Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Lauren Suemi Kawata

*Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família –
uma aproximação aos desempenhos na construção da
competência gerencial*

Ribeirão Preto
2007

Lauren Suemi Kawata

*Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família –
uma aproximação aos desempenhos na construção da
competência gerencial*

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

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

Orientadora: Profa Dra Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto
2007

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Kawata, Lauren Suemi

Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família – uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. Ribeirão Preto, 2007. 137 p.: il; 30 cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima.

1. Competência Profissional, 2. Enfermagem em Saúde Comunitária; 3. Saúde da Família, 4. Programa de Saúde da Família, 5. Atenção Primária à Saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lauren Suemi Kawata

Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família – uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

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

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof Dr Silvana Martins Mishima

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Assinatura: _____

Prof Dr

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Tadami e Laurinda, que apóiam minha jornada profissional na busca de minha satisfação pessoal.

Aos meus irmãos, Leandro e Marcel, que estimulam a busca e a construção do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Tadami e Laurinda, por terem me ensinado muitos valores presentes em minha vida e, acima de tudo, pelo amor e por todo esforço em possibilitar a conciliação de minha experiência profissional com a pós-graduação.

Aos meus irmãos, Leandro e Marcel, por me concederem, desde pequena, orientações que sustentaram meu caminho para realização de minhas escolhas profissionais e por serem exemplos sempre presentes na minha vida.

À Silvana Mishima, minha orientadora desde a graduação e grande responsável pelo meu conhecimento científico, por todos ensinamentos (profissionais e pessoais), e, principalmente, pela habilidade em proporcionar espaços nos quais pude exteriorizar meus sentimentos e, até mesmo, compartilhar choros e decisões durante todo processo de orientação.

Ao Eduardo, pela paciência e compreensão em ouvir todas minhas angústias e inseguranças e por estar ao meu lado compartilhando momentos de minha vida, sempre disposto a me ajudar.

À Mara Quaglio, pela disponibilidade em ter auxiliado todo o processo de desenvolvimento desta pesquisa, com paciência, carinho e atenção.

À Zezé Bistafa, pelos conhecimentos profissionais desde a graduação, pela colaboração e sugestões concedidas nesta pesquisa desde o exame de qualificação e, principalmente, pelo carinho e pela amizade construída e disponibilidade em oferecer suporte sempre.

À Cristina Capel, por ter colaborado nas discussões para o desenvolvimento desta investigação.

À Ione, pelos ensinamentos durante a supervisão do estágio supervisionado em docência do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino e, acima de tudo, pela amizade.

Às enfermeiras dos Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V, por terem permitido e viabilizado o desenvolvimento desta pesquisa.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, pela oportunidade de realização do mestrado.

Ao CNPQ, pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

À Catiane, Bia, Elaine, Natália e Michelle, pela convivência na qual compartilhamos conversas de amigas e momentos de risos, cansaços e choros durante o período dedicado ao mestrado.

Ao João e a Ana Helena, por me receberem cordialmente em suas família.

Aos colegas de pós-graduação, pela convivência durante a realização do mestrado.

À Biblioteca Central, pela revisão das referências bibliográficas.

À 48ª turma de enfermagem da EERP-USP, pela participação em toda minha formação durante a graduação.

A todos que colaboraram direta e indiretamente para o desenvolvimento desta pesquisa, minha eterna gratidão.

RESUMO

KAWATA, L. S. **Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família – uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial.** 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

A Saúde da Família traz para o cenário do Sistema Único de Saúde a proposta de reorganização da assistência a partir da atenção básica. Para sua efetivação, faz-se necessário o comprometimento dos trabalhadores da área da saúde com a reestruturação do processo de trabalho, viabilizando-o de modo que sejam desenvolvidas práticas de saúde que visem ao atendimento das necessidades da população com a presença de atos de fala, escuta, vínculo e negociação. Assim, este estudo, de caráter exploratório-descritivo, caracteriza-se como um estudo de caso na abordagem qualitativa, tendo por objetivos identificar e analisar os atributos mobilizados nas situações de trabalho e que caracterizam os desempenhos das enfermeiras no que diz respeito à área de competência gerencial na Saúde da Família, apoiado nos conceitos teóricos de competência dialógica. Para coleta de dados foi realizada a observação participante do trabalho das enfermeiras atuantes na Saúde da Família em quatro unidades vinculadas à Universidade de São Paulo do município de Ribeirão Preto – SP/Brasil, considerando-se uma semana típica de trabalho, num total de 160 horas de observação. Para a análise de dados optamos pela análise de conteúdo, usando a técnica de análise temática, sendo identificados cinco grandes temas. O primeiro, “A supervisão como instrumento de controle e educação”, aponta a supervisão como atividade inerente ao cotidiano da gestão do trabalho das enfermeiras e mostra que a supervisão apresenta as dimensões de educação (tanto no aspecto de educação de outros trabalhadores quanto no caráter de capacitação) e de controle (de atividades e de pessoal). O segundo, “O trabalho em equipe na Saúde da Família”, apresenta que o trabalho das enfermeiras está articulado ao da equipe para a produção do cuidado, evidenciando como ocorre tal articulação das ações e a interação entre os trabalhadores. O terceiro, “O controle social no processo de gestão”, indica o controle e a participação social como instrumentos que possibilitam a construção de cidadania e que se fazem presentes no trabalho das enfermeiras relacionados à Comissão Local de Saúde. O quarto, “A organização do trabalho para a produção do cuidado”, mostra que o trabalho das enfermeiras se desenvolve no sentido de: organizar o fluxo de usuários e informações tanto na unidade como entre os serviços, realizar controle de infra-estrutura e recursos humanos e previsão e provisão de material. E o último tema, “Coordenação e planejamento do trabalho”, apresenta que o planejamento está direcionado a atividades mais pontuais (de promoção à saúde e de educação permanente), escalas e ao cuidado; e a coordenação está relacionada à organização do trabalho para a produção do cuidado, sendo raras as iniciativas para o planejamento mais global voltado ao território e para a avaliação das ações individuais, coletivas e de organização da unidade de saúde. A análise dos achados aponta para um conjunto de atributos mobilizados por estas enfermeiras, que pode indicar desempenhos para a Saúde da Família, ainda centrado na organização do trabalho em saúde para o cuidado individual, com raras incursões a uma ação sistematizada e contínua que envolva todas as etapas do planejamento incluindo um processo de avaliação permanente das ações propostas, de forma mais participativa, incluindo outros sujeitos. Assim, consideramos que este estudo aponta questões relevantes para análise dos desempenhos para competência gerencial, mas que necessitam ser validadas pelo conjunto das enfermeiras que atuam na Saúde da Família no cenário de Ribeirão Preto.

Palavras-Chave: Competência Profissional, Enfermagem em Saúde Comunitária, Saúde da Família, Programa de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

KAWATA, L. S. **The attributes mobilized by nursing professionals in the Family Health Program – performance in constructing managerial competence.** 2007. 137 f. Dissertation (Masters), Ribeirao Preto College of Nursing, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2007.

As part of the Single Health System, the Family Health Program proposes to restructure health care services based from primary care. To become effective, health care workers should commit to the program by restructuring the work process, making it feasible to develop health care practices that meet the needs of the population. This should be performed through acts of speaking, listening, bonding, and negotiating. Hence, this exploratory-descriptive case study aims to identify and analyze, through a qualitative approach, the attributes mobilized in labor situations by nursing professionals. Such attributes characterize their performance in terms of managerial competence area in the Family Health Program founded on the theoretical concepts of dialogic competence. Data were collected by observing (participant observation) the work of nursing professionals, involved in the Family Health Program, in four primary health care units of the University of Sao Paulo in the city of Ribeirao Preto – SP/Brazil. Observation was carried out for 160 hours, considering a typical workweek. Data were analyzed through the technique of thematic content analysis, and five major themes were identified. The first, “Supervision as an instrument to control and educate”, points supervision as an activity inherent to daily nursing work management and presents the dimensions of education (considering both educating and training workers) and control (activities and staff). The second, “Team work in the Family Health Program”, suggests that nursing work is articulated with that of the whole team to promote health care, showing how actions and interaction among workers take place. The third, “Social control in the managerial process”, indicates social control and participation as instruments that promote citizenship and are parts of the nursing work, related to the Local Health Committee. The fourth, “Organizing work to produce health care”, shows that work in nursing develops toward: organizing the flow of patients and information at the unit as well as among health care services, controlling infrastructure and human resources, and planning and providing material. The final theme, “Work coordination and planning”, states that planning is directed to punctual activities (concerning health promotion and continuous education), scales, and health care; and coordination is related to the organization of work to promote health care, with rare initiatives toward a more global planning directed to the territory and evaluation of individual and collective actions, and organizing the health care unit. Findings were analyzed and revealed that there is a group of attributes mobilized by these nurses, which could be indicators of performance in the Family Health Program, centered in the organization of work for individual health care, with rare incursions to a systemized and continuous action involving all the steps of planning, including a permanent process of evaluation of the proposed actions, in a more participative way, including other individuals. Thus, this study presents relevant questions for the analysis of performance needed in managerial competence, but needs to be validated by the group of nurses that work with the Family Health Program in Ribeirao Preto.

Keywords: Professional Competence, Community Health Nursing, Family Health, Family Health Program, Primary Health Care

RESUMEN

KAWATA, L. S. **Los atributos movilizados por la enfermera en Salud de la Familia – una aproximación a los desempeños en la construcción de competencias gerenciales.** 2007. 137 f. Disertación (Maestría), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

La Salud de la Familia trae para el escenario del Sistema Único de Salud la propuesta de reorganización de la asistencia a partir de la Atención Básica. Para efectivizarlo, se hace necesario el compromiso de los trabajadores del área de la salud, con la reestructuración del proceso de trabajo, viabilizándolo de modo que sean desarrolladas prácticas de salud que atiendan a las necesidades de la población con la presencia de actos de comunicación, escucha, vínculo e negociación. Así, este estudio, de carácter exploratorio-descriptivo, se caracteriza como un estudio de caso con abordaje cualitativo, teniendo como objetivos identificar e analizar los atributos movilizados en las situaciones del trabajo que caracterizan los desempeños de las enfermeras en relación con su área de competencia gerencial en Salud de la Familia, apoyado en los conceptos teóricos de competencia dialógica. Para la colecta de los datos fue realizada observación participante del trabajo de las enfermeras actuantes en Salud de la Familia en cuatro unidades vinculadas a la Universidad de São Paulo del municipio Ribeirão Preto – SP/Brasil, considerándose una semana típica de trabajo, para un total de 160 horas de observación. Para el análisis de los datos optamos por el análisis de contenidos, usando la técnica de análisis temático, siendo identificados cinco grandes temas. El primero, “La supervisión como instrumento de control y educación”, apunta a la supervisión como actividad inherente al cotidiano de la gestión del trabajo de las enfermeras y muestra que a supervisión presenta las dimensiones de educación (tanto en el aspecto de educación de otros trabajadores así como en el carácter de capacitación) e de control (de actividades y de personal). El segundo, “El trabajo en equipo en Salud de la Familia”, presenta que el trabajo de las enfermeras está articulado al del equipo para la producción de cuidado, evidenciando como ocurre tal articulación de las acciones y la interacción entre los trabajadores. El tercero, “El control social en el proceso de gestión”, indica el control y la participación social como instrumentos que posibilitan a construcción de ciudadanía y se hacen presentes en el trabajo de las enfermeras, relacionado a la Comisión Local de Salud. El cuarto, “La organización del trabajo para la producción del cuidado”, muestra que el trabajo de las enfermeras se desenvuelve en el sentido de: organizar el flujo de usuarios e informaciones tanto en la unidad como entre los servicios, realizar el control de la infraestructura, recursos humanos, previsión y provisión de material. El último tema, “Coordinación y planeamiento del trabajo”, presenta que el planeamiento está dirigido a las actividades mas puntuales (de promoción de salud y de educación permanente), escalas y al cuidado; la coordinación está relacionada con la organización del trabajo para la producción del cuidado, siendo raras las iniciativas para el planeamiento mas global voltado al territorio y la evaluación de las acciones individuales, colectivas y de organización de la unidad de salud. El análisis de los hallazgos apunta para un conjunto de atributos movilizados por estas enfermeras que pueden indicar desempeños para a Salud de la Familia, todavía centrados en la organización del trabajo en salud para el cuidado individual, con raras incursiones en una acción sistematizada y continua que envuelva todas las etapas del planeamiento incluyendo un proceso de evaluación permanente de las acciones propuestas, de forma mas participativa, incluyendo otros sujetos. Así, consideramos que este estudio apunta cuestiones relevantes para el análisis de los desempeños para competencia gerencial, pero que necesitan ser validados por el conjunto de las enfermeras que actúan en Salud de la Familia en el escenario de Ribeirão Preto.

Palabras Clave: Competencia Profesional, Enfermería en Salud Comunitaria, Salud de la Familia, Programa de Salud de la Familia, Atención Primaria de Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização serviços e a força de trabalho na rede municipal de saúde (serviços extra-hospitalares) do município de Ribeirão Preto de 1983 a 1997. Ribeirão Preto 1998.

Quadro 2 - Distribuição numérica das unidades/equipes de Saúde da Família na rede básica de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto, segundo Distritos de Saúde. Ribeirão Preto, 2007

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS ADOTADAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS(s)	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Comunicação Interna
CLT	Consolidações das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
DIR XVIII	Divisão Regional de Saúde XVIII
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
FMRP – USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiras
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pronto – Atendimento
PACS	Programa de Agente Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PROESF	Projeto de Extensão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS(s)	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. Introdução - a delimitação do objeto e o suporte teórico	4
1.1. A conformação do Programa de Saúde da Família – alguns antecedentes históricos	7
1.2. O trabalho do enfermeiro na Saúde da Família - uma breve revisão de literatura	14
1.3. O Processo de gestão dos serviços e o trabalho do enfermeiro	18
1.4. Pensando competência do enfermeiro para Saúde da Família	22
1.4.1. O contexto de conformação do conceito de competência.....	22
1.4.2. A competência do enfermeiro na Saúde da Família – contextualizando o trabalho	27
1.5. Objetivo.....	35
2. Percurso da Pesquisa	36
2.1. O Cenário da Pesquisa	37
2.2. Coleta de dados – os sujeitos, as técnicas e os instrumentos da pesquisa	39
2.3. Procedimentos éticos da pesquisa.....	41
2.4. Análise dos dados	42
3. O contexto da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto.....	44
3.1. A rede de atenção à saúde no Distrito Oeste – a presença de unidades de Saúde da Família	46
3.2. Caracterização das enfermeiras	49
3.3. A análise do trabalho das enfermeiras: os atributos mobilizados nas ações gerenciais	50
3.3.1. A supervisão como instrumento de controle e educação	51
3.3.2. O trabalho em equipe na Saúde da Família	66
3.3.3. O controle social no processo de gestão	74
3.3.4. A organização do trabalho para produção do cuidado	80
3.3.5. Coordenação e planejamento do trabalho	96
4. Considerações finais.....	111
Referências.....	115
APÊNDICES.....	121
ANEXO.....	124

APRESENTAÇÃO

A Saúde da Família, uma estratégia de reorientação dos serviços, foi lançada, no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994 e, a partir de então, tem se constituído, na Saúde Pública, em um novo campo de atuação para o enfermeiro. Desse modo, os cursos de graduação de enfermagem têm inserido em seus projetos político-pedagógicos não somente as questões conceituais em relação à Saúde da Família, mas também a experiência prática, possibilitando aos alunos a vivência nesse campo.

Dentro desse contexto, já no segundo ano de graduação, a realização do estágio curricular em Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP, possibilitou-me o primeiro contato prático com a estratégia, instigando-me a buscar um período maior de assistência, fazendo com que eu solicitasse um estágio extracurricular no Programa de Saúde da Família do município de Araçatuba-SP.

Dessa forma, este estágio permitiu-me tanto conhecer mais sobre a Saúde da Família como comparar a experiência do programa em diferentes municípios.

Essas vivências na Saúde da Família, portanto, fizeram com que eu me aproximasse cada vez mais ao trabalho de uma equipe multiprofissional, criando, além de um vínculo maior à atuação do enfermeiro, questionamentos sobre a configuração do trabalho desse profissional.

Adicionalmente a essas experiências, a realização de iniciação científica na temática Saúde da Família, também desde o segundo ano de graduação, sempre provocou a reflexão acerca do trabalho do enfermeiro nessa área.

Por fim, posso dizer que a realização do estágio supervisionado em Saúde da Família em Ribeirão Preto foi também fundamental pelo interesse ao tema que apresento nesse projeto.

Cabe-me ressaltar que todo esse interesse certamente foi impulsionado pela conformação que a Saúde da Família vem apresentando no Brasil, isto é, a implantação da

estratégia tem sido incrementada cada vez mais no país, com o aumento do número de equipes, possibilitando maiores oportunidades de trabalho ao enfermeiro.

Assim, o desenvolvimento do presente projeto pode colaborar para a prática de enfermagem na Saúde da Família e aproximar-me de possíveis respostas às indagações formuladas inicialmente nesta investigação:

- Como é realizado o trabalho do enfermeiro no PSF? Por que assume essa configuração?
- Quais são seus desempenhos na organização e gestão do processo de trabalho? Estes desempenhos atendem às premissas colocadas para a Saúde da Família?

Desta forma, a medida do caminhar da investigação outras questões teóricas e metodológicas foram se configurando, sendo que estas perguntas se recolocaram no sentido de refletir sobre os desempenhos das enfermeiras no que diz respeito à área de competência gerencial na Saúde da Família, numa aproximação aos atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) mobilizados em diferentes situações na sua prática.

A opção nesta direção se deu em função da aproximação possível aos conceitos e ferramentas metodológicas em relação à competência na perspectiva dialógica, e considerando que a Saúde da Família tem como uma de suas premissas a necessidade de transformar o processo de trabalho em saúde, sendo que a organização e gestão do processo de trabalho pode ser uma ferramenta para que estas transformações sejam desencadeadas.

Assim, num primeiro momento, apresento, na introdução da investigação, o contexto de conformação da Saúde da Família, enquanto uma política pública adotada pelo governo brasileiro e que desafia a repensar o processo de trabalho no cotidiano das unidades de prestação de atenção à saúde. Busco trazer suas raízes históricas e a forma como o trabalho de enfermagem vem se configurando. Em seguida, trago uma breve revisão de literatura acerca do trabalho do enfermeiro na Saúde da Família, a fim de identificar como essa temática vem

sendo explorada cientificamente, e a apresentação da origem do conceito de competência, procurando, após isso, delimitar esse conceito, já que o mesmo possui diferentes significados. Neste mesmo capítulo apresento os objetivos da investigação.

No segundo capítulo, apresento a trajetória metodológica, delimitando o cenário da pesquisa, definindo a coleta de dados, os sujeitos e as técnicas, os procedimentos éticos e a análise de dados.

Posteriormente, inicio a apresentação dos dados da investigação, trazendo primeiramente o contexto de Ribeirão Preto e a rede de atenção do Distrito Oeste do qual fazem parte os Núcleos de Saúde da Família onde as enfermeiras atuam, já que a configuração do trabalho está vinculada ao contexto no qual está inserido. Em seguida, apresento a caracterização das enfermeiras, a fim de possibilitar uma aproximação ao perfil dessas trabalhadoras. Após isso, trago a descrição dos grandes temas identificados: *A supervisão como instrumento de controle e educação, O trabalho em equipe na Saúde da Família, O controle social no processo de gestão, A organização do trabalho para produção do cuidado, Coordenação e planejamento do trabalho.*

E finalmente, termino trazendo, nas considerações finais, reflexões que articulam o referencial teórico de competência com os resultados encontrados na presente investigação.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO – a delimitação do objeto e o suporte teórico

A Saúde da Família, enquanto estratégia de política pública para o setor saúde, tem imposto um conjunto de reflexões na direção de se repensar a transformação do processo de trabalho em saúde focando a produção de práticas de saúde por uma equipe multiprofissional, que assuma uma postura de construção interdisciplinar desenvolvendo práticas mais cuidadoras, ou seja, práticas nas quais, além da clínica, estão presentes também atos de fala e escuta consolidando o acolhimento ao usuário, o vínculo com o mesmo (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003), as relações entre os trabalhadores centradas no diálogo e na negociação, de modo a se constituir uma equipe integração. Peduzzi (2001) estabelece uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe: *equipe agrupamento* e *equipe integração*, sendo esta última aquela em que se dá a articulação das ações e a interação entre os trabalhadores. Ainda, é importante considerar que a Saúde da Família traz o desafio de construir práticas de saúde que se pautem pela indissociabilidade entre o trabalho clínico e as ações de promoção à saúde e prevenção dos agravos (BRASIL, 2000).

Este movimento de transformação só se fará presente se certamente passar a fazer parte da preocupação dos trabalhadores que atuam no setor saúde e, em específico, na atenção básica e das práticas desenvolvidas pelos mesmos. Assim, tomando como ponto de partida estas questões iniciais, este estudo, apoiado nos conceitos teóricos de competência dialógica, apresenta por objetivos identificar e analisar os atributos mobilizados que caracterizam os desempenhos das enfermeiras no que diz respeito à área de competência gerencial na Saúde da Família.

A Saúde da Família impõe a reflexão acerca do trabalho desenvolvido pelos distintos trabalhadores, de forma que pensar no desempenho do enfermeiro em sua atuação na Saúde da Família, enquanto parte/constituente da equipe de saúde, significa implicitamente pensar em resolutividade na rede básica, pois, segundo Franco e Magalhães Júnior (2003), resolutividade relaciona-se ao conhecimento técnico e ao recurso instrumental dos

profissionais, além de estar ligada à ação acolhedora, ao vínculo estabelecido com o usuário e ao significado consolidado na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde. Encontros estes, que se darão marcados pela multiprofissionalidade, com a equipe se responsabilizando pelo cuidado ao usuário.

Ainda, a identificação e a análise das diversas combinações dos atributos poderão revelar o desempenho das enfermeiras em várias situações no cenário da Saúde da Família. Ou seja, podem permitir a observação de que tipos de tecnologias¹ estão sendo aplicadas pelo enfermeiro em sua atuação na Saúde da Família, uma estratégia para reorganização da prática assistencial vigente, médico-hegemônica, na qual prevalece o uso de tecnologias duras (ou seja, as que estão inscritas em máquinas e instrumentos) e leve-duras (definidas como conhecimento técnico). Ressaltamos que a substituição do atual modelo assistencial - proposta da Saúde da Família - requer a inversão do uso das tecnologias de cuidado na produção da saúde, assim como a revisão do modo como vem se organizando e processando o trabalho, sendo necessário um processo de trabalho centrado no uso mais intensivo das tecnologias leves (cuja essência é a produção de processos intercessores, de relações) e leve-duras, tanto nas ações que se voltam para a produção do cuidado individual e coletivo quanto nas ações de organização e gestão do processo de trabalho. (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003; MERHY, 1998)

Além disso, podemos considerar que a aproximação a estas questões, visando identificar e analisar os atributos que caracterizam o desempenho do enfermeiro atuante na Saúde da Família, pode permitir subsídios para a construção de projetos político-pedagógicos que visem à formação de enfermeiros com habilidades, atitudes e conteúdos contemporâneos, em um contexto de atuação no Sistema Único de Saúde. Segundo Witt e Almeida (2003), a

¹ A concepção de tecnologia é trabalhada “não restringindo ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas constituída pelos **saberes** e por seus desdobramentos na produção de serviços de saúde” (TEIXEIRA, 2002, p.15), ainda segundo Merhy (1997) as tecnologias podem assumir a forma de tecnologias duras que seriam aquelas traduzidas pelos equipamentos, as leve-duras representadas pelos conhecimentos que dão sustentação ao trabalho em saúde como, por exemplo, a antropologia, anatomia, fisiologia, epidemiologia e as leves que se traduzem por aquelas que implicam nas relações estabelecidas no trabalho em saúde.

construção de tais projetos apenas será possibilitada se houver uma discussão sobre as transformações vigentes no mundo de trabalho, de suas conseqüências e das possibilidades visualizadas pelos diferentes atores envolvidos nesse processo. Adicionalmente, os mesmos autores discorrem que, para a discussão sobre possibilidades e limitações da utilização de competências na reorganização do trabalho em saúde pública, é necessário compreender o contexto e as repercussões da noção de competência.

Desse modo, reiteramos que o contexto do presente estudo é a estratégia de Saúde da Família lançada inicialmente enquanto um programa, Programa de Saúde da Família – PSF, pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 1994, como uma estratégia para reorientar a atenção básica, tendo a família como foco de atenção e visando a substituição do modelo tradicional curativo, em conformidade com o Sistema Único de Saúde – SUS, implantado em 1988 com os seguintes princípios diretivos e organizativos: integralidade da assistência, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do atendimento.

1.1. A conformação do Programa de Saúde da Família – alguns antecedentes históricos

É importante ressaltarmos que, em outros períodos da história, a família foi definida como objeto de atenção, podendo citar como exemplo a concepção do Médico da Família que aparece na Roma Antiga e retorna na Inglaterra em 1948 (TEIXEIRA, 2002).

Além disso, também houve tentativas de ruptura do modelo de assistência biologicista, hospitalocêntrico e médico hegemônico, como aconteceu a partir dos anos 60, período no qual se desenvolveu, nos EUA, a proposta da Medicina Comunitária, uma alternativa aos altos custos dos serviços médicos, estruturada a partir de campos de conhecimentos da epidemiologia e vigilância da saúde, valorizando ações coletivas de proteção e promoção à saúde, por referência a um determinado território. No entanto, essa proposta não conseguiu

romper com o processo de trabalho centrado no médico e nas suas tecnologias próprias (FRANCO & MERHY, 1999, 2003).

