrar percepções pessoais da pesquisadora.

Marília, ____ de ____ de 2010.

Mariana Quites Arantes (Pesquisador Principal)

RG: 445840043-3; Protocolo Coren-SP:1905479

Tel: (14) 9631-7878; E-mail: maquites@usp.br

Maria José Bistafa Pereira (Pesquisadora Orientadora)

RG: 7702964-1; Coren-SP: 18241; Tel: (16) 3602-3403

E-mail: zezebis@eerp.usp.br

APÊNDICE E – Declaração Comitê de Ética

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 27 de Julho de 2010

Ilmo(ª) Sr.(ª)
Mariana Quitês Arantes
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 274/10, intitulado: "O Cuidado em Saúde: Um Enfoque sob Necessidades de Saúde na Ótica de Enfermeiros (AS) na Estratégia de Saúde da Família", foi considerado **APROVADO** "Ad Referendum" após responder as pendências apontadas em Reunião Ordinária – 28/06/10, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado. Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

APÊNDICE F – Declaração Comitê de Ética *Prefeitura Municipal de Marília*

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Ofício SS.10 nº 079

Marília, 15 de setembro de 2010.

Prezadas Senhoras,

Em atenção ao contido na solicitação datada de 13/05/2010, Protocolada sob nº 217/10-SS, vimos pelo presente autorizar a realização da pesquisa intitulada: **“O cuidado em saúde: um enfoque sob necessidades de saúde na ótica de enfermeiros(as) na Estratégia de Saúde da Família”**, junto às Unidades Básica de Saúde.

Na oportunidade, esclarecemos que só será permitida a pesquisa na Unidade de Saúde mediante a apresentação deste ofício de autorização, bem como a Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição de origem.

Solicitamos ainda, que após a coleta de dados, sejam encaminhados a este Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa – COMAP, os resultados obtidos.

Atenciosamente,

Dr. MARCOS ANTONIO GIROTTI
Coordenador do COMAP

DR. JÚLIO CEZAR ZORZETTO
Secretário Municipal da Saúde

As Sra. Mariana Quites Arantes e
Profª Dra. Enfª Maria José Bistafa Pereira
Escola de Enfermagem de
RIBEIRÃO PRETO

JLR/al