Na década de 70, a crise estrutural do capitalismo causou uma recessão generalizada, provocando queda na produção industrial, fazendo com que até os países desenvolvidos enfrentassem dificuldades em financiar seu desenvolvimento (MENDES, 1994; FERRI, 2006). Nesse contexto, “os gastos com políticas sociais passaram a ser focos de atenção, portanto avaliar serviços de saúde em relação aos gastos tornou-se uma necessidade” (FERRI, 2006).

Assim, essa crise dos anos 70 e a estagnação da Medicina Comunitária fazem com que, em 1978, a Organização Mundial da Saúde realize a Conferência Internacional de Alma Ata, propondo a Atenção Primária à Saúde – APS cujos elementos essenciais eram assim considerados: educação em saúde, promoção de boa nutrição, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e agravos comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. A APS propunha cuidados essenciais fundamentados em métodos viáveis cientificamente e com uma tecnologia prática socialmente aceitável, de modo que indivíduos e famílias da comunidade tenham acesso universal a tais cuidados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978), sendo que, a partir da Conferência de Alma Ata, a família ressurgiu como alvo de ação, ou seja, como objeto intervenção.

Em 2005, a Organização Pan-Americana de Saúde, discutindo a Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas, reconhece quatro abordagens da APS. A primeira, denominada APS seletiva, enfoca a APS como “um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento”, enfatizando um conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre. A segunda foca a APS como nível de atenção em um sistema de saúde (primário do sistema), definindo a APS como porta de entrada ao sistema de saúde e local de cuidados contínuos para a maioria da

população. A terceira, conhecida como APS abrangente, considera a APS definida em Alma Ata, isto é, uma estratégia para “organizar os sistemas de atenção à saúde e à sociedade para promover saúde”. Finalmente, a quarta compreende que a APS assume o enfoque de saúde e direitos humanos, sendo a saúde concebida como direito humano e destaca a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos com ênfase em políticas de inclusão e busca da equidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005, p. 3). Ressaltamos que, nesta investigação, estamos considerando a APS dentro da terceira e da quarta abordagens.

No Brasil, as experiências centradas na idéia da APS foram diversas: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, PREV-SAÚDE, dentre outras. Ainda, trazendo as idéias da medicina comunitária, as experiências de Porto Alegre e Niterói, foram e ainda são marcantes no Brasil (VASCONCELLOS, 1998).

Criada na década de 60, na cidade de Porto Alegre, como Unidade Experimental da Secretaria da Saúde Estadual e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Unidade Sanitária Murialdo já trabalhava com a concepção de Medicina Comunitária. Porém, foi na década de 70, com uma reorganização dos serviços, que a unidade reestrutura sua proposta de assistência à população de aproximadamente 28 mil habitantes distribuídos em 2,3 km² de um bairro pobre. Dessa forma, divide a região de assistência em cinco áreas definidas geograficamente e instala, em cada uma delas, um posto de saúde integrado à unidade de saúde responsável, sendo que, em cada posto, havia uma equipe de atenção primária composta por: um médico geral comunitário, uma enfermeira comunitária, dois a quatro auxiliares de saúde e um número variável de voluntários provenientes da comunidade. Com isso, há uma tentativa da assistência individual ir sendo substituída pela assistência à família. Portanto, podemos observar que essa experiência já levantava a possibilidade de: atenção às famílias, sistema de registro e controle da população de uma área delimitada, respeito à cultura local, articulação entre a clínica e o sanitarismo e incorporação às equipes de agentes comunitários leigos.

Segundo Vasconcellos (1998), além da experiência do Rio Grande do Sul, chama atenção o modelo do Médico de Família de Niterói. Foi a partir da criação da Comissão Executiva Local do Projeto Niterói, nos anos 70, que houve o nascimento expresso mais claramente dos questionamentos acerca das articulações entre a prática clínica e a sanitária.

A experiência de Niterói é considerada um dos exemplos nos quais, na origem do movimento popular de saúde, houve a participação tanto de líderes religiosos (como padres e irmãos) quanto de técnicos de saúde (sendo a maior parte deles, médicos, enfermeiras, funcionários de Universidades e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) atuando em organização local.

Em 1973, com a necessidade de o aluno universitário conhecer o homem inserido em seu ambiente, foi criado o convênio com um órgão estadual fundado para administrar a favela, a Fundação Leão XIII, no qual a Universidade iria gerenciar, dentro de uma favela, uma unidade sanitária anteriormente operada pelo departamento de Saúde da Comunidade.

Durante a gestão municipal 1977/80, o secretário da saúde elabora um Plano de Ação em que propõe a origem de uma rede básica de saúde semelhante à proposta de Alma Ata, ou seja, com base nos Cuidados Primários à Saúde. Assim, tal Plano recomendava, entre outros, a delimitação da população e da área de abrangência, hierarquização das unidades, regionalização de serviços e participação ativa da comunidade.

No intervalo de 1989 a 1991, epidemias de dengue e meningite fizeram com que as autoridades de Niterói solicitassem auxílio aos profissionais de Cuba. A partir daí, com as finalidades de conter tais epidemias e de avaliar o sistema de saúde do município, houve um intercâmbio técnico-científico com Cuba, o que provocou a implantação do projeto de medicina familiar cubano reelaborado de acordo com as necessidades de Niterói.

Portanto, desde 1991, o programa Médico de Família de Niterói vem sendo implementado, paralelamente à rede básica, seguindo a concepção do homem como sujeito social inserido em seu ambiente, propondo a humanização da assistência, sem que haja

relação de subordinação entre usuário e profissional que é parte de uma equipe básica composta pelo médico generalista e a auxiliar de enfermagem com suporte à clínica de supervisores de: clínica médica, pediatria, ginecologia, cirurgia geral, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social.

Outro antecedente que deve ser considerado na implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, implantado em 1991 pelo Ministério da Saúde, sendo considerado o antecessor do PSF (VASCONCELLOS, 1998; MISHIMA, 2003). Segundo documento do Ministério da Saúde, os dois programas apresentavam alguns de seus elementos em comum: “o enfoque na família e não no indivíduo e o agir preventivo sobre a demanda, constituindo-se um instrumento de organização da mesma.” (BRASIL, 2002, p.3).

A implementação do PSF, no Brasil, começou em torno de 1993, quando o Ministério da Saúde (durante a gestão Henrique Santillo) apresentou a portaria nº 692, propondo a interiorização do SUS, de modo a relembrar o antigo PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde na década de 70. Neste momento o PSF apresentava forte componente de ação focal.

O Programa de Saúde da Família – PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. Atenderá prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e na sua maioria sem acesso permanente aos serviços de saúde (VASCONCELLOS, 1998, p.156).

Com o “acelerado desemprego com perda dos direitos aos planos de saúde coletiva, perda do poder aquisitivo de parcela significativa da classe média, impossibilitando a manutenção de planos de saúde privados, o Programa de Saúde da Família não conseguiu atender às necessidades sociais” (VASCONCELLOS, 1998, p.156).

Em março de 1996 (gestão Adib Jatene), por meio de documento preliminar, sobre o PSF, aparece certo cuidado com a imagem pública do programa: “não se constituindo, portanto de, um modelo simplificado, de pobre para pobre, o PSF também não recorta a população em fatias (mulher e criança), nem a atenção em níveis (primário). Integralidade significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. Essas idéias subsidiam o modelo do PSF (VASCONCELLOS, 1998, p.156).

Só em 1996, o Programa passa a ser considerado uma estratégia de política pública para a reorganização do sistema de saúde, com um crescimento gradativo das equipes implantadas pelo país afora (VASCONCELLOS, 1998). E assim, o “ano de 1998 parece ter se constituído um marco no processo de consolidação do programa” (MISHIMA, 2004).

Assim, em sua implantação e implementação, o PSF tem como foco precípua de atenção à família inserida no ambiente em que vive, já que “é nesse espaço que se constroem relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (...)” (BRASIL, 1998, p.8).

Com isso, espera-se que, com a estratégia Saúde da Família, haja o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre a comunidade e os profissionais, devendo estes atuarem dentro e fora das Unidades de Saúde da Família as quais devem trabalhar sob os seguintes princípios: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição da clientela e equipe multiprofissional, sendo essa composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Com o objetivo de incentivar a expansão da Saúde da Família no país, o Ministério da Saúde em 2003, em setembro de 2003, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF. Trata-se de

uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País. Visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes e a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2003, p.3).

São apresentados 3 componentes no PROESF: Apoio à conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde, Desenvolvimento de Recursos Humanos e Monitoramento e Avaliação.

Em 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde publica a portaria 648 que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS)”, considerada a expansão da estratégia e sua consolidação como eixo estruturante para a reorganização da atenção básica.

Desse modo, a portaria descreve as atividades a serem desenvolvidas por cada trabalhador, sendo que, para o enfermeiro da Saúde da Família, já estão previstas atividades gerenciais como: planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, participar do gerenciamento de insumos necessários para o funcionamento da unidade, contribuir e participar de atividades de educação permanente.

Vale ressaltar que a Saúde da Família não é vista como uma solução única para que ocorra a efetiva implementação do SUS, já que os princípios supra-referidos deveriam estar presentes em qualquer nível de assistência prestado em serviços vinculados ao Sistema. Além disso, o estabelecimento de vínculo e de co-responsabilidade não é exclusividade dos profissionais da Saúde da Família.

Assim, para que ocorra mudança de modelos assistenciais, há necessidade de que seja construída uma nova consciência sanitária, com a adesão ao novo projeto por parte dos profissionais, já que esses se constituem em potentes forças para mudanças dos serviços e das práticas assistenciais. Parecem fazer-se presentes diretrizes oferecidas pelas instâncias de gestão, como, por exemplo, as Secretarias de Saúde, que possibilitam que o conjunto dos trabalhadores de forma individual e coletiva crie novas práticas, a partir de seus micro espaços de trabalho e de poder, visto que os fazeres cotidianos de cada trabalhador podem definir o perfil da assistência.

Segundo o Ministério da Saúde, os trabalhadores atuantes na Saúde da Família devem desenvolver ações articulando e negociando, nas diferentes instâncias e nos vários setores

envolvidos na atenção à saúde da população, possibilidades de intervenção sobre o processo saúde-doença. Para tanto, estes trabalhadores devem possuir uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família, trabalhando com uma prática tecnicamente competente e humanizada, valorizando o saber popular em sincronia com o saber técnico. Desse modo, devem ter uma capacidade resolutiva, por meio de ações de prevenção de agravos, promoção e proteção à saúde, recuperação e reabilitação, num movimento de indissociabilidade entre estas ações.

Para que essa tarefa desafiadora seja implementada, o Ministério da Saúde tem proposto programas educacionais estratégicos a fim de viabilizar o desenvolvimento de competências dos profissionais envolvidos em Saúde da Família, como por exemplo a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde¹.

Neste sentido, o Ministério da Saúde nas avaliações que vem desenvolvendo em relação à estratégia tem assinalado a necessidade de um processo de educação permanente das equipes e de ser considerada a ampliação da atuação destas equipes na direção de atingir as premissas que norteiam a Saúde da Família.

1.2. O trabalho do enfermeiro na Saúde da Família - uma breve revisão de literatura

Quando buscamos na literatura referências sobre o trabalho do enfermeiro atuante na Saúde da Família, observamos que essa temática é ainda pouco explorada, apesar da estratégia já ter completado 10 anos de existência no Brasil. Somado a este fato, observamos que os estudos empreendidos voltam-se para aspectos específicos do trabalho em saúde, como por exemplo: interdisciplinaridade, a assistência à criança, ao adolescente, à mulher ou ao idoso, mostrando que o objeto de estudo é, muitas vezes, limitado, significando que o trabalho do enfermeiro pode estar sendo pesquisado de forma fragmentada.

¹ No segundo semestre de 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Esta tem por diretriz a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor da saúde (BRASIL, 2005).

Isso pode ser confirmado em evidências da literatura, como por exemplo: Leite (2001) que aponta a inserção do trabalho do enfermeiro na equipe de Saúde da Família e suas contribuições na construção de interdisciplinaridade; Dantas et al. (2001) que mostram a atuação do enfermeiro no PSF ao realizar o exame ocular em escolares; Giorgiane (2003) que estuda a atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal no PSF; Ferreira (2003) ao descrever as representações dos enfermeiros do PSF sobre hanseníase; Nascimento e Braga (2004) que analisam a prática do enfermeiro e do médico do PSF quanto à atenção à saúde mental; Sousa et al. (2004) que descreve o processo de trabalho em saúde mental do enfermeiro que atua no PSF; Moura (2003) que avalia a assistência ao planejamento familiar na perspectiva de usuáries e enfermeiros do PSF.

O trabalho do enfermeiro desenvolvido na Saúde da Família também é estudado a partir da perspectiva de usuáries, o que é demonstrado nas pesquisas de Fernandes e Andrade (2004) que focam as representações sociais do processo saúde-doença e das práticas dos enfermeiros do PSF constituídas pelos usuáries e de Vasconcelos e Moura (2003) que identificam as percepções dos usuáries de uma área adscrita do PSF sobre a atuação do enfermeiro.

Também há registro de um estudo que busca identificar e analisar o perfil dos enfermeiros que atuam no PSF, realizado no Ceará, apontando que o perfil dos enfermeiros é favorável às diretrizes do PSF (MOURA et al., 2003).

Costa A et al. (2000), em relato de experiência sobre a atuação do enfermeiro no PSF em Sobradinho II (Distrito Federal), mencionam que o trabalho do enfermeiro desenvolve-se em dois campos essenciais: na unidade de saúde junto à equipe e na comunidade, listando as atividades a serem realizadas em cada campo. Desse modo, nesse relato de experiência, maior ênfase é dada ao perfil epidemiológico da população adscrita e como o mesmo foi traçado, para, a partir dos dados encontrados, estipular metas e iniciar o atendimento à comunidade.

Ainda, Costa M et al. (2000), em uma pesquisa exploratória descritiva, analisaram o papel do enfermeiro do PSF no município de Esperança-PB, detectando que o enfermeiro executa ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária (à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e à terceira idade), atuando também como instrutor-supervisor dos agentes comunitários de saúde, além de gerenciar a equipe de enfermagem e da Unidade de Saúde e de participar do Conselho Comunitário de Saúde do município.

Santos (2004), narrando a história do enfermeiro na implantação e desenvolvimento do PSF em Campina Grande-PB, analisa os aspectos relacionados ao processo de trabalho desse profissional no PSF e relata que o mesmo tem enfrentado o desafio de constituir seu processo de trabalho com base em: vínculo e responsabilização (como resultado do processo de relações estabelecidas entre o profissional e o usuário), trabalho em equipe (que envolve a realização de ações específicas e grupais para responder às necessidades da comunidade), incorporação a sua atuação o processo de acolhimento (que se volta a uma atenção mais humanizada).

Rodrigues et al. (2003), com o objetivo de apreender o típico da ação de estar inserido na Saúde da Família, na perspectiva do saber e do fazer do enfermeiro, concluem que o típico da ação desse profissional está relacionado à promoção da saúde e à qualidade de vida do cliente na perspectiva da cidadania.

Venâncio (2003), buscando conhecer como a atuação do enfermeiro no PSF é realizada na perspectiva da Teoria da Contingência no município de São Paulo – SP, conclui que o trabalho do enfermeiro tem sido desenvolvido próximo às reais necessidades da população e sinaliza possibilidades de novos questionamentos que englobam o trabalho desse profissional dentro da estrutura organizacional.

Costa e Silva (2004), em estudo exploratório sobre o impacto da criação do PSF na atuação do enfermeiro, dizem que os resultados obtidos mostram que, com a Saúde da Família, as

atividades realizadas pelos enfermeiros quanto assistência, educação em enfermagem e gerenciamento dos serviços de saúde foram intensificadas e ampliadas.

Dias et al. (2005), em um estudo sobre estratégias gerenciais na implantação do PSF em um bairro do Rio de Janeiro – RJ, mostram que, dentre os resultados encontrados, destaca-se a importância da função gerencial do enfermeiro na construção da autonomia local das equipes de Saúde da Família.

Benito et al. (2005), em estudo desenvolvido em um município do litoral sul catarinense sobre conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no PSF sob a percepção dos profissionais da equipe (médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem e ACSs), identificaram que o enfermeiro deve apresentar conhecimentos sobre: políticas de saúde, princípios do PSF, a missão e os objetivos da instituição de saúde, a área de abrangência de sua unidade, sistema de informação, instalações físicas, administração participativa, atribuições de cada membro da equipe, insumos para o trabalho em uma unidade de saúde da família e avaliação dos serviços de saúde.

Chama atenção, a investigação de Teixeira (2002) que em seu estudo de caráter exploratório descritivo realizado na região de Ribeirão Preto – SP, com o objetivo de analisar a prática dos enfermeiros no processo de trabalho no PSF e a articulação de seu trabalho neste processo, verificou que o trabalho dos enfermeiros na Saúde da Família não apresenta configuração uniforme, tendo em vista que cada município encontra-se inserido em realidades nas quais as políticas de saúde apresentam-se diferenciadas. Portanto, apesar de estarem em conformidade com o SUS, as ações de enfermagem diversificam-se, já que são concebidas a partir de um contexto específico, ou seja, local. Ainda, no mesmo estudo, foi observado que alguns enfermeiros atentaram para a importância de destacar e valorizar o perfil dos trabalhadores do PSF, necessitando que os mesmos estejam sensibilizados e empenhados na transformação do modelo assistencial. Além disso, os enfermeiros identificaram que o

trabalho na Saúde da Família se trata de um “processo” que se realiza “na construção das competências e habilidades necessárias à assistência” (TEIXEIRA, 2002, p.136).

Esta mesma autora aponta que, no trabalho do enfermeiro, se faz presente uma dupla dimensão do trabalho em saúde: o trabalho assistencial e o trabalho gerencial. Estas dimensões do trabalho não se dão dissociadas, ou seja, estão sempre articuladas. Contudo, nem sempre são assim compreendidas pelos enfermeiros, sendo trazido por Teixeira (2002, p. 105) que, na maioria dos municípios estudados, estes trabalhadores vêm “assumindo o papel de coordenador, administrando e gerenciando o trabalho das unidades de Saúde da Família e dos membros da equipe, olhando não só para o trabalho dos auxiliares de enfermagem e dos ACS, mas tendo que ampliar este olhar para toda a equipe.”

1.3. O Processo de gestão dos serviços e o trabalho do enfermeiro

A temática gerência/gestão do sistema e dos serviços começa ganhar espaço com a implantação e implementação do SUS, uma vez que um de seus princípios é a descentralização, ou seja, a distribuição de poder e recursos para níveis mais periféricos do sistema de saúde, que possibilita outra lógica assistencial e organizativa nos serviços de saúde, proporcionando ao nível local o compromisso de atender às demandas e às necessidades dos usuários, fazendo com que a gestão seja um instrumento essencial para o alcance das finalidades propostas (MISHIMA, 2003).

Apesar de a Norma Operacional Básica 1/96 – NOB 96² diferenciar gerência e gestão, definindo o primeiro termo como administração de uma unidade ou estabelecimento de saúde e o segundo como a atividade e a responsabilidade de conduzir um sistema de saúde (seja esse municipal, estadual ou nacional), por meio de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, para Motta (2001) as palavras

² Norma Operacional Básica 1/96 – NOB 96 contempla aspectos relativos à organização do sistema de saúde e os processos de gestão.

gestão, administração e gerência apresentam o mesmo significado. Desse modo, neste estudo não haverá distinção entre os conceitos, sendo que optamos pelo uso do termo gestão, uma vez que gestão está sendo considerada em sua dimensão estratégica para a transformação do processo de trabalho em enfermagem no nível local (BERTUSSI; MISHIMA, 2003).

Segundo Campos (1999)

(...) o processo de gestão parece estar bem conceituado quando definido como instrumento necessário, mas não suficiente, à implementação de políticas elaboradas, por sua vez, a partir dos interesses diversos ou até mesmo contraditórios de forças sociais ou vinculadas à produção de serviços e insumos para o setor saúde, ou às interessadas na manutenção e reprodução do modelo econômico e político vigente, ou aos usuários dos sistemas de saúde (...) a gerência é um instrumento importante para efetivação de políticas, ela é ao mesmo tempo, “condicionante do” e “condicionada pelo” modo como se organiza a produção de serviços de saúde. Essa dupla posição – de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto – torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde (CAMPOS, 1999, p.11).

Neste estudo, entendemos gestão como uma ferramenta que direciona o processo de trabalho para a produção de cuidados de modo ampliado, ou seja, não ficando restrita somente a atividades burocráticas e administrativas, possibilitando a formação e transformação das práticas sanitárias (MISHIMA, 2003; BERTUSSI; MISHIMA, 2003), tanto no que se refere ao processo de trabalho em saúde em geral como no trabalho de enfermagem em particular.

A gestão dos serviços de saúde, dessa maneira, deve ter função de articular as relações entre pessoas, estruturas, tecnologias, objetivos/metastas e meio ambiente e satisfação dos usuários, por meio de atividades como: planejamento, organização, coordenação, controle, mobilização e comprometimento de trabalhadores, as quais visem à produção de serviços que tenham por finalidade atender as necessidades de saúde da população com a integração dos diferentes níveis do sistema, enfocando a melhoria na qualidade da assistência prestada (BERTUSSI; MISHIMA, 2003). Embora Bertussi e Mishima (2003) tragam esta discussão para o processo de gestão de serviços de saúde, estes aspectos são fundamentais igualmente a serem considerados no processo de trabalho em enfermagem.

Diante do exposto, cabe ressaltarmos que para o exercício da gestão é necessário conhecer as necessidades da população para que essas sejam supridas através de alternativas desenvolvidas por meio de capacidade estratégica, além de racionalidade administrativa e tomada de decisão.

Ainda, é importante destacarmos que, segundo Bertussi e Mishima (2003), o processo de gestão envolve exercício de poder nas seguintes dimensões: técnico (conceituado a partir de conhecimentos formais ou informais os quais são utilizados na capacidade de gerar, concordar e lidar com diferentes informações), administrativo (ou seja, desenvolvimento de atividades que controlam recursos) e político (definido como capacidade de movimentar grupos sociais a partir de seus interesses). Desse modo, gestores/gerentes devem apresentar conhecimentos, habilidades e atitudes que integre todas as dimensões supra-referidas e que podem ser ensinados ou aprendidos. Assim, os autores citados dizem que:

A dimensão do conhecimento diz respeito à capacidade intelectual, compreender as teorias e conceitos, o funcionamento de uma organização, o processo de produção de serviços, as necessidades da comunidade e sua distribuição e evolução. A dimensão da habilidade refere-se à capacidade pessoal de utilizar conhecimentos para análise de situações, sabendo diagnosticar problemas, definir e divulgar objetivos e estratégias, organizar o trabalho e trabalhar em equipe. A dimensão da atitude leva a aprender a partir dos erros, sentido ético e empatia (BERTUSSI; MISHIMA, 2003, p. 44).

Em relação ao trabalho gerencial em enfermagem, estudos mostram que, majoritariamente, as funções gerenciais são destinadas ao enfermeiro, enquanto auxiliares e técnicos de enfermagem, ou seja, trabalhadores de nível médio, executam atividades assistenciais, o que atesta a existência da divisão técnica e social do trabalho dentro dessa equipe. Esta não é uma questão recente, mas sim relacionada à história da enfermagem, já que anteriormente existiam as *nurses*, responsáveis pelo cuidado ao doente, e as *lady nurses*, a quem eram destinadas atividades de supervisão e ensino.

Felli e Peduzzi (2005) afirmam que o surgimento da enfermagem moderna ocorre com o trabalho da enfermagem direcionado em organizar: o cuidado do doente (utilizando sistematização de técnicas), o ambiente terapêutico (por meio de modos de purificação do ar,

limpeza, higiene e outros) e os agentes de enfermagem (por meio de treinamento, usando técnicas e mecanismos disciplinares). Desse modo, portanto, podemos dizer que o trabalho em enfermagem caracteriza-se por ser um processo histórico-social no qual, desde seu início, havia o desenvolvimento da gestão.

A gerência em enfermagem, segundo Felli e Peduzzi (2005) pode ser apreendida por dois grandes modelos. O racional, centrado na organização e fundamentado na Teoria Geral da Administração, com pressupostos tayloristas e com os objetivos sendo transformados em ação organizacional por meio de planejamento, organização, controle e direção. E o outro modelo: o histórico-social, no qual a gerência está direcionada tanto para a organização e controle dos processos de trabalho quanto para a satisfação das necessidades de saúde da população. Cabe destacarmos que, atualmente, o primeiro modelo não consegue acompanhar a dinâmica das organizações, já que está centrado em uma perspectiva mecanicista.

No modelo histórico-social, para Felli e Peduzzi (2005), o processo de trabalho³ gerencial apresenta uma finalidade imediata que se volta para a organização do trabalho de enfermagem, e uma mediata que tem por objetivo oferecer condições para que a assistência se desenvolva. Segundo as autoras, o objeto do trabalho gerencial será “a organização da assistência e a educação continuada dos trabalhadores, e como meio e instrumentos, a força de trabalho, os materiais, os modelos e os métodos administrativos” (FELLI; PEDUZZI, 2005, p.10).

Assim, ainda nessa perspectiva de compreender o processo gerencial em saúde e em enfermagem a partir de práticas de saúde socialmente estruturadas e historicamente articuladas, segundo Almeida et al. (1994) e Mishima (1995), quatro dimensões são inerentes

³ O processo de trabalho, segundo o referencial histórico-social, é resultado da combinação do objeto, dos meios/instrumentos e do produto do trabalho, atendendo a finalidades colocadas para o desenvolvimento deste trabalho. O objeto de trabalho é a matéria prima que será transformada, enquanto que os meios/instrumentos de trabalho são as ferramentas, “representados pelo saber operante, traduzido nos conhecimentos, equipamentos utilizados para operar a transformação, e/ou atender as necessidades presentes na sociedade. O trabalhador está aí incluído, com seus saberes, com sua força de trabalho empregada nesta dimensão do processo de transformação, como agente que pode mobilizar transformações” (MISHIMA, 2003, p.17). O produto é o resultado que se tem ao final do processo e que atenderá as necessidades que dispararam o processo de trabalho.

à função gerencial: técnica, política, comunicativa e desenvolvimento da cidadania. A dimensão técnica refere-se aos aspectos mais gerais instrumentais do trabalho como por exemplo, supervisão e avaliação; a política considera que o trabalho gerencial está sempre articulado ao projeto definido para cada contexto; a comunicativa está relacionada à negociação tanto entre a equipe quanto entre a unidade e a comunidade; e o desenvolvimento de cidadania implica na dimensão em que a gerência é tomada como uma atividade que possibilita a emancipação social.

Ao apontarmos estas dimensões do trabalho gerencial, este é colocado numa posição estratégica para a manutenção ou transformação do processo de trabalho em saúde e de enfermagem. Contudo, ainda identificamos que, no cotidiano dos serviços de saúde, este trabalho de gestão se coloca como uma tarefa eminentemente burocrática, no sentido estrito de manipular papéis, “num trabalho rotinizado, pré-determinado, com poucas chances de criação, onde há intensa padronização e alta dose de inflexibilidade frente às normas colocadas” (MISHIMA, 1995, p. 317).

1.4. Pensando a competência do enfermeiro para a Saúde da Família

Tomando por referência que a Saúde da Família traz para a prática de saúde a necessidade de se repensar e se construir a produção e gestão dos processos de cuidar na direção de um modelo de atenção à saúde centrado nos princípios e diretrizes do SUS, cabe fazermos uma aproximação ao conceito de *competência*, para enfim pensarmos em atributos que caracterizam os desempenhos do enfermeiro para a Saúde da Família.

1.4.1. O contexto da conformação do conceito de competência

Segundo Ramos (2001), a partir do século XVIII, com a configuração do projeto burguês e a conformação de uma sociedade industrializada e urbanizada, a educação caracteriza-se por apresentar duas dimensões: uma relacionada à socialização e à formação de

consciências e outra vinculada à economia a fim de promover o progresso frente ao modo de produção capitalista que se instaura. Neste contexto, com a necessidade da aplicação da ciência no exercício do trabalho, a escola ganha importância, pois, além de ser um local de socialização, possuía a função de transmissão do saber técnico, já que aos trabalhadores em seus trabalhos específicos seriam necessários determinados conhecimentos e habilidades.

À divisão social e técnica do trabalho (esta última intensificada a partir da revolução industrial) soma-se o aprimoramento das técnicas, que paulatinamente se condensam e vão formando áreas profissionais que posteriormente originaram profissões. A partir de então, os empregadores iniciam a construção do perfil do trabalhador apropriado, fazendo com que o ensino voltasse ao domínio de um ofício. Com isso, surge a prática de formação profissional a qual, de acordo com o nível de complexidade, classifica as profissões em classes hierárquicas. Portanto, os cursos de formação atestavam o nível de qualificação profissional, sendo que Ramos (2001, p.17) afirma que “o ensino destinado à formação de trabalhadores visava, além do disciplinamento, a conferir o domínio de um ofício”. Nesta perspectiva, a qualificação era relacionada ao aumento do saber profissional e social do trabalhador e mostrava a capacidade potencial do mesmo.

Ramos (2001) afirma que o movimento de flexibilização dos processos produtivos vai apontando para uma valorização da subjetividade e do saber tácito⁴ do trabalhador.

É importante destacar que, segundo Meghnagi (1998), o termo flexibilização tem sido utilizado para relacionar o mercado de trabalho e as pessoas que nele operam, indicando a possibilidade de mudanças.

Na realidade a flexibilidade na gestão do trabalho está ligada a uma redefinição das políticas, das formas de tutela e dos sistemas de negociação que caracterizam a dinâmica ocupacional sobre qual o conjunto das partes sociais (poderes públicos, sistema das empresas, sindicatos) intervém de diferentes maneiras (MEGHNAGI, 1998, p. 55).

Dessa maneira, começou-se a valorizar os saberes construídos a partir de experiências dos sujeitos,

⁴ Estamos considerando saber tácito o saber implícito do trabalhador.

[...] firmou-se um certo consenso sobre a idéia de que a construção de aprendizados deva ir além da aquisição formal de conhecimentos academicamente validados, mas construir saberes a partir das mais diversificadas experiências que o sujeito enfrenta, seja no meio de trabalho, seja na sua vida em geral, seja na escola. É nesse contexto que surge a noção de competência, que hoje mobiliza um conjunto de sujeitos sociais tanto com o propósito de compreender seu significado quanto para implementar ações que a tenham como base (RAMOS, 2001, p.18).

Portanto, é a partir do conceito de qualificação profissional que surge uma concepção de competência, ou seja, ocorre uma transição do primeiro para o segundo conceito, devido à crise na qualificação provocada pela globalização, competitividade, necessidade de aumento de produção, avanço e implantação de novas tecnologias que requerem trabalhadores flexíveis e adaptados ao mercado de trabalho.

Cabe ressaltarmos que há duas vertentes para esse deslocamento do conceito de qualificação para o conceito de competência: a primeira aponta que tal deslocamento ocorreu devido à necessidade do capitalismo que gerou aos trabalhadores mais atividades intelectuais, subjetivas e reflexivas e a segunda mostra que, no trabalho, são produzidos não só conflitos e reproduções, como também consensos e transformações, o que possibilita relacionamento entre as pessoas, incorporando uma abordagem subjetiva.

Assim, essas diferentes interpretações geram uma polarização que vem sendo traduzida em muitos significados de competência.

Nesse momento, é importante salientarmos que a noção de competência apresenta “um caráter polimorfo e a opacidade de seus significados múltiplos favorece seu uso em situações variadas, por diferentes agentes e com interesses diversos” (RIBEIRO; LIMA, 2003, p.48).

No senso comum, encontram-se dois enfoques semânticos para o termo competência: um relacionado à legitimidade atribuída por lei por reconhecimento a uma pessoa ou organização para apreciar ou julgar determinada questão ou pleito; e outro relacionado ao reconhecimento de características pessoais (qualidades) vinculadas à capacidade e idoneidade para resolver certos assuntos, inclusive os de natureza profissional. (RIBEIRO; LIMA, 2003, p.48)

Na literatura educacional, são observadas distintas abordagens de competência.

Ramos (2002, p.90) traz que a abordagem denominada Condutivista advém da estrutura comportamentalista que nasce nos Estados Unidos e aponta competência como “as

características de fundo de um indivíduo que guarda uma relação causal com o desempenho efetivo ou superior no trabalho”, com ênfase nos resultados esperados. Ainda, traz também que há a denominada Funcionalista, aplicada como filosofia básica do sistema de competência profissional na Inglaterra, cujo foco está em descrever “produtos, não processos; importam os resultados, não como se chegam a eles” (RAMOS, 2002, p. 91). A definida como Construtivista ocorre na França e relaciona o conceito de competência não somente às tarefas realizadas, mas também aos atributos.

E finalmente, a conhecida como Dialógica, que é adotada na Austrália e propõe que a competência dialógica, considerada holística, trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) combinados ao contexto e a cultura local de trabalho onde se realiza a ação (RAMOS, 2002). Segundo Lima (2005, p.372), a combinação destas capacidades “conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional.” É na construção dessa última abordagem que se necessita relacionar o mundo do trabalho (local onde se desenvolve a prática) e a formação para o desenvolvimento de práticas profissionais (RIBEIRO; LIMA, 2003; LIMA, 2005).

Ainda, segundo Lima (2005)

[...] é na ação, no desempenho perante as situações da prática que o estudante pode utilizar conhecimentos e habilidade resignificados por meio do conjunto de seus valores pessoais. A “capacidade de mobilizar diferentes recursos [...] para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações”, foi conceituada por competência por diversos autores da área educacional [...] (LIMA, 2005, p. 373).

Na mesma direção, Ramos (2001, p.20) apresenta uma definição de competência que se

refere a um saber interiorizado de aprendizagens orientadas para uma classe de situações escolares, ou profissionais que permite ao indivíduo enfrentar situações com iniciativa e responsabilidade, guiado por uma inteligência prática sobre os eventos e coordenando-se com outros atores para mobilizar suas capacidades.

Ainda, segundo Meghnagi (1998)

a competência parece assumir uma configuração dada pela estreita relação entre conteúdos de conhecimentos, sua utilização, seu controle, sua elaboração e reelaboração frente a situações novas. Caracteriza-se por uma forte conotação autônoma em relação ao “saber fazer operativos imediatos”. Configura-se como resultante de um processo complexo, para o qual contribuem diferentes processos de

aprendizagem e possíveis percursos educativos, ligados também a variáveis sexo, contexto, experiência de vida e de trabalho.

Neste sentido, a competência não é observada diretamente, mas sim é inferida pelo desempenho que consiste (DUARTE et al., 2005; LIMA, 2005), em “uma combinação de atributos que fundamentam a realização de tarefas profissionais” (DUARTE et al., 2005, p.13). Segundo Meghnagi (1998) a competência “se configura como sendo a explicitação de repertórios cognitivos de natureza variada, que envolvem ações e decisões das quais resulta a qualidade do desempenho.”

Mesmo correndo o risco da repetição, é importante trazer o que Ramos (2001, p.20-21) estabelece enquanto premissas ao desempenho:

- a) é a realização da ação propriamente dita, nos termos já explicados;
- b) é tributário de parâmetros individuais (atenção, emotividade, sensibilidade, ética, etc) postos em jogo também em relação ao coletivo, resultando da associação das dimensões cognitiva e compreensiva da inteligência prática;
- c) é dependente das competências a ele subjacentes e, portanto, permite inferi-las;
- d) para um mesmo desempenho, várias “áreas” competências podem ser mobilizadas;
- e) o desempenho observado numa determinada situação não expressa a totalidade das competências de um indivíduo;
- f) o desempenho não se confunde com resultado do trabalho ou com a soma dos atos realizados pelo sujeito, mas é fruto da reflexão sobre as condições da produção deste resultado, sobre os meios concebidos para a realização da atividade, sobre as finalidades consignadas em torno da realização da atividade, sob a organização do trabalho em que se realiza a atividade e sobre as condições subjetivas e sociais da realização da atividade;
- g) o desempenho pode se processar em diferentes graus de satisfação, e, dependendo do grau de aceitação, comprova que o indivíduo é competente, quer dizer, apropriado à situação a tratar;
- h) é o desempenho e não as competências que pode ser observado diretamente, e, por isso, pode ser tomado como objeto de avaliação permitindo inferir sobre um conjunto de competências;
- i) a conclusão relativa à competência do sujeito, no singular, só pode ser inferida da totalidade por ele enfrentada, e, portanto, pelo desempenho global diante da organização e das relações sociais de trabalho;
- j) o desempenho competente faz uso de um espectro de habilidades, compreendidas como os procedimentos gerais e específicos dominados pelo sujeito e essenciais para o enfrentamento das situações.

Assim, segundo Ramos (2001, p.20) desempenho “seria a expressão concreta dos recursos que o indivíduo articula e mobiliza no enfrentamento dessas situações”, ou seja, a observação dos atributos que caracterizam os desempenhos permite identificar o uso que o sujeito faz daquilo que sabe, que sente, que vive, que observa.

1.4.2. A competência do enfermeiro na Saúde da Família – contextualizando o trabalho

Conforme já foi dito anteriormente, a Saúde da Família consiste em uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, a qual propõe o trabalho de vigilância à saúde da população adscrita, com a finalidade de reversão do modelo assistencial vigente no qual, segundo Matumoto et al. (2004-2005), predomina a lógica da produção de procedimentos (como vacinas, curativos e consultas médicas) que se apresenta centrada nas tecnologias duras e leve-duras, sem um compromisso efetivo com os usuários.

Dessa forma, com a Saúde da Família, é esperado que tal lógica seja substituída pela lógica de produção de cuidado cujas ações de saúde são caracterizadas por relações humanas com o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilização, proporcionando autonomia ao usuário, por meio do uso de, principalmente, tecnologias leves, com a finalidade de atender às necessidades dos usuários e fazer com que os mesmos tenham qualidade de vida.

Assim, ainda segundo Matumoto et al. (2005, p.11), falando sobre o trabalho em saúde, apontam que “ao produzir um ato de saúde, o trabalhador intervém em problemas de saúde”. A partir disso, destacamos que a maneira como o trabalhador reconhece e aborda o problema de saúde está diretamente relacionada ao resultado e à satisfação do usuário. Portanto, a forma como o trabalhador aborda o problema irá interferir na ação e na escolha de instrumentos e recursos.

Com isso, ressaltamos a importância de se estudar, a partir do trabalho, as diversas possibilidades de combinações dos atributos nas diferentes situações do trabalho da enfermeira que caracterizam os desempenhos da enfermeira atuante na Saúde da Família, uma vez que há um desafio colocado para a mesma e para os trabalhadores de saúde da transformação do processo de trabalho, na direção da reversão do atual modelo assistencial.

É importante assinalarmos que estudos voltados a analisar a prática de enfermagem na atenção básica têm sido produzidos no sentido de identificar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro e as transformações presentes neste trabalho no decorrer do tempo, visando uma

aproximação de como se estrutura este trabalho face às mudanças que vêm se fazendo presentes no setor saúde, principalmente frente às políticas de saúde.

Villa et al. (1994) trazem uma recuperação histórica do trabalho da enfermagem na Saúde Pública paulista, apontando que o mesmo começa ser desenvolvido no Estado de São Paulo a partir de 1925, quando o Modelo Médico Sanitário começa se conformar, substituindo o Modelo Bacteriológico (1889-1925), enquanto uma prática baseada na Epidemiologia na qual predominam ações voltadas para o coletivo, tais como: campanhas, política sanitária e saneamento ambiental, já que se faz uma associação causal entre agentes microbianos e doenças infecciosas (VILLA et al., 1994).

Assim, com a instauração de uma nova política de Saúde Pública, a partir de 1925, ações individuais começam ser desenvolvidas e a educação sanitária passa a ser o principal instrumento de trabalho que tinha como finalidade formar a consciência da população e controlar doenças transmissíveis. Nesse contexto, os agentes de enfermagem são incorporados em algumas categorias como: educadora sanitária (com curso de nível universitário, cuja atuação ficava mais restrita aos Centros de Saúde), visitadora sanitária e atendente (sem formação específica na área da saúde). Desse modo, nesse período, a “enfermeira não foi identificada como agente necessário no processo de trabalho de saúde na Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo” e o trabalho de enfermagem era desenvolvido em órgãos isolados como os de tratamento de lepra e tuberculose (VILLA et al., 1994, p.77).

Nessa perspectiva, Villa et al. (1994) evidenciam que os agentes de enfermagem executavam suas ações sem supervisão técnica e que a enfermeira estava inserida em apenas alguns serviços, onde já despertava conflitos nas relações de trabalho.

Em 1969, com a reforma administrativa na Secretaria do Estado de Saúde e com a criação do Serviço de Enfermagem na Coordenadoria de Saúde na Comunidade, há necessidade da introdução de profissionais qualificados (sendo a enfermeira um desses), a fim

de viabilizar o objetivo de uma nova política de saúde em conformação, denominada Modelo de Programação, que visava ampliar a assistência médica individual a grupos populacionais, priorizados pelos critérios de risco. Dessa maneira, a enfermeira graduada é introduzida nos serviços para coordenar, controlar e supervisionar o trabalho de enfermagem, oferecendo suporte à infra-estrutura dos serviços.

Portanto, já nessa época, observamos que o trabalho da enfermeira apresentava um caráter gerencial que visava

imprimir ao trabalho a melhor utilização dos recursos disponíveis, buscando eficiência, na medida em que resolve problemas de ordem técnica e burocrática, salvaguarda os recursos, faz cumprir tarefas, escalas e treina os subordinados, caracterizando-se por um agente que se concentra nas operações e aspectos internos da Unidade, tentando resgatar nas ações prestadas a noção da integração entre o preventivo e o curativo (VILLA et al., 1994, p. 81) .

No município de Ribeirão Preto, até a década de 80, um pequeno número de enfermeiras atuavam na Saúde Pública, mais especificamente nos serviços de caráter estadual e nos níveis centrais das estruturas do Estado, sendo que, somente a partir dos anos 80, a primeira enfermeira é introduzida ao grupo de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde. Desse modo, até esse período, o pessoal de enfermagem era composto majoritariamente por pessoal de formação de nível médio, e por pessoal sem formação específica, como se verifica no quadro abaixo.

Características	Antes de 1983	1983	1987	1997
Caracterização dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> • 3 prontos-socorros • 13 postos de atendimento médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Convênio das AIS • Implantação de unidade piloto de Atenção Primária à Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Convênio SUDS • Ampliação física e funcional da rede municipal • 19 UBSs e 3 Prontos-Socorros 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundamento da descentralização • 5 UBDSs • 26 UBSs • 2 Núcleos de Assistência Psico-Social • 1 Ambulatório Regional de Saúde Mental • 1 Núcleo de gestão ambulatorial
Composição da força de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • 8 auxiliares de enfermagem • 28 atendentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão do primeiro enfermeiro da rede municipal • 8 auxiliares de enfermagem • 28 atendentes 	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de 1986 a rede municipal passa a não contratar mais atendentes • 40 atendentes • 25 auxiliares de enfermagem • 7 enfermeiros 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 atendentes • 494 auxiliares de enfermagem • 66 técnicos de enfermagem • 154 enfermeiros • 18 enfermeiros estaduais municipalizados em 1996

Fonte: Quadro Modificado - Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, 1999.

Quadro 1– Organização serviços e a força de trabalho na rede municipal de saúde (serviços extra-hospitalares) do município de Ribeirão Preto de 1983 a 1997. Ribeirão Preto 1998.

O Projeto Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC, desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn, 1999), em parceria com o Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN), foi desenvolvido no Brasil e em mais cinco países, buscando estabelecer uma linguagem comum para o trabalho de enfermagem em Saúde Coletiva a partir da investigação sobre a prática de enfermagem extra-hospitalar⁵, sendo que este estudo, no cenário brasileiro, ocorreu em um momento de

⁵ O texto utiliza o termo extra-hospitalar, mas podemos considerar a prática na APS, conforme a definição de Atenção Básica da portaria nº 648, de março de 2006, do Ministério da Saúde que define “A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”.

transição do sistema de saúde, culminando com o período de aprofundamento do processo de implantação da estratégia de Saúde da Família no país.

Um dos cenários do estudo foi o município de Ribeirão Preto – SP onde foi identificado que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros com maior frequência, nos serviços extra-hospitalares, se voltavam para organização dos serviços (tais como: planejamento de serviços e do trabalho de enfermagem e organização do fluxo de atendimento na unidade) com a finalidade de manter uma infra-estrutura para a execução do atendimento à saúde. Foi observado que o enfermeiro estava desenvolvendo predominantemente, em sua prática, ações gerenciais. Ainda, o mesmo trabalho ressaltava o pequeno número de atividades voltadas para a saúde coletiva, já que essas se concentravam basicamente em atividades de vigilância epidemiológica e vacinação. Assim, apesar de já estarem citadas atividades que focalizavam a saúde coletiva, essas praticamente não eram desenvolvidas pelos enfermeiros.

O que ocorria com mais frequência eram, por exemplo, visita domiciliar e ações assistenciais voltadas ao cuidado a grupos específicos. Além disso, este estudo chama atenção para atividades praticamente ausentes na prática do enfermeiro, dentre as quais podiam ser mencionadas: orientação e capacitação da equipe para o desenvolvimento do trabalho, assinalando que as atividades de organização e planejamento do trabalho de enfermagem apresentam um caráter, quase que exclusivo, de controle.

Teixeira et al. (2000), em um estudo acerca do trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde, com foco na Saúde da Família, mostram que os trabalhadores de enfermagem possuem a percepção de que existe integralidade em suas práticas assistenciais, destacando que tal integralidade ocorre tanto em relação ao usuário quanto ao sistema de saúde, fazendo com que essas práticas sejam holísticas. Dessa forma, para que essas práticas sejam realmente efetivas, os trabalhadores também acreditam que precisam de instrumentos e saberes característicos.

Ainda falando sobre a especificidade da Saúde da Família, Teixeira e Mishima (2000), em um estudo sobre o perfil dos trabalhadores de enfermagem nessa estratégia, mostram que os enfermeiros atuantes em um Programa de Saúde da Família no interior do estado de São Paulo afirmam que, para trabalhar na Saúde da Família, devem possuir características específicas como apresentar boa comunicação, conhecer a população e relacionar-se bem com a mesma, gostar do trabalho e de desenvolver trabalhos em grupos, envolvendo-se com esses, apresentando dedicação e disponibilidade. A partir disso, os autores relatam que o perfil para os enfermeiros atuantes na Saúde da Família é configurado dessa maneira devido às premissas da estratégia as quais preconizam, entre outros, o vínculo e a adscrição da população

Assim, pressupomos que os trabalhadores atuantes na Saúde da Família, em especial as enfermeiras, realizam um trabalho diferenciado, isto é, um trabalho no qual haja especificidades, sendo que, esse estudo apresenta por objetivos identificar e analisar os atributos mobilizados nas situações de trabalho e que caracterizam os desempenhos das enfermeiras no que diz respeito à área de competência gerencial na Saúde da Família, uma vez que esta estratégia tem como uma de suas premissas a transformação do processo de trabalho em saúde, e aqui considerarmos que a organização e gestão do processo de trabalho constituem-se em ferramentas importantes para que estas transformações sejam desencadeadas.

Cabe ressaltarmos que estudos afirmam a necessidade de “maiores aprofundamentos de modo a identificar limites e possibilidades da assistência de enfermagem no Programa de Saúde da Família” (TEIXEIRA et al., 2000, p.205), o que mais uma vez justifica investigações como a aqui proposta.

Diante do exposto, identificamos a necessidade de, a partir das tarefas que os enfermeiros estão realizando observar, identificar e analisar os atributos mobilizados que caracterizam desempenhos desses profissionais para a organização e gestão do trabalho na Saúde da Família e

contribuir para a reflexão acerca da construção de uma prática integral embasada na humanização, visando à consolidação de cidadania, na direção apontada pelos autores.

O Ministério preconiza uma lista de atividades a serem realizadas por cada membro da equipe de Saúde da Família, indicando suas atribuições no desenvolvimento do trabalho (BRASIL, 2001) e define um conjunto de competências para o médico e o enfermeiro (COSTA NETO, 2000), sendo sujeitos a críticas, uma vez que parte de uma definição prévia sem que se considere o estabelecimento de relações entre o mundo do trabalho e a formação para o desenvolvimento de práticas profissionais. O risco que se corre nesta abordagem é o de impedir que cada trabalhador possa intervir criativamente e responsavelmente na vida da população visando à melhoria das condições de vida.

A articulação do mundo do trabalho e da formação pode amenizar, com isso, o caráter prescritivo da Saúde da Família, significando que os trabalhadores, ao integrarem-se em processos criativos, desenvolvendo uma específica e singular rede de competência, tendem a produzir um trabalho mais prazeroso, pois, segundo Campos (1997), o envolvimento dos trabalhadores na construção de projetos mobiliza paixões. Desse modo, o conhecimento das dinâmicas de cada comunidade possibilita intervenções singulares e, conseqüentemente, desenvolvimento de competências.

Outra questão a ser enfatizada, diz respeito a considerar que, ao investigarmos os atributos mobilizados que caracterizam os desempenhos na área de competência gerencial das enfermeiras atuantes na Saúde da Família, não deixamos de lado todo trabalho de uma equipe multiprofissional, mas consideramos fundamental verificarmos se os enfermeiros no seu fazer cotidiano estão articulando distintos recursos (conhecimentos, habilidades e atitudes) e produzindo um cuidado inserido em um trabalho com potência para reorganização dos serviços de saúde, visando à produção de cuidados de saúde que acolha, vincule, qualifique a vida das pessoas.

Portanto, a partir destas considerações, temos como pressuposto que os enfermeiros e os demais trabalhadores de saúde não realizam uma prática de repetição mecânica, com ações fragmentadas, mas sim utilizam o conhecimento, apresentando capacidade para participar de elaborações com a finalidade de produzir saúde com qualidade, tornando possível, desse modo, a reinvenção cotidiana de atividades, garantindo liberdade criadora e permitindo ampliada responsabilidade.

Quando o termo competência for entendido como capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, disponibilizando-os para atuarem na resolução de problemas e em situações de imprevisibilidade, deverá ser levada em conta a cultura do local de trabalho onde ocorre a ação articulada à ética e aos valores presentes. O profissional, nesse contexto, dispense um saber em ato, de acordo com a interação com o indivíduo e com o contexto no qual está inserido. Esse saber mobilizado nas circunstâncias de trabalho não é estritamente de ordem técnica nem unidimensional (WITT; ALMEIDA, 2003).

Assim, tomando-se estas questões mais gerais, questionamos:

- Como é realizado o trabalho do enfermeiro no PSF? Por que assume essa configuração?
 - Quais são seus desempenhos na organização e gestão do processo de trabalho?
- Estes desempenhos atendem às premissas colocadas para a Saúde da Família?

1.5. Objetivo

Assim, este estudo tem por objetivos identificar e analisar os atributos mobilizados nas situações de trabalho e que caracterizam os desempenhos das enfermeiras no que diz respeito à área de competência gerencial na Saúde da Família.

2. PERCURSO DA PESQUISA

2. PERCURSO DA PESQUISA

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso, na abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo. O estudo de caso tem por objetivo a descrição de determinada realidade e consiste em “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma *unidade* que se analisa profundamente” (TRIVIÑOS, 1987, p.133).

Nesta investigação, ao delimitarmos como objeto de estudo os atributos mobilizados nas situações de trabalho os quais caracterizam os desempenhos das enfermeiras na Saúde da Família na organização e gestão do processo de trabalho, torna-se necessário o desenvolvimento de uma modalidade de pesquisa que permita o aprofundamento das questões pertinentes ao trabalho, visando uma aproximação à competência necessária à Saúde da Família.

Lüdke e André (1986, p.17) afirmam que “quando queremos estudar algo no singular, que tenha um valor em si mesmo, devemos escolher o estudo de caso.” Neste sentido, o estudo de caso se coloca como opção, uma vez que seu grande valor está em “fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados atingidos podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas” (TRIVIÑOS, 1987, p.111).

2.1. O cenário da Pesquisa

O campo de estudo se constituiu no município de Ribeirão Preto – SP, sede da Divisão Regional de Saúde XVIII - DIR XVIII, que corresponde à divisão administrativa do Estado de São Paulo para a área da saúde.

Situada no nordeste do estado de São Paulo, Ribeirão Preto possui 550.480 habitantes que vivem em uma área de 642 Km² onde a taxa de urbanização é de 99,66% (Fundação Educacional de Análise de Dados – SEADE, 2007).

Com relação à economia do município, a fonte de renda dos trabalhadores é predominantemente viabilizada através de estabelecimentos de serviços e de comércio.

Já no que se refere à educação, a taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais é de 4,44 (SEADE, 2000).

Quanto ao sistema de saúde, o município, em gestão plena da atenção, apresenta o coeficiente de leito SUS por mil habitantes de 3,17, sendo que o município apresenta leitos SUS⁶ (SEADE, 2003) distribuídos em dois (2) hospitais públicos sob responsabilidade estadual (Hospital das Clínicas e Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto), sete (7) filantrópicos (Instituto Hospital Santa Lidya, Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, Sociedade Portuguesa de Beneficência, Sanatório Hospital Psiquiátrico Espírita Vicente de Paula, Abrigo Ana Diederiksen, Hospital do Câncer – Sobecan, Mater – Maternidade do Complexo Aeroporto), sete (7) privados (Hospital Especializado de Ribeirão Preto, Hospital São Francisco, Hospital São Lucas, Hospital São Paulo de Clínicas Especializadas, Hospital do Coração, Maternidade Sinhá Junqueira, Hospital e Maternidade Amico Ribeirânia).

Com relação à rede de atenção básica, o município mantém 27 Unidades Básicas de Saúde - UBS, 5 Unidades Básicas e Distritais - UBDS, 1 Ambulatório Regional de Especialidades, 1 Ambulatório de Especialidades Pediátricas, 1 Ambulatório Regional de Saúde Mental, 2 Núcleos de Assistência Psico-social e 22 equipes de Saúde da Família.

Distritos de Saúde	Equipes existentes
Distrito Central	1 equipe
Distrito Oeste	12 equipes
Distrito Norte	6 equipes
Distrito Leste	3 equipes
TOTAL	22

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – 2007

Quadro 2 - Distribuição numérica das unidades/equipes de Saúde da Família na rede básica de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto, segundo Distritos de Saúde. Ribeirão Preto, 2007

⁶ “[...] leitos gerais ou especializados situados em estabelecimentos hospitalares públicos ou privados, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde – SUS destinados a prestar atendimento gratuito à população” (SEADE, 2007).

Para a definição do cenário da pesquisa consideramos como critério de seleção a “antiguidade” da unidade na implantação da Saúde da Família no município, ou seja, aquelas unidades a mais tempo instaladas e em funcionamento no município de Ribeirão Preto. Ainda, consideramos as unidades com a atuação de enfermeiros com mais de um ano de trabalho na equipe de Saúde da Família.

A opção destes critérios se deu no sentido de que indicam certo acúmulo pelo enfermeiro em seu trabalho cotidiano e pela unidade de saúde de experiências e conhecimentos acerca do trabalho desenvolvido com a possibilidade da unidade proporcionar um conjunto de cuidados e de assistência voltados a atender a clientela a partir dos preceitos da Saúde da Família e da política municipal.

Assim, considerando estes critérios o cenário da pesquisa se constituiu em quatro (4) dos cinco (5) Núcleos ligados à Universidade de São Paulo, uma vez que com a qualificação do município, em outubro de 2000, pelo Ministério da Saúde, foram habilitadas inicialmente 5 equipes ligadas à Universidade de São Paulo por meio de convênio entre Universidade de São Paulo, governo do Estado e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, sendo estas as primeiras unidades de Saúde da Família presentes no município. Um dos Núcleos de Saúde da Família ligado à Universidade de São Paulo não foi selecionado para a pesquisa por se tratar de uma unidade mista, ou seja, uma Unidade Básica de Saúde, com suas atividades próprias e mais uma equipe de Saúde da Família.

2.2. Coleta de dados – os sujeitos, as técnicas e os instrumentos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa se constituíram naquelas enfermeiras com mais de um ano de trabalho na equipe de Saúde da Família nas unidades selecionadas. As enfermeiras que participaram da observação, responderam a um questionário inicial - Caracterização dos enfermeiros (Apêndice B).

Para a coleta de dados, desenvolvida de 26 de junho a 21 de julho de 2006, foi realizada a observação participante do trabalho das enfermeiras, sendo essa realizada durante uma jornada semanal típica do trabalho dessas trabalhadoras, isto é, em uma semana em que ocorreu nenhum feriado, ponto facultativo, ou qualquer outro motivo que pudesse interferir na rotina do trabalho das enfermeiras. Como *amostragem de tempo* (TRIVIÑOS, 1987), portanto, foi considerada uma jornada semanal de trabalho do enfermeiro, que corresponde a 40 horas, uma vez que esta jornada é preconizada para este trabalhador pelo Ministério da Saúde. Ainda, foi utilizado um roteiro de orientação para oferecer uma direção para a realização da observação (Apêndice C).

Segundo Triviños (1987), observar não consiste simplesmente em olhar, mas sim em destacar de um conjunto aquilo que é específico, atentando, por exemplo, às características (como: número de pessoas, atividades desenvolvidas), procurando compreender também a dinâmica e as relações do evento.

A observação participante implica em compartilhar, de maneira sistemática e consciente, não somente as atividades, ou seja, as ações objetivas, mas também interesses, afetos (aspectos subjetivos), de modo que o observador permanece face a face com os observados, possibilitando, assim, a participação do mesmo no ambiente natural, na vida diária dos indivíduos. Dessa forma, “o observador participante deve ser livre para ver muitas coisas que um observador de fora jamais pode ver” (HAGETTE, 1999, p.70-71).

O material da observação participante consiste no

conjunto de regras formuladas ou implícitas nas atividades dos componentes de um grupo social; depois a forma como essas regras são obedecidas são ou transgredidas [...] os sentimentos de amizade, de antipatia ou simpatia que permeiam os membros do grupo. Em outras palavras, é preciso observar o aspecto legal e o aspecto íntimo das relações sócias; ao lado das tradições e costumes, o tom e a importância que lhe são atribuídos; as ideais, os motivos e os sentimentos do grupo na compreensão da totalidade de sua vida, verbalizados por eles próprios, através de suas categorias de pensamento (MINAYO, 1998, p.139).

Assim, foram observadas: as atividades realizadas, como as mesmas foram desenvolvidas e com quais critérios e recursos, a interação do enfermeiro com usuário e

equipe, que tipo de comunicação foi utilizado e de que modo essa foi usada, a maneira como foi tomada a decisão para o desenvolvimento de uma ação, entre outros.

Ainda, é importante destacarmos que, caso ocorra “falsificação” do trabalho por parte das enfermeiras devido à observação, essa “falsificação” será realizada a partir do que estas profissionais acreditem que seja o melhor trabalho a ser desenvolvido, procurando desenvolver uma atividade com qualidade. Portanto, as enfermeiras “tenderiam a comporta-se de modo a exaltar – em vez de obscurecer, através dos critérios utilizados para fazer suas avaliações, as suas representações sobre o trabalho em um sentido tecnológico” (GONÇALVES, 1994, p.133).

Concomitantemente às observações, foram realizados os registros das mesmas, já que esses são considerados uma expressão quase idêntica de todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, quando realizados de maneira que sejam anotadas tanto as atividades quanto os aspectos físicos e sociais. Com isso, os registros possibilitam uma compreensão de todo o processo (TRIVIÑOS, 1987).

Assim, os registros constaram da descrição das tarefas/ações realizadas pelas enfermeiras, e todas as manifestações (verbais, não verbais, atitudes) observadas que foram mobilizadas para o desenvolvimento da tarefa e, portanto, “traduzindo” um certo desempenho.

É importante ressaltarmos que toda a coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora.

2.3. Procedimentos éticos da pesquisa

Para o desenvolvimento da pesquisa foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP traduzidas na resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, tendo sido o projeto de investigação submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – CEP/CSE-FMRP-USP (Anexo A). Cabe

ressaltarmos que no desenvolvimento desta investigação há o compromisso da divulgação dos resultados do estudo, principalmente junto às instituições envolvidas, uma vez que esperamos contribuir para o aprimoramento de questões relacionadas à municipalização dos serviços de saúde na perspectiva de reversão do modelo assistencial vigente e na consolidação do SUS. Os dados foram coletados após a aprovação do projeto no CEP/CSE- FMRP-USP, tendo os sujeitos concordado com o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice A).

Cabe ressaltarmos que, no tratamento do material empírico, buscamos preservar a identidade das enfermeiras, sujeitos da pesquisa, identificando-as por cores.

2.4. Análise dos dados

Com relação às observações, estas foram organizadas de modo a se constituir o *corpus* da pesquisa, sendo realizada a análise de conteúdo, utilizando a técnica da análise temática. Segundo Bardin (1995, p.42), a análise de conteúdo pode ser definida como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”, desse modo, operacionalmente, “parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos” (MINAYO, 1994, p.203). A análise temática “consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 1994, p.209).

No tratamento do material registrado das observações, foram realizadas inicialmente várias leituras, buscando uma maior aproximação com o mesmo que, a seguir, foi separado em fragmentos sistematizados nos seguintes aspectos: o que faz (a fim de identificarmos qual a ação desenvolvida), como faz (buscando uma aproximação aos atributos) e para que faz (para indicar a área de competência).

Após esse momento, foi realizada a leitura flutuante e, então, a identificação dos núcleos de sentidos que foram agrupados nos seguintes grandes temas: *A supervisão como instrumento de controle e educação, O trabalho em equipe na Saúde da Família, Organização do trabalho para produção do cuidado, O controle social no processo de gestão, Coordenação e planejamento do trabalho.*

3. O CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

3. O CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

O Plano de Saúde de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2005), ao conformar o diagnóstico da atenção à saúde no município, aponta que o modelo de atenção vigente (centrado na atenção médica curativa) tem propiciado uma assistência inserida em serviços de saúde que priorizam o atendimento especializado e de urgência, realizados principalmente no modo Pronto Atendimento. Tal fato pode ser comprovado com a análise da produção de consultas médicas no SUS no ano de 2004: 35,56% de consultas médicas básicas, 34,15% de consultas médicas especializadas e 30,29% de consultas médicas de pronto atendimento, dados que apontam uma produção insuficiente de consultas básicas, segundo as recomendações do Ministério da Saúde (Plano de Saúde de Ribeirão Preto 2005 - 2008).

Considerando este quadro, segundo este documento “a intervenção proposta para esse cenário prevê a reorientação do modelo de atenção, organizando-o a partir da atenção básica à saúde, compreendida como centro ordenador do sistema” (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Desse modo, a fim de viabilizar a intervenção acima referida, a Secretaria Municipal de Saúde propõe, dentre suas diretrizes gerais, a implantação da estratégia Saúde da Família, de forma escalonada, sendo que no período de 2005 a 2008, em 50% da área de cobertura do município, por meio da adesão ao Projeto de Extensão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – PROESF.

Na proposta da gestão municipal, esse fortalecimento e essa ampliação da atenção básica consistirão em meios através dos quais a política municipal na atenção básica buscará garantir a atenção integral à saúde aos usuários do SUS.

Cabe ressaltarmos que essa reorientação do modelo de atenção à saúde depende também de uma nova concepção de conceitos dos atores envolvidos, a fim de possibilitar a efetividade e eficiência de um novo sistema no qual a família inserida em seu território passa a ser o foco essencial, o que implica em possibilitar a viabilização da diretriz da intersetorialidade na assistência, com a finalidade de solucionar os problemas identificados.

3.1. A rede de atenção à saúde no Distrito Oeste – a presença de unidades de Saúde da Família

A rede de atenção básica à saúde no município de Ribeirão Preto está organizada em cinco Distritos de Saúde, sendo que, abrangendo os sub-setores das regiões oeste e noroeste do município de Ribeirão Preto, se constitui o Distrito Oeste, que possui 5 Unidades Básicas de Saúde, 2 Unidades Materno-Infantis, 1 Unidade Distrital (UBDS) e 12 equipes de Saúde da Família, sendo 4 ligadas à Universidade de São Paulo, denominadas de Núcleos de Saúde da Família (localizados na área básica da UBDS Sumarezinho).

Assim, todo o distrito está organizado de forma que ofereça atenção à saúde, em conformidade com os princípios do SUS, aos cerca de 140 mil moradores do território adscrito. Além disso, o distrito apresenta um plano de saúde com a perspectiva de reconhecer o ser humano de maneira integral, visando promover a ampliação de oferta de ações de saúde e a garantia do acesso universal às mesmas.

Desse modo, o distrito tem como diretrizes: incluir áreas de maior vulnerabilidade na estruturação dos serviços, redefinir as unidades materno-infantis, manter um único modelo assistencial na mesma unidade, definir o papel da distrital articulada à estruturação da rede básica, estender a cobertura do PSF para toda a área básica do Sumarezinho, manter equidade na distribuição de recursos humanos, definir o trabalho clínico do enfermeiro, com vistas à maior resolutividade das ações de enfermagem, implantar e implementar o acolhimento com classificação de risco e fortalecer a assistência domiciliar.

A Saúde da Família foi implantada no município em 2001 com 5 equipes ligadas à Universidade de São Paulo por meio de convênio entre Universidade de São Paulo, governo do Estado e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. A partir de 2002, foram implantadas outras equipes, sendo que, em 2005, o município apresentava 19 equipes.

Ressaltamos que cada uma dessas equipes é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de cinco a seis ACSs (SIAB, 2004).

A implantação do primeiro Núcleo de Saúde da Família ocorreu em 1999, por meio de recursos do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (CSE-FMRP-USP), com funcionamento de segunda a sexta-feira das 7:00h às 12:00h e das 13:00h às 17:00h; atendendo, naquele momento, a uma necessidade mais acadêmica do que assistencial.

Nessa Unidade de Saúde da Família estava inserida uma equipe (composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde) a qual era subsidiada por um quadro de pessoal e recursos materiais do CSE/FMRP-USP e docentes dos Departamentos de Medicina Social, Ginecologia Obstetrícia, Clínica Médica e Pediatria da FMRP-USP, os quais participavam diretamente da supervisão dos quatro primeiros residentes do recém iniciado Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária com ênfase em Saúde da Família.

Ainda em 1999, essa Unidade começou a ser campo de estágio aos alunos do 5º ano da FMRP-USP. Portanto, este primeiro Núcleo de Saúde da Família foi implantando com os objetivos de ensino, assistência e pesquisa.

A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERP-USP) já no período de implantação do primeiro Núcleo começou a se aproximar e participar da organização e ampliação da Saúde da Família.

No ano 2000, foi instalado o segundo Núcleo do CSE na Vila Tibério e, em 2001, três novos Núcleos na área do Sumarezinho também foram implantados, através da captação de recursos junto à Secretaria de Estado da Saúde e do repasse, pelo município, de recursos federais referentes ao Piso de Atenção Básica da área de abrangência destas unidades.

Nesse processo, EERP-USP assumiu a coordenação dos Núcleos III, IV e V juntamente com os docentes e técnicos da Faculdade de Medicina. Concomitantemente, passou a utilizar essas Unidades como campo de estágio para a formação teórica-prática de discentes.

Ainda no mesmo ano, a Faculdade de Farmácia integrou-se ao Núcleo III, com o desenvolvimento do Programa de Atenção Farmacêutica. Já em 2002, a Faculdade de Odontologia associou-se ao Núcleo III visando à construção, com a colaboração das equipes do CSE e do Núcleo, de mudanças curriculares que possibilitassem outras formas de inserção profissional ao acadêmico de odontologia. Assim, em 2004, os Núcleos I, III, IV e V passaram a constituir-se campo de estágio para a Faculdade de Odontologia.

Ainda em 2002, a Faculdade de Filosofia, através do Departamento de Psicologia, inseriu-se no Núcleo II, desenvolvendo três disciplinas nesta unidade.

Assim, podemos dizer que gradativamente o distrito oeste tem realizado esforços para possibilitar a formação de equipes multidisciplinares.

Cabe ressaltarmos que os Núcleos de Saúde da Família têm-se constituídos também em campos de pesquisa. Dessa forma, trabalhos produzidos apontam impactos positivos na assistência prestada por tais Núcleos, tais como: redução da auto-medicação, maior adesão a tratamentos, maior cobertura por exames preventivos, alta resolutividade das unidades, maior articulação entre os níveis assistenciais, redução do alcoolismo, melhor controle das doenças crônicas.

Atualmente, segundo o Plano de Saúde para o Distrito Oeste, o Núcleo I realiza ações de saúde a uma população da qual 70% se concentra nas faixas etárias de 20 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 e mais. Assim, a população adscrita a esse Núcleo caracteriza-se por adultos jovens e idosos. O mesmo ocorre no Núcleo III no qual cerca de 74% da população está acima de 20 anos. Já em relação aos Núcleos IV e V, a população cadastrada é constituída em predominantemente em adultos jovens (incluindo mulheres em idade fértil) e crianças e jovens. Cabe destacarmos que tais Núcleos apresentam áreas de favelas em seu território de abrangência.

Ainda, é importante dizer que, nos cinco Núcleos, entre as dificuldades encontradas pelas equipes estão: número excessivo de famílias por equipe, falta de conhecimento da população com relação aos objetivos e funcionamento do PSF, falta de um agente administrativo por equipe para execução de serviços burocráticos, existência de demanda reprimida principalmente quanto a atendimentos odontológicos.

3.2. Caracterização das enfermeiras

As quatro enfermeiras cujos trabalhos foram observados neste estudo moram no município de Ribeirão Preto – SP e foram contratadas por meio de processo seletivo, segundo as Consolidações das Leis do Trabalho – CLT.

Quanto à idade das mesmas, duas enfermeiras estão na faixa etária de 25 a 30 anos, uma se encontra na faixa etária de 40 a 45 anos e uma, na faixa etária de 45 a 50 anos.

Na pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde sobre avaliação da Saúde da Família em dez grandes centros (BRASIL, 2002, p.144), verificou-se que as equipes de Saúde da Família pesquisadas apresentavam a distribuição dos trabalhadores predominantemente em duas grandes faixas etárias – “até 30 anos, que reflete a juventude das equipes, e acima de 45 anos que caracteriza a ‘senhoridade’ das mesmas.” Este perfil etário é semelhante ao encontrado para as quatro enfermeiras sujeitos da presente investigação.

No que se refere ao nível de instrução, três enfermeiras possuem formação no nível de Pós-Graduação, *stricto sensu*, sendo que: duas apresentam mestrado em Enfermagem em Saúde Pública (títulos obtidos em 2002 e 2004) e uma realizou mestrado em Enfermagem em Saúde Pública (concluído em 1995) e Doutorado em Enfermagem (defendido em 2001).

Quanto ao tempo que exercem a profissão, esse variou de 6 a 10 anos, sendo que três profissionais trabalham no Programa de Saúde da Família - PSF há cinco anos e uma trabalha no Programa há 6 anos, apontando serem trabalhadoras que já acumularam experiências de trabalho na atenção básica e na Saúde da Família.

Em relação à experiência profissional anteriormente à Saúde da Família, duas enfermeiras trabalharam anteriormente, por curtos períodos (1 ano e 6 meses e 2 anos), na Saúde da Família em outros locais, sendo que uma delas atuou em outro estado (Minas Gerais).

Quanto a experiências profissionais na área da saúde antes de trabalhar na Saúde da Família, três enfermeiras apresentaram resposta afirmativa, sendo que uma trabalhou 12 anos no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, e duas trabalharam no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, em períodos de 9 meses e 4 anos. Uma dessas enfermeiras que trabalhou na área hospitalar também trabalhou por 5 meses na Santa Casa de Ribeirão Preto.

Estas enfermeiras permitiram a observação numa aproximação ao seu trabalho, em uma possibilidade de entendê-lo e discutirmos a partir deste os atributos que conformam os desempenhos para a área de competência gerencial na Saúde da Família.

3.3. A análise do trabalho das enfermeiras: os atributos mobilizados nas ações gerenciais

Da observação do trabalho das enfermeiras foram se evidenciando aspectos de análise que puderam ser agrupados e reagrupados em cinco temas. Estes temas estão apresentados de forma separada, mas é fundamental ressaltarmos que tal divisão só é possível enquanto abstração com caráter analítico, uma vez que a dinamicidade do trabalho na realidade dos serviços de saúde os mantém permanentemente articulados.

O primeiro tema, denominado *A supervisão como instrumento de controle e educação*, aponta a supervisão como atividade das enfermeiras na Saúde da Família, inerente ao cotidiano da gestão do trabalho e mostra que a supervisão apresenta as dimensões da educação e controle.

O segundo, *O trabalho em equipe na Saúde da Família*, aponta que o trabalho das enfermeiras está articulado à equipe para a produção do cuidado, evidenciando como ocorre a articulação das ações e a interação dos trabalhadores.

O terceiro, identificado como *O controle social no processo de gestão*, indica o controle social como um instrumento que possibilita a construção de cidadania e traz que o mesmo aparece, no trabalho das enfermeiras, relacionado à Comissão Local de Saúde, contudo, ainda de modo bastante tímido, contrariando de certa forma a expectativa presente nos documentos oficiais da Saúde da Família.

O quarto, intitulado *A organização do trabalho para a produção do cuidado*, mostra que o trabalho das enfermeiras se desenvolve no sentido de: organizar o fluxo de usuários, de registros e informações tanto na unidade como entre os serviços, realizar controle de infraestrutura e previsão e provisão de material.

E finalmente, o último tema, denominado *Coordenação e planejamento do trabalho*, apresenta que o planejamento está direcionado a serviços, escalas, atividades (de promoção à saúde e de educação permanente) e ao cuidado e que a coordenação está relacionada à organização do trabalho para a produção do cuidado.

Os cinco temas identificados podem ser categorizados ainda em duas grandes ações desenvolvidas pelas enfermeiras: organização do trabalho em saúde e planejamento, execução e avaliação do cuidado/trabalho em saúde

Mais uma vez, mesmo correndo o risco da repetição, cabe destacarmos que os temas estão organizados de maneira a possibilitar uma melhor compreensão didática, já que, no cotidiano do processo de trabalho das enfermeiras, as ações encontram-se intrinsecamente relacionadas e possivelmente articuladas.

3.3.1. A supervisão como instrumento de controle e educação

A supervisão, compreendida como parte do processo coletivo do trabalho em saúde, está relacionada às demandas dos serviços e aos objetivos que esses apresentam. Sua origem no processo de trabalho é decorrente da divisão técnica e social do trabalho a qual gerou a necessidade de haver uma atividade que assegurasse que o trabalho fosse realizado conforme

o planejado e seguindo as regras estabelecidas. A partir disso, consideramos que a supervisão é, simultaneamente, produto de políticas institucionais e estruturas organizativas e uma prática que reproduz e constrói essas políticas e estruturas (SILVA, 1997).

Segundo Silva (1997), a supervisão apresenta três aspectos: político, de controle e de educação, sendo que os dois últimos ocorrem de modo recíproco, pois visam à viabilidade adequada para realização do processo de trabalho. Dessa maneira, os trabalhadores são “educados” a fim de executarem suas atividades, de modo que contemplem os objetivos esperados. Além disso, a necessidade do controle se faz presente durante o acompanhamento e a avaliação dos trabalhadores, sendo que a partir do controle novas demandas de educação podem ser geradas.

Na perspectiva apontada por esta autora, neste estudo, a supervisão de enfermagem aparece como uma ferramenta do trabalho de gerência da enfermeira, caracterizada principalmente pelos aspectos de controle do trabalho e educação.

Em vários momentos, pudemos observar que o controle aparece no trabalho das enfermeiras com a finalidade de controlar os trabalhadores, principalmente quanto ao cumprimento de horário e jornada de trabalho.

Enfermeira Branca: [...] Eu preciso contar as horas, mas antes preciso conversar com a ACS. Auxiliar de Enfermagem, chama a ACS, por favor! Fala pra ela vir aqui.

ACS entra na sala e enfermeira Branca pede pra ela fechar a porta.

Enfermeira Branca: ACS, tô vendo essa história de horas Lembrei que não fiz as contas porque você tem chegado bem mais cedo. Se você chegasse e trabalhasse, mas não é isso que acontece.

ACS: Eu ponho porque é o horário que eu chego, mas não é pra contar hora mesmo. É porque a hora que chega tem que marcar.

Enfermeira Branca: Tinha um tempo que você chegava mais cedo porque a agente de serviços gerais tava de férias. Aí conta hora. Mas agora com [...], não vai ficar fazendo isso.

ACS: Eu tenho que fazer um exame de toxoplasmose. Tem que ser oito horas de jejum. Eu queria fazer amanhã.

Enfermeira Branca: Ué, e os outros exames?

ACS: Já fiz tudo.

Enfermeira Branca: Tá bom.

Na situação acima, é evidente a questão do controle, contudo este pode assumir distintas feições a depender de como a enfermeira mobiliza os atributos de que dispõe, ao lidar com a situação.

No caso do fragmento acima, para realizar esse controle dos trabalhadores da unidade, ao ter a atitude de solicitar que a ACS feche a porta, a enfermeira demonstra que se preocupa com a exposição da ACS diante dos outros trabalhadores da unidade. Pequeno detalhe, mas que pode indicar o respeito, a valorização do outro, a preocupação com direitos e deveres no e para o trabalho, ou seja, a enfermeira mobiliza um conjunto de conhecimentos, valores e mantém postura de atenção para falar de direitos e obrigações da ACS no trabalho.

Assim, podemos inferir que a enfermeira mobiliza um conjunto de conhecimentos sobre: o trabalho da ACS, a rotina e a dinâmica do trabalho na unidade, a condição de saúde da ACS e as restrições para o trabalho, utilizando princípios éticos (justiça, tolerância, responsabilidade), resgatando dados em sua memória. Nesta ação, apresenta habilidades relativas ao uso da linguagem de forma direta, concisa e clara durante a conversa, possibilitando interação e participação da ACS no diálogo, explicando como a jornada de trabalho deve ser realizada, demonstrando uma atitude de respeito com a ACS.

Além disso, também demonstra que apresenta conhecimentos sobre os exames exigidos para a condição da ACS, indicando que, possivelmente, faz avaliação da prioridade dos exames e das conseqüências no trabalho para autorizar o atraso da ACS no dia seguinte. Ainda, provavelmente faz uma avaliação de quais mudanças tal condição da ACS poderá provocar no desenvolvimento das tarefas da mesma.

De certa forma, mesmo que não explicitamente colocado no fragmento, há pistas de que a enfermeira, ao decidir conversar com o ACS sobre a saída para o atendimento médico, realiza a avaliação do trabalho desenvolvido pela trabalhadora e as alterações em seu trabalho e, conseqüentemente, no processo de trabalho da equipe, considerando a prática do serviço, a responsabilidade da unidade e da equipe perante essa condição, a carga de trabalho, o ambiente físico, a segurança no emprego, enfim, fatores relativos à saúde do trabalhador,

demonstrando que, além da ACS ter preocupação com sua saúde, a enfermeira também tem a expectativa de propiciar e favorecer esse cuidado.

No entanto, não há evidências de que esse raciocínio possibilitou também haver uma reflexão por parte da ACS sobre seu trabalho e o que poderia significar a mudança de horário. Esta situação, nos leva a refletir se está presente a articulação da dimensão do controle sobre a organização do trabalho para todos os trabalhadores.

Outra situação em que o controle se faz presente pode ser identificada na reunião de equipe.

ACS 1: Eu tô com uma dúvida. Aquele dia do jogo. A prefeitura mandou às 14h e nós saímos 12:30h, tem algum problema?

Enfermeira Azul: Tem. Tem que pagar hora. A gente tem que colocar conforme foi trabalhado. Vocês têm outra idéia?

Enfermeira Azul explica sobre hora extra. Se trabalhar mais que seis horas, precisa de horário de almoço.

Enfermeira Azul: Está lá na CLT. A gente vê isso individualmente. ACS 2, você não tava aí sexta-feira, você tá entendendo?

Ainda, podemos observar que o controle da jornada de trabalho também é realizado a partir de questionamentos de membros da equipe. Nesse caso, a enfermeira tem a atitude de estabelecer a regra, justificando o porquê dessa definição, explicando quais as leis que o serviço utiliza, demonstrando, desse modo, conhecimentos sobre as mesmas, indicando que está de acordo com as regras da instituição, apresentando habilidade para discutir o assunto. Há em sua fala, a indicação que está sustentada em uma perspectiva moral e ética do trabalho, ao indicar a responsabilidade para com o trabalho, os direitos e deveres no trabalho, possibilitando ainda espaço para discussão acerca de sua decisão.

Além disso, também demonstra que detém conhecimento sobre a presença dos trabalhadores na unidade, quando verifica a compreensão do ACS e aponta sua ausência anterior na unidade. Também, dá indícios que faz uma avaliação da complexidade do assunto, quando decide e explicita que o assunto deverá ser tratado individualmente, provavelmente considerando direitos trabalhistas, igualdade e relacionamento inter-pessoal com os membros da equipe.

Assim, podemos inferir que a enfermeira preza por um comportamento ético que possivelmente está relacionado as suas crenças e aos seus valores individuais em consonância com a cultura da organização da qual faz parte.

A preocupação com o controle da jornada de trabalho, também se faz presente em relação a outros membros da equipe que não o pessoal de enfermagem e os ACS. O controle também é exercido sob outras pessoas além da equipe, como no caso sob os médicos residentes e a docente.

Na sala de reunião

Docente da Faculdade de Medicina: Vocês têm aula da vigilância hoje? (Referindo-se aos residentes)

Enfermeira Branca: Esqueci de falar. Se vocês quiserem descer, tudo bem. (Falando para os residentes irem para a aula no Centro de Saúde Escola - CSE)

Enfermeira Branca sai da sala para ver a agenda e volta

Enfermeira Branca: Eles têm duas pessoas na agenda. Tem o Fulano que é uma família azul.... e a Ciclana que é às 9:30h. Se eles não voltarem, sobra pra você. (Falando para docente)

Inicialmente, partir de um questionamento da docente, a enfermeira identifica que esqueceu de transmitir uma informação aos médicos residentes. Após, transmite informação de uma decisão tomada de modo centralizado (decisão da enfermeira) e tem a atitude de sair da sala, a fim de coletar dados na agenda sobre as consultas ainda a serem realizadas, demonstrando que apresenta conhecimentos sobre a organização do serviço, atribuições de cada trabalhador e necessidade de reorganizar a agenda com a saída dos médicos residentes.

Ao identificar que há usuários agendados para atendimento, levanta uma hipótese, de quem remanejar para a realização dos mesmos, delegando tarefas à determinada pessoa, utilizando uma linguagem objetiva. Sem dúvida, há uma preocupação em não prejudicar a atenção ao usuário, mesmo considerando a importância da formação do residente médico e, ao mesmo tempo, possibilitar que a rotina e o fluxo na unidade não sejam alterados, indicando a preocupação com a continuidade da assistência e respeito com os usuários.

Além disso, tem a habilidade de já fornecer a classificação de risco da família (família azul), indicando, assim, que essa é uma ferramenta para a organização do serviço, que pode oferecer dados para a organização do cuidado, colaborando no processo de tomada de decisão.

O controle do trabalho desenvolvido pelo auxiliar de enfermagem é de responsabilidade da enfermeira em decorrência da divisão técnica e social do trabalho. No fragmento abaixo, a enfermeira questiona a auxiliar de enfermagem, a fim de obter uma informação (ou seja, identificar a usuária) e já explicita que, se necessário, poderá realizar atendimento individual, utilizando uma estratégia: a consulta de enfermagem, indicando que o controle possibilita o planejamento de sua atividade, de modo que organize o cuidado para essa usuária.

Auxiliar de enfermagem mexendo nos materiais para realização de gestateste.

Enfermeira Verde: Em quem você vai fazer?

Auxiliar de enfermagem: Ciclana.

Enfermeira Verde: Ciclana P?

Auxiliar de enfermagem: Não.

Enfermeira Verde faz sinal da cruz e agradece. (risos)

Enfermeira Verde: Se der positivo, eu posso atender agora.

Depois de um tempo.

Enfermeira Verde: O que deu?

Auxiliar de enfermagem: Negativo

Assim, demonstra conhecimentos acerca da organização de sua agenda para o atendimento individual, do fluxo na unidade e rotina da mesma, da população adscrita, implicitamente realizando uma avaliação de risco dos moradores da área, pois tem uma atitude de agradecer quando a auxiliar não confirma a identificação da usuária em quem fará o teste. Ainda, a disponibilidade para a realização do atendimento pode estar relacionada à compreensão que apresenta sobre a relevância do pré-natal e da organização do serviço, considerando a importância de aproveitar a presença da usuária na unidade para iniciar o seguimento da gestação.

Enfermeira Verde: Cadê a auxiliar de enfermagem 1?

Auxiliar de enfermagem 2: Foi no atendimento. A médica chamou ela.

Enfermeira Verde: Ela nem terminou o atendimento aqui. Dois minutos não muda nada. Ela precisa falar isso pra médica.

Auxiliar de enfermagem 1 volta.

Enfermeira Verde: Você precisava ter acabado o acolhimento aqui. A auxiliar de enfermagem 2 que tá na retaguarda dos consultórios.

A supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem, além do controle também está voltada para a organização e o planejamento da produção do cuidado.

Enfermeira Azul: Auxiliar de enfermagem 1, ainda tem exame de gestante parado aqui. Ontem eu agendei uma. Ainda tem uma aqui. (Olha os exames de faltosos)

Auxiliar de enfermagem: Quem?

Enfermeira Azul: Ontem, era uma tal de Ciclana. A que tá aqui é uma tal de Beltrana. Exame de fezes parado é uma coisa. Hormônio e gestante é outra. Posso dar uma sugestão? Tem duas situações da recepção que precisa olhar: a questão dos exames e das guias. Podia ligar nos outros Núcleos pra ver o que eles tão fazendo: se guarda na pasta, se vão atrás. E vocês podiam dividir entre você e a auxiliar de enfermagem 2. Uma fica com uma coisa e outra com outra coisa. Ontem eu marquei o exame. Peguei a pasta dela. Só tinha 3 consultas de pré-natal e o exame parado. E o Fulano e a Fulana vieram marcar. Olha as companhias (...) Acho que precisa cutucar. (Falando que precisa acompanhar a gestante: observar consulta e exame) Você concorda com essa sugestão?

Auxiliar de enfermagem 1: Concordo. A gente fica mais atenta.

A enfermeira, ao identificar um problema, tem a atitude de chamar atenção de uma das pessoas responsáveis pela realização da tarefa, apresentando a habilidade de produzir uma conversa interativa, com o uso de linguagem simples e clara, a qual proporcione à auxiliar de enfermagem uma reflexão sobre a situação identificada, onde há informações de guias e exames que estão disponíveis na unidade, mas não organizadas para produção do cuidado.

Demonstra que detém conhecimentos acerca da dinâmica e estrutura organizacional da unidade, indicando que possivelmente realiza uma avaliação de risco e de prioridades a determinados grupos para a organização do cuidado, como é o caso das gestantes.

Ainda, de forma interativa sugere uma divisão de trabalho, fazendo isso de maneira que a auxiliar de enfermagem entenda a justificativa de sua opinião, exemplificando como realizou a atividade no dia anterior e a importância de ter sido desenvolvida daquele modo, demonstrando também conhecimento acerca da população da área.

No processo, a sugestão em buscar informações em outras unidades, possivelmente para troca de experiência, indica de certa maneira a abertura da enfermeira para sugestões que possam surgir.

Nesta perspectiva, provavelmente a supervisão do trabalho dos auxiliares é realizada de modo que o serviço seja organizado de maneira que possibilite uma produção do cuidado com acompanhamento da situação de saúde dos usuários, ou seja, proporcione continuidade na atenção à saúde, gerando resolutividade, através da mobilização e participação da equipe.

Conforme previsto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1982b), um supervisor deve realizar três atos interligados: conferir (observando se as ações estão sendo realizadas

conforme as regras), retificar (isto é, corrigir de acordo com as normas estabelecidas) e informar (ou seja, dar ciência à direção).

Cabe salientarmos que qualquer ação no processo de trabalho é carregada de intencionalidade, ou seja, estes atos utilizados de conferir, retificar e ratificar estarão sempre direcionados a uma dada finalidade do processo de trabalho, podendo se voltarem para a manutenção de projetos estabelecidos ou visar sua superação.

No caso, observamos que o controle das atividades das auxiliares de enfermagem também é realizado de acordo com tais especificações do Ministério, ou seja, a fim conferir se essas trabalhadoras estão desenvolvendo suas atividades conforme as regras estabelecidas e corrigindo-as. A enfermeira, identificando uma situação que não está estabelecida conforme as normas formais ou priorizadas na organização dos serviços (a divisão de tarefas entre a equipe de enfermagem e a realização do acolhimento), faz um questionamento e já tem uma atitude de chamar a atenção da auxiliar de enfermagem para correção ao explicitar que a mesma não está cumprindo o estabelecido e que precisa finalizar uma atividade iniciada anteriormente, reiterando como a distribuição de tarefas está determinada para aquele momento, utilizando uma linguagem impositiva.

Demonstra que tem conhecimento sobre as normas e rotinas da unidade, a relação dessa trabalhadora com outros membros da equipe, indicando, ao realizar supervisão, a responsabilidade que a trabalhadora deve ter para com a companheira de trabalho e para com os usuários. Esta atitude aponta que a enfermeira traz para o cenário do trabalho sua compreensão acerca dos princípios éticos que, para ela, deverão estar presentes no trabalho, como o respeito e compromisso para com o usuário de modo que o atendimento não seja interrompido.

Contudo, chama a atenção o fato da enfermeira ter corrigido a trabalhadora em um espaço mais público da unidade, espaço de trânsito de pacientes e outros trabalhadores, expondo a auxiliar de enfermagem, de certa forma, às pessoas que estavam presentes naquele momento.

A enfermeira, na Saúde da Família, na unidade pesquisada, também realiza supervisão do trabalho do agente de serviços gerais.

Enfermeira Verde: Coordenadora, nós vamos ter que fazer um check list. A pessoa trabalha três horas por dia e fica sentada. (Se referindo à agente de serviços gerais). A própria Fulana (funcionária do CSE) disse: Enfermeira Verde, faz uma CI.

Enfermeira Verde: Uma coisa que a Fulana falou, foi que vidro não vê água há muito tempo. Ela tem que saber que não tá fazendo direito. Nós vamos ter que trabalhar junto. Fizeram grupo de reeducação alimentar, a ACS 1 e a ACS 2 ajudaram em coisa que elas não deveriam! A paciente veio falar comigo. Se a faxineira era contrato. E se era contrato, com quem ela falava. É muito desagradável. A gente tem elogio da assistência.

No fragmento acima, ao conversar com a Coordenação da unidade, aponta o observado no trabalho da agente de serviços gerais, identificando um problema, tendo a atitude de levá-lo ao conhecimento da docente da Faculdade da Medicina coordenadora da unidade.

Além de explicitar os fatos ocorridos com relação à limpeza da unidade, defini uma ação para resolução, apresentando a habilidade de chamar atenção da necessidade para tomada decisão e atitude conjuntamente, o que indica sua preocupação em mobilizar a docente para o assunto.

Deixa claro também que o problema já foi identificado por uma usuária e por funcionários de outras unidades, o que mostra uma comunicação com outros serviços e com os usuários, e uma possível preocupação, portanto, com a satisfação do usuário, não somente quanto à assistência, mas também com relação à infra-estrutura e com a ambiência da unidade (BRASIL, 2006), ou seja, não só com o ambiente físico, mas com o ambiente de circulação de pessoas que se relacionam para resolver um problema de saúde, buscando um cuidado acolhedor, humano e integral.

Além disso, ao definir uma ação para resolução do caso, demonstra que, possivelmente, detém conhecimento acerca das atividades atribuídas a esse trabalhador, considerando a importância e necessidade da limpeza na unidade e suas implicações na assistência, na rotina e dinâmica da unidade de saúde. Neste fragmento, parece ficar explícita que a supervisão desenvolvida segue as dimensões de: conferir, corrigir e informar.

Durante a supervisão, parece não transparecer a dimensão da educação enquanto movimento de reflexão sobre a ação desenvolvida em um dado processo de trabalho, indicando que não há preocupação explícita neste momento, em fazer com que o agente de serviços gerais compreenda como deve ser seu trabalho em uma área específica que é área da saúde. Ou seja, parece não haver um movimento para que esta trabalhadora entenda as peculiaridades de seu trabalho, como por exemplo a importância do mesmo no controle de riscos ambientais. Assim, ressaltamos que não há possibilidade de mudanças sem existir um processo de reflexão pelo conjunto dos trabalhadores envolvidos no trabalho.

Em outro fragmento, a enfermeira aproveita o momento da reunião de equipe, para explicitar que realiza supervisão da equipe, mobilizando todos para a discussão.

Durante reunião de equipe.

Enfermeira Verde: Põe na pauta da semana que vem, Ética. Eu vou buscar um texto. Uma vez nós fizemos discussão no Cuiabá, falando de ética profissional e ética das relações.

Médica fala sobre ética.

Enfermeira Verde: Eu acho que você tá certa! Às vezes, o meu papel, o seu papel é chato. Eu não posso ser agradável e omissa. Acho que ninguém aqui fica à toa. Mas em alguns momentos, a gente esquece. A gente quando visita outro serviço, a gente olha. As pessoas que nos visitam ou é aluno, ou é representante... Não dá pra representante ficar na recepção e a gente conversando com paciente. O caso da agente de serviços gerais, a gente não pode excluir. Eu já vi vários casos na frente dela. Atendeu telefone no meio da orientação, eu já fiz isso. Mas precisa prestar atenção! Eu queria que isso entrasse na discussão. Algumas coisas a gente precisa falar: as serventes da Cuiabá reclamaram, disseram que não vão fazer limpeza de sujeira crônica. A paciente chegou pra mim e falou: nossa, não dá pra clarear esse banco? Tá encardido! Enfim, é coisa pra todos nós. Não estou me excluindo. Às vezes, a gente entra na recepção tomando café. Outro dia o computador tava manchado de café. É o único que temos.

Dentista fala das cadeiras amontoadas na área.

Enfermeira Verde: Essas cadeiras, nós já pedimos recolhimento. Pra consertar problema de água que gastava 500 reais por mês, demorou 5 meses.

Assim, ao definir qual assunto seja colocado na pauta da reunião de equipe da próxima semana, tem a atitude de levantar a necessidade da discussão do tema em equipe, considerando o modo como o trabalho tem sido realizado na unidade, o que demonstra preocupação com a articulação com o trabalho desenvolvido por todos trabalhadores. Porém questionamos: a conversa é conduzida de forma a mobilizar a reflexão? É explicitada qual sua compreensão acerca de seu trabalho e da médica quanto ao caráter da supervisão na dimensão do controle? A equipe faz uma reflexão acerca da ação por parte dos outros trabalhadores?

Com isto, apesar de transparecer uma ação muito centralizada e vertical, a enfermeira vai sinalizando que, no trabalho, estão presentes princípios e valores, que conformam uma certa compreensão acerca de qual ética se tem presente no trabalho, quais as posturas que apresentamos, o respeito ao outro, o compromisso no e com o trabalho em saúde, bem como as atitudes que os profissionais devem ter no atendimento às pessoas.

Ao demonstrar a preocupação com os recursos (computador) da unidade, parece chamar atenção da equipe para com a infra-estrutura que dispõem e que devem “cuidar”, para que toda a atenção à clientela se processe.

Neste fragmento, pela fala da enfermeira, inferimos seu conhecimento sobre a dinâmica da unidade, a existência da divisão de tarefas e das relações de poder presentes na unidade de saúde.

Neste contexto, a supervisão de equipe parece ser realizada com a finalidade de constantemente mobilizar os trabalhadores para uma reflexão acerca do trabalho desenvolvido, da ambiência que produzem e dos recursos que dispõem. Parece haver a preocupação da enfermeira para que a equipe reflita sobre a responsabilidade de todos com a manutenção dos recursos da unidade, considerando a disponibilidade, a durabilidade e a quantidade dos mesmos na unidade. Ainda, que desenvolvam suas atividades com respeito aos usuários e estejam atentos para exposição dos mesmos diante de outras pessoas na unidade (trabalhadores ou demais usuários) considerando, portanto, a dimensão ética do trabalho. Assim, identificamos que a enfermeira valoriza questões éticas no gerenciamento, reconhecendo-as e compreendendo o significado das mesmas no contexto no qual está inserida.

Em alguns momentos, a supervisão do trabalho do auxiliar de enfermagem apresenta apenas o caráter estrito de controle como na situação abaixo, na qual enfermeira tem a atitude de chamar a atenção do trabalhador, explicitando que o mesmo não tem cumprido suas obrigações.

Enfermeira Verde: Tem ficado muito encaminhamento sem fazer e mal feito. (Falando para auxiliar de enfermagem)

Não aproveita, contudo, o momento para mobilizar o auxiliar de enfermagem para a realização da tarefa de forma adequada, ou seja, da forma como o trabalho deve ser realizado e para quê o mesmo deve ser desenvolvido, o que implica em não buscar promover uma reflexão significativa do trabalho, não mostrando a importância do mesmo para organização do cuidado e do trabalho na unidade. Neste sentido, a supervisão assume o caráter de controle, como explicitado.

Ainda, tal mobilização poderia proporcionar interação com o auxiliar de enfermagem, podendo fazer com que esse trabalhador tivesse autonomia para questionar a organização do serviço e participar da mesma.

A supervisão da enfermeira, como já explicitado, se volta para todo o conjunto dos trabalhadores, sendo previsto pelo Ministério da Saúde seu papel de acompanhamento junto aos ACS.

ACS 1: Enfermeira Rosa, quem vai na reunião?

Enfermeira Rosa: Eu não sei se precisa ir todos. Vou pegar o ofício. Acho que pode ir ACS 1 e ACS 2, porque o ACS 3 já tá saindo pro curso. ACS 3, eu vou com as meninas porque você já tá saindo oito horas pro curso. E também, a área delas é aqui perto, quando elas voltarem dá pra elas saírem pra visita.

A supervisão, instrumento que estabelece uma interação entre a prestação de serviços e a administração, consiste em um catalisador das ações desenvolvidas pelos diversos setores da estrutura operacional, indicando que não deve ser entendida como uma atividade isolada de outras como, por exemplo, do planejamento em saúde (BRASIL, 1982a).

Nessa perspectiva, a enfermeira também realiza controle do trabalho dos ACS, visando o planejamento e a organização do trabalho. Após questionamento de uma ACS, a enfermeira emite sua posição quanto ao assunto, tendo a atitude de buscar informação nos recursos disponíveis na unidade de saúde.

Neste processo, emite sua opinião, justificando a mesma, definindo quais as agentes que irão participar da reunião, exercendo assim o poder que lhe cabe para decidir sobre a distribuição de atividades e de pessoal, indicando que detém conhecimentos sobre a dinâmica e a divisão do trabalho na unidade, área adscrita, a microárea de responsabilidade de cada ACS e o processo de regionalização.

Um aspecto importante trazido por Silva (1997) como componente do processo de supervisão é a educação. Este componente se faz presente tanto no que diz respeito à capacitação das próprias enfermeiras como em sua preocupação em favorecer o treinamento da equipe de enfermagem.

A preocupação com a capacitação da equipe mostra-se presente em distintos momentos, contudo, nem sempre há a indicação que esta se volta para a educação permanente da equipe ou da enfermeira.

A Política de Educação Permanente no SUS, aprovada em 2003, assinala a educação em serviço constituindo-se em recurso estratégico para gestão do trabalho e numa estratégia para recomposição das práticas de formação e atenção. Desse modo, portanto, cabe ressaltarmos que “fazer educação permanente em saúde exige reflexão crítica sobre as práticas de atenção, de gestão e sobre as práticas de ensino, buscando processos educativos aplicados ao trabalho” (BRASIL, 2005).

Enfermeira voluntária solicitando ajuda pra preencher a ficha de atendimento de coleta de citologia.

Enfermeira voluntária: Eu preciso de você. Eu tive algumas dúvidas e preferi deixar em branco.

Enfermeira voluntária: Aqui eu não lembrava como preenchia ciclo menstrual...

Enfermeira Branca: Como ela falou? Vem um absurdo!!!?

Enfermeira voluntária: Não. Ela disse que vem em grande quantidade. (...)

Enfermeira Branca: É uma ectopia. Lembra de ectopia? Tecido lá de dentro que quando passa iodo não cora. Mas, a gente não pode fazer diagnóstico. Então, às vezes, eu escrevo ectopia e interrogo.

Enfermeira Branca: Conteúdo vaginal? Médio? Pequeno?

Enfermeira voluntária: Pequeno.

Enfermeira Branca: De que aspecto?

Enfermeira voluntária: Leitoso. E aqui? Como, rosado?

Enfermeira Branca: De difícil localização, né! Toda vez que vou ensinar as meninas como anotar, eu falo: o que você viu, ouviu e sentiu. E a conduta é o que orientou.

Enfermeira voluntária: Então era isso!

A enfermeira realiza educação de outros trabalhadores. Nesse caso, a educação é realizada com interação, a partir da solicitação da enfermeira voluntária que deixa claro quais são suas dúvidas, indicando que há um relacionamento de trabalho que possibilita a interação e articulação com outros trabalhadores.

Utilizando-se de uma linguagem acessível, clara e com termos científicos, a enfermeira vai promovendo a educação, demonstrando que detém conhecimentos clínicos e

organizacionais sobre a coleta de citologia (preenchimento da ficha de coleta de citologia). Na realização de coleta de citologia, além dos aspectos clínicos e técnicos, aponta para a outra enfermeira os limites do exercício profissional, apresentando habilidades para conduzir o processo de educação permanente, já que não transmite apenas respostas às interrogações da enfermeira voluntária, e sim realiza questionamentos, visando identificar o que a colega conhece ou dispõe de conhecimento (coleta de dados), os quais promovem uma reflexão que possibilite a compreensão do processo de forma significativa.

A enfermeira também busca capacitação para o trabalho, através da articulação com outros níveis de atenção, o que pode indicar conhecimentos sobre hierarquização e descentralização.

Na Secretaria da Saúde, para buscar subsídios para planejar como o tema da campanha da semana de amamentação poderá ser desenvolvido no Núcleo.

Enfermeira da Secretaria da Saúde mostra as aulas sobre amamentação no Power Point.

Enfermeira Verde: Eu trouxe disquete e um CD pra gravar. (Mostra o CD e o disquete)

Enfermeira da secretaria da saúde: Eu mandei pra vocês xerox da legislação.

Enfermeira Verde: Eu recebi, mas não sei identificar bico normatizado. Eu deixo uma mamadeira pra situação de emergência.

Enfermeira Verde: Legislação existe há 25 anos. Primeiro era recomendação. Depois passou pra resolução. Aí, resolução é pela Anvisa. Portaria 2061: virou lei.

Enfermeira Verde: Umas das coisas que a prática mostra é que a mãe pergunta: que bico eu compro?

Enfermeira da secretaria da saúde: O menos pior é de látex, o amarelinho. O da tal marca é muito duro.

Enfermeira Verde: Tem bico que vira e escorre. Tem bico que vira e goteja.

Enfermeira da secretaria da saúde: O melhor é o que goteja. O ideal é sair do peito e ir pro copo.

Enfermeira Verde: A minha dúvida é: reconhecer num produto que ele é adequado.

Enfermeira da secretaria da saúde: (...)

Enfermeira Verde: Nós já fizemos um concurso de cartaz. Foi incrível! A menina desenhou a mãe dando mamadeira pro filho e do lado o cachorrinho dando peito. Você acha que dá pra gravar? (Se referindo às aulas no power point)

Enfermeira da secretaria da saúde: Vou gravar no CD porque no disquete não cabe.

Nesse caso, a enfermeira explicita quais são suas dúvidas, indicando que as mesmas não foram solucionadas apenas com a leitura da legislação. Recebe as informações da enfermeira do nível central da Secretaria da Saúde de modo interativo, apresentando a habilidade de deixar explícita qual sua demanda a partir da prática na unidade. Nesta interação, demonstra que tem conhecimento acerca dos produtos para a alimentação fluída para a criança e sua variedade, as ações possíveis de serem realizadas para a promoção do aleitamento.

Assim, podemos considerar que a enfermeira demonstra preocupação com a assistência prestada, buscando recursos adicionais que podem capacitá-la não só para o planejamento da campanha, mas também para a prática cotidiana na unidade.

A pesquisa consiste em uma das dimensões do trabalho nos Núcleos de Saúde da Família onde o trabalho das enfermeiras foi observado. Podemos verificar que a enfermeira recebe demandas para realização de pesquisas.

Enfermeira Rosa atende o telefone

Enfermeira Rosa : A gente já teve pesquisas com grupo. Tem o trabalho do Fulano da Medicina Social. Tem caracterização do Núcleo (...) a população daqui é mais idosa. Tem poucas crianças, poucas gestantes. A maioria é adulto e idoso. O nome dele é Fulano. Ele é dentista. Lá ele caracteriza direitinho (...) Você pode achar na Biblioteca Central porque ele acabou de apresentar. Enfermeira Rosa desliga e diz: A menina quer que eu pegue meu SIAB e fale o número de idosos. Isso já é parte da pesquisa.

No fragmento, a enfermeira atua no sentido de chamar a atenção da pesquisadora para as fontes científicas já existentes, demonstrando conhecimento sobre as pesquisas científicas produzidas a partir da unidade de saúde. Na interação indica conhecer o perfil da população adscrita à sua unidade de saúde, os pesquisadores e pesquisas já realizadas anteriormente na unidade, as fontes onde buscar as informações que podem auxiliar a pesquisa, etapas e procedimentos éticos de pesquisa.

Além disso, tem a habilidade de conduzir a conversa com a pesquisadora, por meio de uma linguagem clara e direta, proporcionando informações acerca de onde a pesquisadora pode buscar os dados de que precisa, demonstrando uma preocupação ética no trabalho e na pesquisa, ou seja, indica que tem responsabilidade ao não fornecer os dados da unidade. Desse modo, viabiliza a pesquisa, fornecendo dados que possam auxiliar o desenvolvimento da mesma, mas não expõe o serviço.

Para finalizar, cabe concluirmos que, segundo Silva (1997), a supervisão consiste em uma atividade complexa na qual o supervisor deve, além de observar procedimentos, técnicas e tarefas, aplicar valores e julgamentos, ou seja, aspectos subjetivos que visem reconhecer as finalidades do processo de trabalho.

Assim, identificamos nesta investigação que, no trabalho das enfermeiras na Saúde da Família, a supervisão vai na direção apontada pela autora, apresentando aspectos de educação e de controle, podendo ter o intuito de conferir, corrigir e informar.

Com relação à educação, observamos que há o predomínio de uma educação de caráter diretivo e vertical, fazendo parecer que a educação permanente ainda não está sendo utilizada como um recurso que possibilita reflexão crítica e promove processos educativos aplicados ao trabalho.

Finalmente, ressaltamos que a supervisão pode ser instrumento utilizado para promover o envolvimento dos trabalhadores com os objetivos do projeto do qual fazem parte, buscando responsabilização e superando apenas o enfoque estrito de controle.

3.3.2. O trabalho em equipe na Saúde da Família

O trabalho em equipe, considerado uma das premissas mais importantes para a reorganização do processo de trabalho, pode ser uma ferramenta que possibilita uma abordagem integral e resolutiva, já que pode ser implementado de um modo que articule as diferentes ações dos distintos profissionais.

Conforme já citado anteriormente, Peduzzi (2001) afirma que pode ser classificado segundo dois tipos: a equipe agrupamento e a equipe integração. A primeira é aquela cujos membros, apenas agrupados, desenvolvem ações justapostas e fragmentadas. A segunda é caracterizada por ações articuladas, com interação comunicativa, integração dos saberes, ou seja, superação do isolamento dos sujeitos que elaboram um projeto assistencial comum (PEDUZZI, 2001).

Na estratégia Saúde da Família, é esperado que a equipe produza um trabalho integrado, ou seja, que haja articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes membros da equipe por meio de uma comunicação que conduza ao entendimento e que, portanto, veicule a articulação de modo efetivo (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Assim, cabe-nos ressaltar que entendemos

articulação das ações no sentido de colocar em evidência as conexões existentes entre as intervenções técnicas existentes realizadas pelo conjunto de profissionais inseridos numa mesma situação de trabalho, e a **interação dos agentes** no sentido da prática comunicativa, em que os atores envolvidos buscam o reconhecimento e entendimento mútuo e colocam-se de acordo acerca de seus planos de ação (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005, p. 114).

Neste estudo, verificamos que as equipes apresentam momentos específicos para a articulação e organização do cuidado, como por exemplo, a reunião de equipe.

Ressaltamos que também pudemos observar que tal articulação não se restringe somente a esses momentos pontuais, mostrando que os trabalhadores também se articulam, além desses momentos, sendo que, frequentemente, a enfermeira atua como intercessora da equipe, função que já foi identificada no estudo de Teixeira (2002). Contudo, cabe ressaltarmos que a equipe oscila entre momentos em que se coloca como equipe agrupamento e momentos em que se coloca como equipe integração.

O movimento de articulação da equipe a coloca como uma ferramenta para organizar a produção do cuidado.

No fragmento abaixo, a enfermeira aproveita o momento da reunião de equipe para verificar com os agentes comunitários a qual microárea a usuária pertence, provavelmente a fim de discutir o caso em equipe e propiciar orientação ao agente comunitário responsável pela família. O que de certa forma, evidencia que reconhece como relevante o trabalho desenvolvido pelos outros membros da equipe.

Durante reunião de equipe.

Enfermeira Azul: Eu não sei se o ACS 1 tá sabendo. ACS 2, a Fulana está na microárea dele?

ACS 2: Ele falou hoje que ela tá na minha.

Enfermeira Azul: Ela esteve aqui e está com diabetes. (...) Ela fez pré-natal com a gente e tem história familiar: a mãe é diabética insulino-dependente. É preciso alterar o cadastro, abrir ficha dela de diabetes e colocar no SIAB. (...) O mais importante agora é mostrar que alimentos podem ser usados.

Auxiliar de enfermagem pergunta se a paciente tem problema mental.

ACS fala que a usuária realizava tratamento no Núcleo de Saúde Mental.

Médico (...)

Enfermeira Azul: Eu tenho dificuldade de falar com ela. Ela é fechada. Até preocupa porque parece que ela quer se livrar logo da gente. ACS 2, você ouviu o médico falando: ela tá com hipoglicemiante oral, comprimido. E a orientação diabética: não usar açúcar, evitar massas, gorduras.

Após resgatar a história da usuária e da família, delega tarefas ao ACS quanto aos registros de informações na unidade e ao uso do sistema de informação da Saúde da Família.

Nesta ação, não há pistas indicando qual a finalidade do preenchimento do sistema de informação, ou seja, não está claro se o preenchimento é realizado somente visando o cumprimento de uma tarefa preconizada pela estratégia Saúde da Família ou se é considerado a importância do mesmo como um instrumento que possibilita o conhecimento da realidade epidemiológica, podendo ser usado como ferramenta para o planejamento local e para o processo de tomada de decisões e condutas.

A enfermeira também tem a atitude de explicitar ao ACS a ação primordial para aquele momento. Apesar de a enfermeira trazer o caso para a discussão, verificamos que toda a equipe participa da discussão, o que mostra uma articulação entre todos os membros, indicando que, possivelmente, todos têm conhecimento do núcleo e campo de competência⁷ de cada trabalhador e que buscam articulação com o objetivo de organizar o cuidado.

Demonstra preocupação com o vínculo da usuária com a equipe e reforça a fala do médico, com a finalidade de orientar o ACS quanto à dieta para essa patologia, demonstrando conhecimento sobre a patologia, medicações e dieta específica. Assim, podemos inferir que há um projeto assistencial comum coordenado essencialmente pela enfermeira que demonstra preocupação com as orientações para o ACS quanto ao cuidado da usuária e à organização dos registros na unidade.

Podemos considerar a discussão de caso da família em equipe um momento fundamental para a articulação de todos os trabalhadores, já que o estabelecimento desse espaço coletivo pode favorecer a criação de co-responsabilização de trabalho entre

⁷ Estamos considerando a definição de núcleo e campo de competência e responsabilidade segundo Campos (1997, p.248-249) que afirma que “por núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade. Por campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades”. Ainda podemos utilizar o seguinte texto para estes conceitos CAMPOS. G. W. S. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.219-230, 2000.

trabalhadores, visto que a constituição da equipe ocorre de modo processual e que o fato de os trabalhadores permanecerem em um mesmo espaço físico não significa necessariamente que desenvolvam vínculos (TEIXEIRA, 2002, p.112).

No fragmento abaixo, observamos que a enfermeira, ao realizar a coordenação da reunião, tem a atitude de, primeiramente, realizar coleta de dados em fontes primárias, isto é, buscar informações com a equipe sobre o caso, possivelmente para saber qual o conhecimento que a equipe apresenta do mesmo, já discutido em outras reuniões anteriores.

Enfermeira Azul coordena reunião. Enfermeira Azul pergunta sobre o caso de Ciclano. (Caso que já foi discutido em reuniões em dias anteriores)

ACS (...)

Enfermeira Azul: Eu liguei no HC era 12:00h ontem. Ele já tinha recebido alta 10:35h. O R3 deu alta e estava em cirurgia. Eu falei com a enfermeira e com a assistente social. Elas ficaram sensibilizadas. Mas a enfermeira disse uma coisa: ele recebeu alta porque a família não quis operar. Então como eles iam interferir se ele estava de alta? (...) A ambulância já tinha sido solicitada. E a mãe tava junto e já tinha agitado essa história com a enfermeira. Eu falei: ajuda, a gente coloca ... Eu falei que eles tavam vendo a pessoa só naquele momento. Nós não, a gente acompanha a família. E a pessoa que foi falar pra família vai ser um carrasco. Nós vamos ter que dar assistência domiciliar. Uma pessoa que está com sonda, só responde a estímulos dolorosos, está respirando espontaneamente, urinando espontaneamente. Ele não está em coma. Mas pros leigos, ele está. Lá na unidade de emergência, a preocupação era como a mãe ia lidar com a sonda (...) Os medicamentos vão ter que ser passados por sonda. É comprimido: vai ter que triturar.

[...]

ACS: Quem vai? (Se referindo a visita domiciliar) A auxiliar de enfermagem?

Auxiliar de enfermagem: Eu posso ir. Quero ir. Mas não queria ir sozinha. Você está muito ocupada? (Se referindo a Enfermeira Azul)

Enfermeira Azul: Só se eu não for na reunião do Bolsa Família.

Podemos observar que a enfermeira tem a habilidade conduzir uma discussão, possibilitando espaço para que qualquer trabalhador ali presente exponha seus conhecimentos e opiniões. Para Silva (1997, p. 232) esse processo de discussão, participação e questionamentos parece constituir-se em “um movimento mais rico que contribui na superação da alienação e no estabelecimento de relações de poder mais horizontais”.

Ao transmitir informação acerca do caso (trazendo dados da história do usuário), refere também que fez articulação com outro serviço, ou seja, teve uma atitude de fazer contato com outro nível de atenção, a fim de obter informações sobre o usuário e família. Neste momento, há evidências de que a coordenação está presente no trabalho da enfermeira como princípio da APS, o que apresenta coerência com a terceira abordagem da APS apresentada.

Nesta ação, demonstra que tem conhecimentos sobre o sistema de saúde do município e o caso em discussão, indicando que tem habilidade para articular o cuidado, aproveitando o momento para explicitar como o trabalho é realizado na Saúde da Família, possivelmente buscando a continuidade, intersetorialidade e integralidade.

Apesar da discussão em equipe, a enfermeira, provavelmente após identificar as necessidades de saúde do usuário de família, tem uma atitude de definir qual ação deverá ser desenvolvida pela equipe, justificando a mesma devido à condição de saúde do usuário, elaborando um plano de cuidados, demonstrando que detém conhecimentos sobre a rotina e a dinâmica hospitalar, classificação de coma e administração de medicamento via sonda.

Durante mobilização da equipe para planejamento de visita domiciliar, a enfermeira é questionada pela auxiliar de enfermagem sobre a disponibilidade para realização do atendimento domiciliar. Possivelmente, ao perceber a aflição e/ou insegurança da auxiliar de enfermagem para realizar a tarefa sozinha, tem a habilidade e a atitude de cooperação ao explicitar possíveis mudanças em sua agenda, para isso, provavelmente realiza avaliação de risco e faz priorização das atividades a serem desenvolvidas.

Nesse momento, fica claro que o trabalho da enfermeira também ocorre em função da imprevisibilidade, fato também identificado por Teixeira (2002). Assim, ao fornecer abertura para mudanças em sua agenda, privilegia a necessidade do usuário, indicando que a prática pode estar centrada no mesmo.

A reunião de equipe também é utilizada para a mobilização dos trabalhadores para o cuidado, o que fica visível no caso abaixo.

Durante reunião de equipe

Enfermeira Verde: O que eu gostaria que cada um de nós fizéssemos aqui é pensar o papel de cada um de nós. A enfermagem precisa ver se o paciente fez o exame. Aqui o pré-natal deve ser 10. Não pode ser 9.8, porque temos poucas gestantes. Se eu falar pra ACS ir na casa de uma gestante pra pedir pra vir aqui porque não colheu o exame, mesmo que ela foi ontem na VD, ela sabe que é importante ir de novo (...) Um pré-natal ele é 100% quando consegue esgotar tudo que é prevenível. O que acontecia nas UBSs é o que, no oitavo mês, o pediatra marcava consulta. O pediatra e o ginecologista trabalham junto.

Residente: (...)

Enfermeira Verde: Se a gestante faltou, você tem que avisar a equipe. Nós temos uma rede pra buscar. Coordenadora (FMRP-USP), o atraso de exames de pré-natal está um absurdo. O resultado de exame demorar 40 dias, é muito. Nós precisamos de ajuda técnica. Isso já passou dos limites. Nós vamos mobilizar mais puxado por mim e por enfermeira Rosa. (...)

A enfermeira tem a atitude de tentar promover uma reflexão acerca da função de cada trabalhador, possivelmente após identificar um problema na unidade, explicitando qual função da enfermagem, levantando como deve ser a assistência ao pré-natal da unidade, justificando.

Com isto, demonstra que tem conhecimento sobre: o perfil epidemiológico da população adscrita, a dinâmica e rotina da unidade, assistência ao pré-natal e rotina de outras unidades de saúde.

Assim, a enfermeira centraliza a decisão, delegando qual deve ser a ação quando ocorrer ausência da gestante na consulta de pré-natal, explicitando que a unidade tem recursos para mobilizar o cuidado. Desse modo, podemos inferir que a enfermeira mobiliza atenção para a complementaridade do trabalho dos diferentes membros da equipe, possivelmente para que o cuidado não seja interrompido, ou seja, para que haja continuidade e resolutividade.

Também tem a atitude de chamar a atenção da coordenadora da unidade de saúde e docente da Faculdade de Medicina para um problema quanto ao fluxo de informações entre os serviços da rede, solicitando ajuda para resolução do problema, tendo a habilidade de exemplificá-lo, explicitando indignação com esse problema.

Ainda, demonstra que tem conhecimentos sobre: o fluxo na unidade e entre os serviços, importância dos resultados de exames para o cuidado e necessidade de intervenção na situação, indicando que já está elaborando, juntamente com a enfermeira de outra unidade, uma ação para resolução do caso, porém fornecendo indícios que o problema extravasa seu poder, já que solicita ajuda técnica.

Além da reunião em equipe, identificamos outros espaços onde a enfermeira busca articulação de seu trabalho, o que pode ser verificado no caso abaixo, no qual a enfermeira busca informações com médico para viabilização do cuidado individual.

Enfermeira Azul faz consulta para coleta de papanicolau.
Usuária: Eu tinha consulta no HC, mas tava com dengue.
Enfermeira Azul: Eu preciso ver o resultado.

Usuária: Já chegou lá o papel. Da vigilância.
Enfermeira Azul: E o que deu?
Usuária: Dengue mesmo.
Quando vai verificar pressão, enfermeira Azul vê uma cicatriz.
Enfermeira Azul: Senhora fez cateterismo nos dois braços?
Usuária: Só nesse.
Enfermeira Azul: Então vamos medir a pressão no outro braço.
Usuária: Você vai passa iodo? Porque tenho alergia. Dá uma coceira.
Enfermeira Azul olha o prontuário.
Enfermeira Azul: Da outra vez, o médico não passou. Vou perguntar pro médico.
Enfermeira Azul sai da sala, volta e diz: O médico achou melhor não passar.
Usuária: Ontem eu fui raspar e cortou.
Enfermeira Azul: Lembra da Dra Ciclana? Ela falava que tirar tudo os pêlos não é bom. Tira a proteção da mulher.
Usuária: Raspei só pra vir aqui. Você não vai olhar meu negócio? (Se referindo a uma cicatriz em região sacral)
Enfermeira Azul: Vou
Enfermeira examina a região sacral e diz: Há uma cicatriz de úlcera de pressão com a região ao redor endurecida. Chama o médico pra examinar.
Médico diz que precisa fazer um ultrassom pra ver porque tá irregular.
Enfermeira Azul: Precisa pedir mamografia? 47 anos, fez duas.
Médico diz que não.

Ao realizar atendimento individual para coleta de papanicolau, a enfermeira vai interagindo com a usuária, a fim realizar de coletar dados por meio de entrevista.

Após explicitação da usuária quanto a possível alergia, a enfermeira busca dados em fonte secundária (prontuário), provavelmente para compreender a história, identificando que em outros atendimentos o produto (iodo) não foi utilizado. Nessa ação, parece ficar evidente que, nessa unidade, o registro de informação é realizado de modo que descreva os atendimentos realizados, podendo ser utilizado como ferramenta para tomada de decisão.

A enfermeira tem a atitude de buscar informação com o médico, demonstrando que há integração com o trabalho desse profissional, indicando que possivelmente existe espaço para gestão compartilhada do cuidado e bom relacionamento médico-enfermeira. Ao inspecionar e palpar uma cicatriz, por demanda da usuária, tem atitude de chamar o médico para examinar, possivelmente por ter identificado algo diferente e ter realizado uma avaliação de risco sustentada por dados clínicos, a fim de buscar informações, demonstrando que detém conhecimento sobre os limites profissionais.

Ainda, possivelmente depois de agrupar dados quanto a necessidades de exame de apoio diagnóstico, apresenta dúvidas quanto ao pedido do mesmo, questionando o médico

sobre a necessidade de realização, explicitando o número de exames já realizados anteriormente pela usuária e a idade da mesma. Isto, de certa forma, indica que detém conhecimento sobre o protocolo desse exame, rotina na unidade e fluxo entre os serviços e que elabora plano de cuidado em integração com o médico.

Assim, podemos considerar que a autonomia é um aspecto que permeia o trabalho da enfermeira, indicando que a mesma faz uso desse princípio, porém não executa ação de modo automático e seguindo apenas protocolos, mas sim busca integração com trabalho médico.

Nessa perspectiva, parece ter como objetivo tomar uma conduta mais adequada às condições do usuário e à situação, considerando a interdependência das ações, conforme prevêm Peduzzi e Ciampone (2005).

A integração com o trabalho médico também ocorre para organização do cuidado individual.

Enfermeira Verde: Depois eu passo pra você da Dona Beltrana. (Falando para médica).

Médica fala que percebeu que Dona Beltrana está estafada e que vai conversar com nora de Dona Beltrana na consulta.

Enfermeira Verde: Elas têm que procurar uma (creche) que caiba no orçamento. A política pública pra criança e adolescente é uma vergonha

A enfermeira, após identificar um problema de uma usuária, tem a atitude de levá-lo ao conhecimento da médica, transmitindo informação, possivelmente a fim de elaborarem um plano de cuidado para o caso, possibilitando intervenção, demonstrando que apresenta conhecimentos sobre a história da usuária, incluindo condições financeiras e políticas públicas para grupos específicos, explicitando indignação com as mesmas.

A integração com o trabalho médico também ocorre a fim organizar o fluxo interno na unidade, como ocorre no fragmento abaixo.

Usuária: Queria passar o Fulano.

Enfermeira Azul: O que acontece?

Usuária: O olho tá remelando.

Enfermeira Azul: Fulano, deixa eu ver (Olha o olho da criança) Coça? Médico, dá pra ver?

Médico faz que sim.

Enfermeira Azul: Ele é paciente nosso?

Usuária: Vai ser. A ACS já passou lá.

Enfermeira Azul: Qual o endereço?

Usuária fala o endereço. Enfermeira Azul verifica o cadastro na pasta com os números e endereços das famílias.

Enfermeira Azul: Esse número é a Ciclana.

Usuária: É a casa do fundo.

Ao realizar coleta de dados junto à usuária (fonte primária) e observar a estrutura comprometida, a enfermeira possivelmente faz avaliação de risco, identificando necessidade de consulta. A partir disso, tem atitude de encaixar o atendimento somente após a autorização médica, provavelmente por ter conhecimento do fluxo interno da unidade, indicando também uma possível relação de poder e interdependência entre esses profissionais. Após autorização do médico, coleta dados em fontes primárias e secundárias para saber se o usuário pertence à área, demonstrando que tem conhecimento sobre regionalização e sistema de registros da unidade.

Enfim, identificamos que o trabalho das enfermeiras na Saúde da Família, muitas vezes, está articulado e integrado à equipe, a fim de viabilizar a produção do cuidado, sendo que, em várias situações, a reunião de equipe é o momento utilizado para tal integração.

Além disso, observamos que, em determinadas situações, as enfermeiras buscam interação com o profissional médico, principalmente para discutir e planejar condutas voltadas para o cuidado individual, o que fornece pistas de que há relação entre o trabalho e a autonomia profissional, indicando que as enfermeiras seguem a perspectiva de que “profissionais de saúde executam suas ações dentro de uma certa esfera de autonomia e responsabilidade (...)” (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Assim, considerando que o trabalho em equipe na área da saúde consiste em uma “inter-relação de pessoas com seus conhecimentos, sentimentos, expectativas e fantasias em interjogo para satisfação de necessidades tanto de usuários como de trabalhadores”, ressaltamos que o mesmo constitui-se em uma ferramenta essencial no trabalho das enfermeiras na busca da implementação efetiva da Saúde da Família (FORTUNA, 1999, p. 28).

3.3.3. O controle social no processo de gestão

O controle social pode ser um caminho para a construção da cidadania que apresenta como um de seus desafios a concretização do direito à saúde, aprovado na 8ª Conferência

Nacional de Saúde e consagrado na Constituição de 1988, o qual requer uma efetiva participação dos sujeitos sociais envolvidos nesse processo.

Um dos meios de implementação e operacionalização do princípio do controle social consiste na efetiva participação dos trabalhadores e da sociedade organizada em colegiados (Conselhos e Comissões) do SUS, nos quais o exercício da cidadania possa ser realizado, possibilitando que os sujeitos sociais presentes (usuários, trabalhadores e prestadores de assistência à saúde) atuem como sujeitos políticos, compreendendo a responsabilidade que estão assumindo ao tomar suas decisões, sendo, portanto, caracterizados em decorrência de seus projetos nos quais articulam seus interesses e vontades de ação.

O surgimento da prática da participação teve suas origens na necessidade socialmente construída de fiscalizar e controlar. Atualmente, podemos considerar que a participação em colegiados possibilita avanços na construção de uma rede de serviços de saúde onde todos os envolvidos, comprometidos com o coletivo, contribuam para resolutividade, integralidade e equidade do sistema de saúde.

Ainda, cabe ressaltarmos que, quando pensamos em controle social no sistema e serviços de saúde, esse não deve ser restrito apenas à disponibilidade ou não do serviço, mas também deve contemplar principalmente a qualidade das ações prestadas, determinada em parte pelas condições materiais existentes, pelos projetos de interesse dos que atuam nos serviços e pela concepção do processo saúde-doença que orienta as práticas de saúde implementadas. (GONÇALVES, 1999).

Enfermeira Rosa atende o telefone

Enfermeira Rosa: Que vai abrir eu tô sabendo (...) A equipe de lá não tá cadastrada. Talvez abra sem cadastro mesmo. A enfermeira é do Núcleo X mesmo. Mas eu acho que o interesse de abrir é de todo mundo. O espaço de reivindicação é a Comissão Local. Eu fico na dúvida se a população não precisa ir na Comissão Local (...) Talvez a Comissão Local possa ajudar levando pro Conselho Municipal de Saúde.(...) Seriam todos usando política. Eles só querem voto.

Enfermeira Rosa desliga o telefone.

Enfermeira Rosa: É uma ACS que passou no concurso e não foi chamada. Eles querem fazer abaixo-assinado porque faz um ano que a casa tá alugada e ainda não abriu. Eles querem mexer com um vereador. Acho que tem que tomar cuidado com isso. Se isso cair na imprensa, vira uma bomba. (Falando para pesquisadora)

[...]

Enfermeira Rosa liga pra docente, vinculada à USP, coordenadora do núcleo, não encontra, mas fala com outra docente, coordenadora de outro núcleo, conta a história da ACS.

Enfermeira Rosa: Eu tenho medo disso. Aí, como ela ligou pra trocar uma idéia comigo, eu quero saber o que a gente pode fazer proposta, pra eles não fazerem abaixo assinado. Eu fiz toda essa conversa com ela. Que tem o Conselho Municipal, que a gente vê a importância de abrir o Núcleo W.

[...]

Enfermeira Rosa liga pra moça

Enfermeira Rosa: Eu liguei pra coordenadora. Não encontrei ela, mas falei com a coordenadora de outro núcleo, outra docente. Ela disse que a gente pode esperar a diretora do CSE voltar e pedir reunião com secretário da saúde, ele atende a gente no gabinete dele. Aí, a gente faz a mobilização num segundo momento. Segunda-feira, eu me comprometo de ligar pra diretora do CSE e marco reunião e você vai junto. O que você acha? O interesse é de todo mundo (...) Tem dia que você vem aqui e tá lotado. Cai qualidade do atendimento porque tem que atender consulta, tem que atender eventual. É diferente uma pessoa reclamar e uma comissão que tem o dever de fiscalizar (...) A comissão tem que fiscalizar o serviço de saúde. Não sei. Ela volta segunda-feira. Não sei como tá agenda dela. Mas de qualquer forma, eu retorno pra você. Se a seleção foi feita em setembro, desde outubro eu tô esperando a inauguração.

O uso de colegiados é um meio de realizar controle social. No caso, a enfermeira demonstra que maneja na conversa conhecimentos sobre a estrutura organizacional do sistema de saúde do município, explicitando que reconhece a abertura de uma nova unidade de saúde da família. Além disso, também tem conhecimento sobre a existência da Comissão Local de Saúde e, possivelmente, sobre a função e responsabilidade desse colegiado, já que o identifica como um local para a reivindicação do problema que pode ser discutido em espaços de controle e participação social no nível municipal, como no Conselho Municipal de Saúde.

A preocupação expressa pela enfermeira parece se dar no sentido de ocupar os espaços institucionalizados de controle social, de legitimar estes espaços e evitar que a população se torne massa de manobra em situações que possivelmente detém pouca governabilidade.

De certa forma, sob a ótica que entende o processo de participação e controle social, identifica um possível problema (contato com políticos e abaixo-assinado) e estabelece uma interação com sua interlocutora, utilizando uma linguagem acessível. Tem a atitude de buscar informação com outras pessoas, refletindo e procurando alternativas que possam ser negociadas com a pessoa da comunidade.

Ainda, parece demonstrar preocupação com o assunto e receio com a possível atitude da interlocutora. Indica que também está esperando a abertura da unidade, explicitando o número de atendimentos, a rotina da unidade e até mesmo a preocupação com a qualidade do

atendimento. Demonstra respeito com a interlocutora, se comprometendo a estar presente na reunião para discussão em relação à resolução do problema.

Assim, podemos verificar que a enfermeira tanto se coloca como sujeito do processo, quanto estimula a pessoa a se colocar no mesmo lugar, tentando mobilizar a resolução do problema, utilizando as instâncias de participação, sem o contato imediato com políticos locais. Além disso, também podemos inferir que possivelmente a enfermeira relaciona a abertura de outra unidade e suas implicações para a unidade em que trabalha e para a rede de saúde do município, indicando que, para ela, a qualidade da assistência prestada é um fator importante na atenção à saúde.

Desse modo, considerando que o controle social apresenta uma forte dimensão política, no sentido de lutar por diferentes projetos, destacamos a habilidade da enfermeira ao lidar com o assunto.

Enfermeira Rosa faz uma ligação

Enfermeira Rosa: Alô, é da casa do seu Beltrano? Ele está? É a Enfermeira Rosa da Comissão Local. Seu Beltrano. Tô ligando pra dar retorno do (médico) residente. Ele quer muito participar. Mas eu falei que como trabalhador não poderia porque não é contratado. E como usuário seria esquisito porque ele presta assistência. Seria interessante que a gente visse o regulamento. Até pra incluir uma área de ensino. Podia colocar isso como problema e até mudar o regulamento. Acho que o nome dele vai ter que ser tirado da cédula de votação. Não tem como migrar agora? [...] O que eu insisti nele que na comissão local ele pode participar, independente de ser membro. [...] Fala do vínculo empregatício na comissão local? A gente podia pedir pra ele vir hoje na reunião? Acho que ele não vai arrumar confusão pra ter que cancelar a eleição. Eu vou pedir pra que ele vá na reunião e a gente conversa lá.

A participação na Comissão Local de Saúde consiste em um instrumento de realizar o controle social. A enfermeira, a partir da demanda de um residente médico (vontade de participar da Comissão Local como membro), identifica um problema quanto ao regulamento desse colegiado e tem a atitude de levá-lo ao conhecimento de outro membro da comissão, transmitindo informação, explicando o caso e sua compreensão sobre o mesmo, demonstrando que tem conhecimento sobre: a Comissão Local de Saúde, seu regulamento, cronograma de reuniões e processo de eleição dos membros segundo sua representação.

A situação identificada aponta que a mesma possa refletir sobre a questão da representação e sobre alterações possíveis no regulamento, explicitando que o mesmo não contempla participação de um representante ligado à formação, indicando respeito ao trabalho e a vontade do residente. Tem a habilidade para negociar e proporcionar diálogo, utilizando linguagem clara e direta.

Enfermeira Azul: Vocês querem dizer alguma coisa antes de sair?

ACS: Estamos em campanha (Falando da eleição para Comissão Local de Saúde)

Enfermeira Azul: A senhora se inscreveu? E a comunidade?

ACS faz que sim com a cabeça

Na sala das ACSs.

Enfermeira Verde: O que você queria, ACS?

ACS: Queria te mostrar o resultado da eleição. Eu estou em quinto lugar.

Enfermeira Verde: Você tá de titular ou suplente?

ACS: Acho que titular.

Enfermeira Verde: E o Ciclano, aquele doidinho?

ACS: (...)

Enfermeira Verde: Aquele homem na Comissão Local, ninguém merece!

Os ACSs também levam até a enfermeira informações acerca da eleição da Comissão Local de Saúde. Nesses casos, a enfermeira apenas complementa as informações que dispõe e questiona qual a participação dos trabalhadores no colegiado, provavelmente indicando que tem conhecimento acerca desse colegiado e da importância da participação dos trabalhadores da unidade no mesmo. Contudo, chama atenção a forma como se refere ao membro da população, trazendo para o diálogo de certa forma o preconceito em relação à eleição desta pessoa.

Enfermeiras participam de reunião no Centro de Saúde Escola – CSE sob coordenação do Centro de Atenção Primária pra programação da Comemoração dos 50 anos do HC.

Solicitação:

- que os Núcleos identifiquem as pessoas para elas se apresentarem;
- para divulgação do evento;
- de um responsável setorial para auxiliar a equipe que estará promovendo o evento;
- para pensar nos lanches.

[...]

Enfermeira Verde: A idéia seria que a pessoa falasse um pouco da contribuição do HC dentro da vida dela? Essa pessoaalaria dentro da palestra como um todo? Vou dar uma sugestão. Nós temos aqui dentro do distrito a comissão local de saúde. A comissão local seria o órgão máximo de vínculo entre o serviço e comunidade. Talvez você fizesse disparar na reunião hoje da comissão local (...) Pra gente começar despertar na comissão esse processo de divulgação. A hora que essa pessoa fala com você, ela vai fazer de tudo pra que dê certo. Eu identifico lideranças no grupo. Eu identifico esse local como disparador.

Enfermeira Rosa: Eu acho legal, porque além de trabalhador tem usuários. A gente amarra.

Enfermeira Verde: Quanto à distribuição dos brindes. Eu vou falar de uma experiência minha (...) Você chegava no evento e preenchia um papel, no final do evento será sorteado um DVD. Não precisa ser DVD, uma coisa tão suntuosa. Às vezes, só confraternização.

Representante do Centro de Atenção Primária: A idéia é fazer um café com coisas voltadas pra o que um hipertenso pode comer, um diabético.

Falando dos brindes

Enfermeira Rosa: Talvez uma bolsa. Tipo bolsa de congresso. Dá pra usar no dia a dia.

Enfermeira Verde: Já dá pra divulgar o evento. Esse modelo de bolsa volta pra necessidade da dona de casa, por exemplo. Como vai lidar com a inscrição, a pessoa vai ganhar a bolsa?

Enfermeira Rosa: A gente podia, por exemplo, levar um grupo de dança. Nós fizemos no Núcleo uma mostra de talento. Esse grupo de dança, eu acredito que, se tiver um convite, eles apresentam. Acho que seria legal ter o talento da comunidade. Podemos identificar nos Núcleos.

Representante do Centro de Atenção pergunta sobre quem pode ficar responsável no distrito.

Enfermeira Rosa: Eu acho que poderia tirar da Comissão Local.

Enfermeira Verde: Os Núcleos trabalham nesse número mínimo de pessoas. Talvez se centralizasse as inscrições num telefone do HC.

Representante do Centro de Atenção Primária diz que não há ninguém pra colocar pra ficar no telefone.

Enfermeira Rosa: As pessoas vão perguntar. A gente precisa estar orientada. Não pra fazer inscrições, mas pra orientar. Eu só fico com medo de fazer muito tempo antes e as pessoas esquecerem.

Falando sobre onde serão os pontos de referência do transporte.

Enfermeira Rosa: Eu fiquei pensando em agrupar os núcleos: 4 e 5 num ponto e 1 e 3 em outro.

Enfermeira Verde: (...) Isso é uma outra etapa que deve vir de você, Representante do Centro de Atenção Primária, pra nós. Onde está ficando o Centro de Atenção Primária? Qual o ramal?

Durante reunião para planejamento de atividade, com a finalidade de receberem tarefas, as enfermeiras, a partir da demanda da representante do Centro de Atenção Primária, levantam uma possível mobilização da Comissão Local para participar do planejamento e execução da atividade, justificando o motivo, demonstrando que têm conhecimento acerca da existência desse colegiado no distrito, função do mesmo, datas das reuniões, membros e lideranças, indicando que dão importância ao mesmo.

Com relação aos brindes, realizam sugestão, levando em consideração as necessidades da população da área, indicando que apresentam preocupação com a mesma. Identificam na comunidade equipamentos sociais que possam participar da atividade.

Sugerem alternativas com relação ao transporte, demonstrando que têm conhecimentos acerca do território e da regionalização da área. Assim participam da organização de uma atividade, demonstrando que conhecem a divisão de trabalho e a comunidade local, identificando pontos onde possam realizar sugestão e mobilizar recursos na comunidade.

Desse modo, parece que a Comissão Local é vista pelas enfermeiras como um espaço que tem potência para mobilizar a comunidade e colaborar na realização do evento, contribuindo com o desenvolvimento do mesmo.

Para concluirmos, ressaltamos que chamou a atenção o fato de estarem presentes, no cotidiano do trabalho das enfermeiras na Saúde da Família, apenas raras situações relacionadas ao controle e à participação social, sendo que as mesmas apareceram somente articuladas à atuação junto à Comissão Local de Saúde. Além disso, inferimos que as enfermeiras não conseguem apreender o controle e a participação social enquanto dimensões presentes em suas ações, ou seja, para além da dimensão técnica do trabalho.

Desse modo, apesar de parecer ficar evidente certo conhecimento das enfermeiras referente ao controle social, os dados desta investigação indicaram que pode haver dificuldades por parte destas trabalhadoras em atuarem como sujeitos sociais, isto é, pode existir uma dificuldade de participarem dos processos de gestão, desenvolvendo ações técnicas, políticas e éticas no planejamento e monitoramento da saúde (BRASIL, 2004). Tal fato pode estar relacionado à formação dessas trabalhadoras, possibilitando o levantamento dos seguintes questionamentos: de que maneira o controle social é abordado durante a formação? Há uma valorização desse princípio? Na prática cotidiana há sustentação deste princípio?

3.3.4. A organização do trabalho para produção do cuidado

A organização do trabalho para o cuidado “implica em selecionar de modo adequado os instrumentos de trabalho que irão responder às necessidades que se colocam” (TEIXEIRA, 2002 p. 88).

O estudo realizado por Teixeira (2002), nos municípios que compõem a antiga Direção Regional de Saúde – DIR XVIII⁸ da qual Ribeirão Preto faz parte, indica que a estrutura organizativa parece interferir no processo de trabalho em equipe, e, portanto, no trabalho da enfermeira. Neste mesmo estudo, foram verificadas evidências de que as enfermeiras estavam

⁸ A partir de dezembro de 2006, com a reestruturação das regiões administrativas no Estado de São Paulo, as antigas DIRs passaram a ser denominadas de Departamentos Regionais de Saúde - DRS, sendo a de Ribeirão Preto DRS XIII. http://portal.saude.gov.br/content/estrutura_departamentos_de_saude.mmp capturado em 11 de abril de 2007.

desenvolvendo preponderantemente atividades nas unidades de Saúde da Família no sentido de manter a estrutura física e funcional para que a assistência à saúde se processasse.

Neste estudo, observamos que o trabalho das enfermeiras continua sendo desenvolvido nesta perspectiva com muita frequência, sendo que podemos verificar que muitas ações para organização do trabalho estão centradas nas enfermeiras. Outra questão observada é que as atividades gerenciais ocorrem simultaneamente às assistenciais e, desse modo, devem ser articuladas.

A organização do fluxo interno faz parte do rol de atividades desenvolvidas pelas enfermeiras.

No caso abaixo, a enfermeira, ao lidar com a demanda espontânea, tem um olhar para tal demanda o qual parece estar de acordo com Teixeira (2002), isto é, valoriza as necessidades dos usuários, captando-as, negociando e oferecendo solução para as necessidades de saúde. Olhar esse que de acordo com Teixeira (2002) possibilita o uso de tecnologias leves, ou seja, a escuta e o vínculo.

Usuária conversa com Enfermeira Azul, não escuto. Fala muito baixo.

Enfermeira Azul: Hoje o médico tá sozinho e não dá pra atender mais. ... A senhora dá pra atender amanhã e a Fulana a gente precisa avaliar ela de novo ... À tarde, eles (médicos) vão estar em dois. Eu queria sugerir pra senhora: a senhora volta hoje à tarde e a Fulana leva pra Cuiabá pra verem ela.

Enfermeira Azul pega um papel de comunicação interna e faz encaminhamento pro CSE.

Enfermeira Azul: Fulana tá com quantos anos? ... Tá com dificuldade de engolir? Nem com diclofenaco melhora sua garganta? A febre abaixa com dipirona? Eu estou dizendo como ela está se sentindo. Dizendo que no Núcleo o médico está sozinho. (Explicando o que escrevia no encaminhamento). Se tiver dificuldade, volta à tarde.

Enfermeira Azul pega a pasta da paciente e anota.

A enfermeira, a partir da demanda das usuárias, explicita às mesmas qual o quadro de médicos disponível na unidade naquele momento, transmitindo informação, tomando uma decisão e, portanto, definindo qual será a conduta, demonstrando que possivelmente realiza uma avaliação de risco e prioriza atendimentos de acordo com as necessidades de saúde ali apresentadas.

Há a indicação que detém conhecimento acerca da organização do trabalho na unidade, do fluxo da clientela para atendimento e disponibilidade de recursos humanos (médicos) na unidade, naquele momento e em outros períodos, já que também deixa claro qual o número de médicos que estará presente na unidade no período da tarde.

Nesta ação, demonstra habilidade para fazer uma sugestão para resolução da demanda, a partir da avaliação de risco que realiza, utilizando linguagem clara e direta, possibilitando interação profissional-usuária. Tem a atitude de providenciar encaminhamento a outro serviço, justificando o motivo do mesmo, coletando dados junto à usuária para descrição do caso, demonstrando que tem conhecimento acerca do fluxo interno e entre os serviços e da rotina de encaminhamentos.

Ainda, na comunicação com a usuária, assinala a ação esperada dos medicamentos utilizados, tendo habilidade para explicar quais dados estava descrevendo no encaminhamento, deixando o serviço disponível, caso houvesse necessidade.

Desse modo, a enfermeira faz controle do fluxo interno, providenciando referência para outro serviço, articulando, dessa maneira, o fluxo entre os serviços, possivelmente considerando o direito do acesso aos serviços de saúde, a equidade, a resolutividade e a universalização, enquanto princípios orientadores do SUS.

A discussão de família em reuniões de equipe pode ser considerada um instrumento para organização do fluxo de usuários na unidade.

Durante reunião de equipe, ACS fala de uma família.

Enfermeira Azul: Ele sabe que você tá tirando ele do cadastro? ... Porque ele é uma pessoa que consulta aqui faz tempo. Aí que eu acho: aquela estratégia de pregar uma etiqueta e escrever fora de área. Porque ele vai vir aqui, consulta aqui há cinco anos. Aí quem pegar ele aqui conversa com ele e vai trabalhando o encaminhamento para unidade de referência. Não dá pra desligar de uma vez. E provavelmente tem retorno agendado.

No caso, a enfermeira, a partir de uma discussão junto à equipe e informações trazidas pelo ACS, realiza um questionamento acerca da conduta tomada pelo mesmo, justificando o motivo desse questionamento, demonstrando que detém conhecimentos sobre a história do usuário cujo caso é discutido, o que possivelmente pode ter relação com o vínculo desse usuário com o serviço.

Tem a atitude de explicitar uma estratégia a ser utilizada para a situação, aplicando um determinado modo de registro, a fim de não interromper o seguimento, o que indica a preocupação com o acesso deste usuário aos serviços, assim como a continuidade da atenção a

ele destinada. Levanta a possibilidade de haver retorno agendado, fato que pode ter sido citado para planejar o atendimento desse usuário, já que explicita que não é possível desligar o usuário do serviço em um único momento, aponta a necessidade de esse desligamento ocorrer de forma processual.

Ainda, durante a discussão, há elementos para afirmarmos que detém conhecimento sobre a regionalização dos serviços e fluxo entre os mesmos e elementos necessários para a organização da produção de cuidados.

Assim, a enfermeira, ao tomar a atitude de mobilizar o ACS para manter o usuário no cadastro da unidade de saúde, realiza orientação de controle do fluxo interno na unidade, possivelmente considerando a continuidade da assistência a esse usuário.

A organização do fluxo de informações internas para a organização do cuidado parece ser uma atividade que permanece, não somente, mas principalmente sob responsabilidade da enfermeira.

Na recepção

Enfermeira Azul: Tem mais exames pra checar? (Olha o monte de exames)

Auxiliar de enfermagem mostra os exames.

Enfermeira Azul: Gente, essa penca! Vou levar pra reunião (Pega o monte de exames)

Na reunião da equipe

Enfermeira Azul: Médico, tem outra coisa. Tem esses exames pra checar. Porque antes os médicos checavam antes da gente pôr na pasta. Agora estamos em um momento diferente. Só tá você aí. Então, deixa a mesma rotina? Guarda na pasta sem checar? Não sei.

Enfermeira Azul pega monte de exames e diz: Por exemplo, tem uma pessoa aqui com uréia de 31 e o normal é 25. A gente não sabe se tem que chamar o paciente.

Médico: Eu vou olhar sim. Se tiver algo muito alterado, eu chamo os pacientes.

A enfermeira, após verificar a quantidade de exames que não haviam sido observados pelo médico, identifica um problema e toma decisão (de modo centralizado, uma vez que não consulta ninguém para isto) de levá-lo para reunião de equipe na qual, apesar de haver diversos trabalhadores presentes, dirige o problema diretamente ao médico.

Demonstra que pode ser realizada avaliação de risco e priorização de necessidade de atendimento de acordo com os resultados dos exames, indicando os limites do exercício profissional, apresentando a habilidade de explicitar como era a rotina da unidade anteriormente. Com isto, resgata os diferentes momentos vividos na unidade, porém

questionando qual conduta deverá ser tomada, apontando para uma possível mudança na rotina da unidade em relação à situação.

Nesta situação, ao identificar o fato que gerou a tomada de decisão e discussão junto à equipe e, mais especificamente junto ao médico, possivelmente, a enfermeira considerou a continuidade da assistência, a resolutividade, a integração com o trabalho médico e a interdependência técnica entre os membros da equipe. No entanto, verificamos que não houve manifestação de outro membro da equipe acerca do assunto. Então, questionamos: será que o fato de a enfermeira ter dirigido o problema diretamente ao médico inibiu um possível debate com os demais trabalhadores presentes na reunião? Pode haver uma necessidade de se investir em tecnologias/saber de trabalho em equipe na Saúde da Família?

Nesta situação e mesmo em outras já apresentadas, podemos observar que a enfermeira mobiliza vários atributos qualificando a ação, mas o modo como faz a gestão e a organização do trabalho acaba sendo centralizado nela. Isto também aparece no trabalho em equipe como meio de organizar o trabalho.

O controle do fluxo de informações também pode ser verificado em outras situações nas quais a enfermeira cria a possibilidade de discutir com a equipe, podendo ser considerado este um dos espaços para a organização da assistência, mas também da educação permanente da equipe.

Durante reunião de equipe.

Enfermeira Azul: (...) devolveram uma guia de mamografia, dizendo que ela (usuária) não tem idade. Segundo o protocolo de Saúde da Mulher, com essa idade não faz. Precisa dar uma olhada.

Enfermeira Azul olha a pasta da paciente

Enfermeira Azul: Foi uma consulta eventual (...) atendida por você (médico) e alunos do 5º ano (...) Tava com dor no bico do seio (...) Deve tá sem agendamento. Porque se for fazer ou não ter que fazer, precisa chamar a mulher ou mandar aviso.

ACS: Quanto sai da atenção básica para ir pro regulador?

Enfermeira Azul: Não saiu da atenção básica. Foi pedido um exame de apoio diagnóstico. Não é especialista. (...) Olha ACS, eles estão dizendo aqui é que é um exame de rastreamento de câncer (...) uma mulher com queixa de dor na mama pode até ser uma mulher que toma anticoncepcional oral (...) Eu não vejo nada que fere o direito aqui para essa mulher fazer esse exame. Mas é legal esse tipo de supervisão. (...) Mas também talvez tenham outras mulheres precisando dessa mamografia.

ACS: Desculpe, então não devia ter saído daqui.

Enfermeira Azul: Ter saído faz a gente pensar: será que aos 42 anos tem necessidade de fazer mamografia?

Ao explicitar a justificativa da devolução da guia, demonstra conhecimento acerca do protocolo assistencial existente para a área de Saúde da Mulher utilizado no município, tendo a habilidade de delegar uma tarefa de modo não diretivo.

Para conduzir a discussão, mobilizou recursos, ou seja, providenciou o prontuário da usuária para melhor reflexão sobre o caso e discussão do mesmo, demonstrando que detém conhecimento sobre o sistema de registros na unidade, a rotina e dinâmica do serviço.

Ao resgatar o atendimento realizado no momento de solicitação do exame, identifica um problema: falta de continuidade na assistência, já que usuária possivelmente não deve apresentar agendamento, demonstrando preocupação com o fato, indicando que possivelmente realiza avaliação de risco e apontando uma necessidade de organização do serviço, com a equipe se mobilizando para que haja continuidade e resolutividade na assistência e que seja preservado o direito da usuária em relação ao acesso ao exame.

Neste fragmento, apesar da enfermeira resgatar a história da usuária se dirigindo ao médico “atendida por você”, podemos observar a manifestação de uma ACS que levanta um questionamento. Tal fato, quando comparado à situação do fragmento anterior, pode demonstrar uma oscilação: em alguns momentos há participação da equipe e em outros, há um centralização da discussão entre o médico e a enfermeira.

O fluxo de informações e de usuários entre os serviços de saúde é um aspecto presente no cotidiano dos serviços, visando continuidade das ações, integralidade da atenção; contudo, há dificuldades na articulação entre os diferentes níveis, gerando prejuízos ao usuário.

Na cozinha

Enfermeira Verde: O marido da Beltrana tá aí com joelho inchado e dor. A auxiliar de enfermagem disse que ele tem consulta dia X. Eu fico meio (...) porque ele é aquele senhor operado que você já mandou pra vários lugares. (Falando para médica)

[...]

Auxiliar de enfermagem chama o usuário com joelho inchado para consulta com médica. Usuário se dirige à sala com dificuldade pra deambular. Enfermeira Verde observa e diz: Ele não tá conseguindo andar. Tem uma cadeira aqui.

[...]

Usuário passa por consulta com médica que realiza encaminhamento para o CSE.

Enfermeira Verde ajuda o paciente a se levantar da cadeira de rodas e entrar no carro.

Enfermeira Verde fala pra acompanhante do usuário: Lá você pára com o carro, pede a cadeira e ajuda ele a descer.

[...]

Auxiliar de enfermagem liga no CSE passando o caso.

[...]

Acompanhante volta dizendo que faltou a guia de referência. Enfermeira Verde liga no CSE.

Enfermeira Verde: Quem fala? Fulana, você me passa na sala da enfermeira do PA, por favor? Nós estamos aqui com uma dificuldade. Seu Ciclano (...) vai ter que mudar. Esse rapaz é o que? É médico? Nós ligamos e avisamos. Não precisava nem de guia. Só de olhar. Eu pedi pra passar no PA, quem atendeu foi Fulano. A senhora voltou falou que foi atendida por um rapaz barbudo, numa salinha com um monte de mesa, que o rapaz falou que precisa da folha verde até mostrou uma. Quem atendeu a Dona Beltrana e fez ela voltar. Deve ter sido alguém do outro planeta. Nós vamos conversar com a diretora. Mandar idoso com dispnéia pra passar em eventual no Núcleo. Não é uma coisa isolada. É um fato a mais. De qualquer forma, a Dona Beltrana tá indo e seu Ciclano ficou aí morrendo de dor. Ela falou que era uma sala de atendimento. E até assim, não tá dando conta de fazer (...) a urgência. Paciente ficou aí a esposa que veio buscar a carta.

Médica: Ei Enfermeira Verde! Você guarda isso pra levar pra reunião. (Falando do caso do senhor Ciclano)

Enfermeira Verde: Eu falei pra enfermeira. É falta de critério pra urgência e emergência.

A enfermeira, ao ter ciência dos desdobramentos acerca do fluxo interno e externo no atendimento, tem a atitude de levar o caso até a médica, indicando uma integração com o trabalho dessa profissional, demonstrando preocupação com a situação enfrentada pelo usuário, resgatando sua história, possivelmente realizando avaliação de risco, com a finalidade de indicar prioridade de atendimento.

Ao observar a dificuldade do usuário quanto à locomoção, providencia uma cadeira de rodas, demonstrando que faz avaliação da condição de saúde do usuário e que tem conhecimento acerca dos recursos disponíveis na unidade e em outros serviços. Ao receber a acompanhante do usuário com a queixa de que não realizaram atendimento no serviço para onde foi encaminhada, identifica um problema e tem a atitude de realizar contato com o serviço, solicitando falar com a enfermeira responsável pelo pronto-atendimento para discutir a situação identificada.

Assim, ao conversar com a enfermeira da unidade de referência, transmite informação sobre o usuário, utilizando linguagem clara e direta, de certa forma irônica, questionando quem realizou o atendimento, explicitando a conduta tomada, ou seja, realizou-se contato previamente, discutindo critérios de atendimento em urgência e emergência. Expressa sua crítica à forma como o atendimento na unidade de referência se processou, indicando uma

articulação deficiente entre os serviços e o “descaso” com a situação enfrentada pelo usuário idoso, demonstrando insatisfação.

Assim, a enfermeira, ao entrar em contato com outro serviço, possivelmente busca provocar reflexões acerca da organização dos serviços, considerando que os princípios do sistema de saúde devam ser seguidos, para que haja efetiva implementação do mesmo.

A enfermeira também é solicitada quando se deseja obter dados acerca do fluxo de informações na unidade, voltadas à atenção que se processa junto ao usuário.

Aluno do quinto ano de medicina pergunta se não chegaram os resultados dos exames.

Enfermeira Rosa: Ainda não chegou. Eu vou ligar lá na coleta. Quando foi pedido? (Olha o prontuário). Faz um mês. Qual o higyá dela? Se você quiser ir atendendo, eu vou ligar lá.

Enfermeira Rosa liga na sala de coleta do Centro de Saúde Escola - CSE

Enfermeira Rosa: Será que já chegaram os resultados de exame da paciente X. Ela colheu dia...

[...]

Enfermeira Rosa anota os resultados.

Enfermeira Rosa: Esse hemograma não tem como passar por fax? Porque o paciente tá em retorno agora.

A partir da demanda do aluno ou a partir da demanda de atendimento a um usuário, a enfermeira entra em contato com outro serviço, possivelmente após identificar necessidade e importância dos resultados dos exames para que o atendimento pudesse se processar.

Assim, realiza coleta de dados junto ao estudante e ao prontuário (em fontes primária e secundária), a fim de obter dados que possibilitem a comunicação com o serviço específico e a obtenção dos resultados dos exames. Em função de deter informações acerca da rotina e do fluxo interno do serviço, tem a habilidade de propor que o estudante vá conduzindo o atendimento, de modo a não prejudicar o usuário. No entanto, enfermeira poderia ter aproveitado a oportunidade para explicar ao aluno que o fluxo faz parte da gestão e que reflete na assistência? Considerando a integralidade, não seria mais adequado que o estudante realizasse o telefonema em busca dos dados, mobilizando suas habilidades pessoais e profissionais?

Ao fazer o contato com o outro serviço, demonstra que tem conhecimento acerca do fluxo entre os serviços, transmite as informações coletadas e, após identificar que o resultado de um exame não foi transmitido à unidade de saúde, questiona se não há possibilidade de ser transmitido

por fax, demonstrando que tem conhecimento acerca dos recursos disponíveis na unidade, justificando a necessidade do resultado, indicando preocupação com a assistência ao usuário. Contudo, a discussão acerca do fluxo dos resultados de exames não poderia ser realizada junto à Comissão Local de Saúde?

Na mesma perspectiva do fragmento anterior, ou seja, de se organizar o fluxo de informações, a enfermeira é solicitada pelo auxiliar de enfermagem para confirmar se o usuário cujo nome está na guia de referência faz parte da população adscrita pela unidade de saúde.

Auxiliar de enfermagem: Lembra que eu falei desse paciente? (Mostra uma guia de referência)

Enfermeira Verde: Lembro.

Auxiliar de enfermagem: Acho que não é nosso.

Enfermeira Verde olha a guia de referência.

Enfermeira Verde: Deixa eu ver quem é o médico solicitante. Eu vou ligar pra Fulana. Vou devolver. Anota que você tá encaminhando a ficha desse senhor pra Central de Agendamento. Coloca num envelope e coloca à Central de Agendamento A/C Fulana. O homem deve estar esperando.

Ao observar a guia de referência, coleta dados para tomada de decisão, verificando quem é o médico solicitante, explicitando que fará contato com a central de agendamento, demonstrando que tem conhecimento acerca do fluxo entre serviços, tomando decisão. No entanto, não discute com o auxiliar de enfermagem, delegando tarefa ao mesmo, orientando-o como realizá-la, utilizando linguagem clara e direta, demonstrando preocupação com o usuário.

Novamente, a organização do trabalho não ocorre na lógica da educação permanente. A tomada de decisão não é compartilhada, com responsabilização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

A enfermeira também é referência para questionamentos acerca da organização e divisão do trabalho.

Residente: Enfermeira Branca, quem vai na casa do senhor Ciclano?

Enfermeira Branca: Ciclano. Ninguém. É fora de área. Por quê?

Residente: Deu problema. Suspeita de TB.

Enfermeira Branca: Deve mandar pra UBS Dom Pedro. Eles já foram nossos. Agora são da Dom Pedro. Se você quer que atende hoje, é melhor ligar. Já pede no encaminhamento: sugiro solicitar baciloscopia.

A partir do questionamento do residente médico, identifica que o usuário não pertence à área de abrangência da unidade de saúde, transmitindo informação,

demonstrando conhecimento da área de adscrição, do processo de regionalização e, portanto, da população adscrita.

Na condução do diálogo, apresenta habilidade de sugerir ações que podem agilizar a assistência, possivelmente pela identificação de situação de risco. Orienta o residente médico, quanto ao encaminhamento, indicando que tem conhecimento acerca do fluxo na rede, explicitando que o usuário já pertenceu à área da unidade, orientando conduta, caso haja necessidade de atendimento naquele dia, demonstrando que também conhece a rotina de outros serviços, a história do usuário e patologia.

Assim, a enfermeira, ao realizar a orientação para o trabalho do residente, além de mobilizar conhecimentos e apresentar habilidades, parece identificar pontos possíveis para intervenção, indicando também que pode ter articulado a dimensão individual e a coletiva do cuidado nesta situação específica.

No trabalho da enfermeira, as ações desenvolvidas se dão no sentido de também identificar problemas quanto ao fluxo de informação na unidade.

Durante reunião de equipe, enfermeira Azul fala sobre o cuidado no preenchimento da planilha das guias de referências.

Enfermeira Azul: (...) a história dessas pessoas está relatada na guia. Então cuidado pra quem vai entregar. A gente tem recurso na unidade pra grampear a guia, lacrar, tem envelope. Sexta-feira passada, a pessoa falava pra auxiliar de enfermagem: “eu tive diabetes” e na guia estava escrito SIDA. Tá todo mundo envolvido nisso: os médicos na questão do preenchimento, a enfermagem no agendamento e os ACSs na entrega. É competência de toda equipe (...) Uma guia parada pra um exame de vista é uma coisa. Uma guia parada pro projeto nascer é outra. (Fala de uma guia de uma gestante de 38 semanas). Imagina a mulher em trabalho de parto e precisa ir pro pronto-socorro. Se ela tá com a guia na mão, é mais fácil, ela informa pra ambulância pra que hospital pode ir. (...) As guias precisam do cartão SUS. Vocês acham que fica muito exposto colocar uma lista falando fulano sua guia está parada porque falta o número do cartão SUS?

ACS: Podia ter uma lista com a gente.

Enfermeira Azul: Eu já passei específico pra cada agente, mas teve pouco retorno.

ACSs falam da dificuldade: Eles avisam, mas o paciente não vem.

Enfermeira Azul: Isso não é problema. Ninguém tá acusando ninguém. Toda equipe deve estar envolvida... Vocês acham que infringe o direito do paciente se a gente colocar o cartaz: precisamos do cartão SUS pra encaminhamento?

Equipe diz que não.

Depois na recepção

Enfermeira Azul: Fulana (aluna de EERP de bolsa trabalho), você pode digitar isso? Colocar tipo: Atenção! As pessoas abaixo listadas precisam trazer o cartão SUS pra encaminhamento.

Enfermeira Azul entrega as guias de referência.

A enfermeira mobiliza a equipe, durante reunião, para questões referentes a dados sobre usuários presentes nas guias de referências, transmitindo informação, ressaltando que as guias contêm a descrição da história dos usuários, solicitando cuidado e atenção no momento da entrega da guia. Indica uma preocupação em não expor o usuário, que muitas vezes pode não ter as informações sobre sua situação de saúde de forma clara e precisa. Há certamente uma apreensão com o sigilo em relação à situação de saúde do usuário e das intercorrências que podem se fazer presentes durante a atenção que lhe é dispensada.

Deixa claro que, na unidade, há recursos para que a história do usuário seja preservada, demonstrando conhecimento acerca da rotina da unidade, recursos disponíveis e preocupação com exposição do usuário frente à comunidade, considerando princípios e valores éticos (sigilo, responsabilidade).

Demonstra conhecimentos sobre a divisão de tarefas na unidade, ao ressaltar que todos estão envolvidos com a questão, e, portanto, responsáveis pelo cuidado dispensado, explicitando qual a função de cada trabalhador. Identifica também o problema com relação a guias paradas na unidade, devido à falta de dados no preenchimento, exemplificando, demonstrando conhecimento da rotina da unidade, do fluxo entre os serviços e que realiza priorização de casos.

Neste processo, sem dúvida se faz presente o processo de educação da equipe no e para o trabalho, havendo a preocupação que mesmo a estudante envolvida nas atividades da unidade de saúde possa estar atenta a estas questões.

Entretanto, podemos refletir esta situação sob outra perspectiva. Ou seja, como foi processado o problema trazido pela enfermeira? O problema é levantado de forma sistematizada? Ocorre aplicação do planejamento estratégico previsto como ferramenta da Saúde da Família? (A enfermeira reflete sobre a magnitude do problema? Identifica causas e consequências? Identifica os pontos críticos? Propõe a intervenção considerando as causas identificadas?). A enfermeira considera que as pessoas da equipe possam se envolver

enquanto sujeitos que refletem sobre o problema, e pensem também na organização do serviço, além de como a população daquele território acessa o referido serviço de saúde?

Enfim, que ferramentas a enfermeira lança mão para, ao identificar um dado problema, mobilizar a equipe para sua resolução? Em que direção a equipe irá atuar: recebendo a informação apenas ou se mobilizando para a resolução?

Assim, a enfermeira, ao mobilizar uma reflexão relativa ao fluxo de informações, possivelmente, teve a intenção de chamar atenção para responsabilização da equipe perante a condição de saúde dos usuários, indicando a importância da aplicação e manejo de princípios éticos no trabalho, podendo ser inferido que considera a responsabilidade de dimensão ética nos aspectos individual, grupal e organizacional. Contudo, também pode estar implícito apenas o movimento de “chamar a atenção da equipe”.

Com relação ao espaço físico da unidade, a enfermeira recebe solicitações quanto à adequação da unidade para realização de atividades programadas, indicando que pode ser uma pessoa de referência para resolução de problemas que contemplem esse aspecto.

Enfermeira Rosa conversando com o professor de Tai Chi Chuan, na recepção.

Enfermeira Rosa: Quantas pessoas estão vindo agora?

Prof: Deu 27. Dá preferência pra pessoa com mais de 60 anos.

Enfermeira Rosa: A gente explica isso.

Prof: Aquilo que a gente tinha pedido sobre o espaço físico...

Enfermeira Rosa: A gente pede, mas entre a gente pedir e eles fazerem...

Prof: (...)

Enfermeira Rosa: Eu posso pedir. E se eles não fizerem, não sei. Posso falar por conta do Tai Chi.

Prof: Onde posso colocar? (Falando sobre o cartaz do Tai Chi)

Enfermeira Rosa: Ali. Pode tirar aquela notícia do secretário municipal.

Explicita que a solicitação será realizada, demonstrando dúvida quanto ao atendimento da proposta, ressaltando que o pedido terá como justificativa a realização do Tai Chi na unidade, o que indica que a enfermeira realiza gerenciamento de recursos físicos na unidade, já que segundo Takahashi e Gonçalves (2005), tal dimensão do gerenciamento implica na participação do enfermeiro na alocação de recursos, a fim de proporcionar segurança, conforto e privacidade aos usuários, promovendo condições de trabalho adequadas.

Além disso, tal preocupação com o espaço físico, a fim de melhor adequá-lo para realização da atividade, demonstra que se trabalha com uma concepção ampliada de saúde e que, desse modo, a estrutura deve estar de acordo com o projeto assistencial em curso.

Ao ser questionada sobre o local para fixação do cartaz, indica um lugar, autorizando retirada de uma notícia, indicando a priorização do fluxo de informações junto aos usuários.

A enfermeira também realiza avaliação da estrutura física da unidade.

Durante reunião de equipe, surgiu o assunto da estrutura física.

A equipe fala da necessidade de cobrir o corredor.

Enfermeira Branca: Você já percebeu? As rampas têm antiderrapante. Quando o pedido foi pra Faculdade de Medicina pôr fita na rampa. Aí falei que era pra pôr no piso e não na rampa que é de cimento. Aí ele falou que a ordem era rampa. Aí eu falei: então põe no...

Durante reunião de equipe, ao surgir o assunto relacionado ao espaço, questiona se perceberam a estrutura da unidade, identificando inadequações, resgatando a história da construção do espaço com relação aos cuidados para evitar quedas na unidade.

Demonstra que tem conhecimento acerca da estrutura física, possivelmente considerando que as ações gerenciais referentes à disponibilização de recursos na unidade apresentam como finalidade primordial a assistência ao cliente, a qual é ampliada com a organização e a gestão da estrutura física que têm o objetivo de proporcionar segurança aos trabalhadores e aos usuários, o que implica em diminuir possíveis riscos ocupacionais.

Ainda, provavelmente identificou que a visão da pessoa que delegou a instalação das fitas na rampa de cimento não foi apropriada para reconhecer as necessidades assistenciais do serviço (TAKAHASHI; GONÇALVES, 2005).

Um outro aspecto relacionado à organização do trabalho para mobilização do cuidado consiste na previsão de material, isto é, na definição da especificação e da quantidade de recursos materiais necessários para a unidade de acordo com o perfil de consumo do serviço.

Auxiliar de enfermagem e ACS fazendo contagem dos potes pra coleta de exame e checando validade.

Enfermeira Verde observa um pote estéril.

Enfermeira Verde: Sem validade.

Auxiliar de enfermagem: Aqueles vermelhos não têm validade.

Enfermeira Verde: Eu não vou usar. De repente colher urocultura e não tá estéril.

Enfermeira Verde faz uma comunicação interna para coleta: Peço para não encaminhar pote pra coleta de material até solicitação devido grande estoque com validade próxima.
Depois, Enfermeira Verde liga na sala de coleta do Centro de Saúde Escola - CSE
Enfermeira Verde: Nós estamos com muito estoque de potinho. Eu até mandei uma CI pedindo pra não mandar. Eu tô com boa quantidade de estéril e não estéril. Você vai receber uma CI, mas eu quis avisar!

Ao realizar supervisão do trabalho da auxiliar de enfermagem, a enfermeira observa a existência de material sem validade, justificando e tomando decisão de não usá-lo, demonstrando conhecimento acerca do uso do material (tipos de frascos apropriados para coleta de material para determinados exames) e necessidade de esterilização do mesmo, indicando que utiliza padronização interna de material, ou seja, utiliza critérios objetivos de indicação técnica do uso do material.

Ao providenciar comunicação interna, solicitando que não seja encaminhado material para exames devido ao grande estoque na unidade, utiliza linguagem escrita clara e direta, demonstrando que tem conhecimento sobre o fluxo entre os serviços, fluxo interno da unidade e da previsão e provisão de material.

Reforça a comunicação fazendo contato com o serviço responsável pela dispensação do material. Desse modo, a enfermeira realiza gerenciamento de materiais que Castilho e Gonçalves (2005) definem como providenciar recursos necessários ao processo de produção da assistência à saúde com qualidade, em quantidade suficiente, no tempo adequado e com menor custo, assegurando segurança para trabalhadores e usuários, sem privá-los do material necessário. No entanto, questionamos: há algo sistematizado para a previsão e provisão de material? Existem instrumentos que a enfermeira possa utilizar para realizar essa tarefa?

Ainda em relação à previsão e provisão de material, enfermeira é solicitada quando se deseja obter informações sobre essa etapa do gerenciamento de recursos materiais.

Auxiliar de enfermagem: Telefone, pode atender? É Fulana.
Enfermeira Branca atende o telefone.
Enfermeira Branca: Se eu tiver no estoque, peço 2. Se não tiver, peço 20. Se tiver estudante aqui ... Canetas, essas coisas assim eu peço de caixa, mas não é todo mês que peço. Eu não costumo pedir. Aliás, eu tinha pedido pra médica mudar essa época do pedido porque os residentes chegam só em fevereiro. Acho que ou março ou abril. Acho que abril é um mês legal. Uma vez ou outra a gente pede bota de plástico pro agente de serviços gerais. Camisola e lençol pode pedir uma vez por ano também. Some muito. Vai e não volta nunca mais. Já manda silkado. Porque a gente só tem uma canetinha pra fazer isso. Às vezes, uma canetinha não dá. Às vezes, precisa comprar pra fazer isso. Tem algumas coisas também, Fulana, que não adianta. Por exemplo: se eu pedir uma caixa de

scalp, eu perco a validade. Às vezes, chega perto de vencer a validade, eu dão pro CSE. Levo lá pra eles. Outro dia eu fui no CSE e pedi uma agulha 30 por 7.

Ao transmitir informação, explícita que realiza a tarefa, considerando o estoque, o fluxo de pessoas na unidade (especificamente estudantes e residentes), a durabilidade do material e o fluxo do material na rede, indicando o uso de parâmetros e critérios para a realização da tarefa. Ao fornecer um exemplo de como realiza a previsão de material, demonstra que tem conhecimento da rotina e dinâmica da unidade, explicitando que faz articulação com outros serviços.

Ainda, identifica um problema com relação ao desvio de rouparia da unidade, definindo uma solução para o mesmo, sugerindo que a rouparia seja enviada com o nome da unidade timbrado, devido à escassez de recursos na unidade de saúde para a reposição.

Assim, ao transmitir como realiza a previsão e provisão de material, enfermeira demonstra que tem conhecimentos que essa etapa do gerenciamento consiste em uma dimensão do controle de estoque na unidade, explicitando que mantém uma “certa sistemática de acompanhamento” do consumo mensal de material na unidade e variações do mesmo em decorrência de situações (como presença de estudantes na unidade), o que está de acordo com Castilho e Gonçalves (2005).

No fragmento abaixo, a enfermeira, ao conversar com a auxiliar de enfermagem, transmite informação, explicando que identifica um problema com relação à disponibilidade de material no serviço público.

Enfermeira Verde: Num serviço público não dá pra pôr quatro rolos de papel higiênico no banheiro. Não é só paciente que leva. Tem que ser dois. Um usando e outro de reserva. Igual as bolachas pedagógicas. Eu brinco, mas...

Auxiliar de enfermagem: Nós já falamos pros residentes: Vocês abrem, aí a enfermeira fica pensando que foi a gente.

Enfermeira Verde: Não é questão de pensar quem foi. Quando eu abro a geladeira, vejo vários pacotes abertos. Eu peço pra grupo, pra situação de emergência.

Explicita sua compreensão de como deve ser disponibilizado o material num serviço público, justificando o motivo. Chama atenção para responsabilidade da equipe com o material

solicitado, demonstrando que mobiliza valores e princípios éticos (responsabilidade e compromisso) no trabalho e tem preocupação com a assistência prestada.

Estes aspectos presentes certamente mantêm um caráter de controle necessário ao trabalho, mas ao utilizar o termo “bolachas pedagógicas”, parece indicar que utiliza estratégias para responsabilizar os outros trabalhadores no sentido da adequada utilização dos recursos destinados à unidade de saúde. Entretanto, esse assunto é discutido com os demais usuários e trabalhadores da unidade ou acaba sendo uma regra a ser utilizada porque está instituída por alguém? Todos os trabalhadores compartilham com os princípios que a enfermeira utiliza com relação ao uso de materiais no serviço público? Essa situação poderia ser utilizada como um disparador para discutir em equipe os recursos necessários ao trabalho?

Nesse fragmento, chama a atenção a fala da auxiliar de enfermagem “a enfermeira fica pensando que foi a gente”. Essa consideração da auxiliar pode ter finalidade de dar satisfação para enfermeira, podendo também indicar a presença de relações de poder conflituosas no trabalho.

A interação com outro membro da equipe, buscando questionamentos para recebimento do material, demonstra que algumas atividades burocráticas estão sendo delegadas a outros trabalhadores, podendo indicar que para a enfermeira estão sendo atribuídas funções burocráticas e administrativas que envolvam análise e conhecimento científico.

Senhor: Mec Toca, eu vim fazer entrega.

Enfermeira Branca: Mec Toca? Agente de serviços gerais, como é essa história?

Agente de serviços gerais: (...)

Enfermeira Branca: Eu não recebi as bobinas de fax, portanto ou tira a bobina ou não assino. A não ser que eu anoto aqui que não recebi a bobina de fax. Se a nota vir sem a bobina, eu recebo. Se vocês trouxerem a bobina, eu recebo. Senão vocês vão ter problema com a Faepa.

Senhor: Certo.

Enfermeira Branca: Muito obrigado!

Demonstra que detém informações sobre procedimentos burocráticos envolvidos na aquisição de recursos materiais e toma a decisão em relação ao recebimento dos materiais, após levantar a hipótese de ter problemas, caso não seja realizado da maneira como explicitou. Usa uma linguagem direta e tem a habilidade fornecer outros caminhos para o

recebimento do material, indicando sua preocupação em negociar uma alternativa para a solução do problema.

Finalizando, observamos que as enfermeiras têm desenvolvido ações para a organização do trabalho que envolve o fluxo de usuários, de documentos e informações na unidade e entre os serviços, previsão e provisão de recursos materiais e controle de infraestrutura para viabilizar a atenção na unidade de Saúde da Família. Ações essas que estão voltadas para mobilização do cuidado, o que indica, como já explicitado em outros momentos, a articulação entre a dimensão gerencial e dimensão assistencial, no desenvolvimento do trabalho em saúde.

3.3.5. Coordenação e planejamento do trabalho

O planejamento, instrumento do processo de trabalho gerencial, consiste em um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos organizados que possibilita a programação de estratégias e ações necessárias a partir de uma realidade, para alcançar os objetivos estabelecidos previamente (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005).

De acordo com Ciampone e Melleiro (2005), o planejamento tem ganhado importância como: instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações (considerando a necessidade de articulação dos processos de trabalho), impulsionador de práticas sociais transformadoras (buscando novas relações sociais) e método de ação governamental (referido à produção de políticas).

Neste estudo, o planejamento, enquanto uma ferramenta do trabalho da enfermeira, em grande parte assume um caráter mais restrito, mais voltado para a articulação dos processos de trabalho e como impulsionador de práticas.

Por se tratar de um serviço escola, há uma evidente preocupação da enfermeira em considerar a inserção dos estudantes na unidade de saúde e em estabelecer um planejamento para as atividades desenvolvidas pelos mesmos.

Durante reunião de equipe.

Enfermeira Branca: Precisa pensar sobre a escala dos alunos da segunda-feira. Eu não vou estar aqui. Vou estar de férias. A escala é uma faca de dois gumes porque se a pessoa sabe que tá de VD, pode faltar. Mas resolve o problema de sala. Na segunda turma, tentamos deixar escala de famílias pra eles. Mas vimos que foi muito. (Se referindo ao número de famílias) Eles não deram conta. Mas ao mesmo tempo, às vezes, preciso deles pra encaixar. (Para encaixar atendimento)

Médica sugere separar famílias com especificidades (famílias com hipertensos, diabéticos e gestantes, por exemplo).

Enfermeira Branca: A idéia era essa. As meninas (se referindo às ACSs) separavam as famílias com gestante, puericultura. Pode separar assim: bota uma etiqueta e escreve a lápis. No começo, fazíamos uma escala semanalmente.

Médica fala que os alunos podiam fazer VD e atender a mesma família

Docente da Faculdade de Medicina/ coordenador do núcleo diz que essa idéia existe, mas é difícil de operacionalizar. Mas, que se deve tentar implementar isso na medida do possível, porque é mais resolutivo, já que o aluno acompanha melhor a família. Fala do problema da escala dos residentes também.

Enfermeira Branca: Uma hora de manhã, uma hora à tarde. Um exemplo do maior problema disso é o Fulano. Podia separar uma só família.

[...]

Docente da Faculdade de Medicina/coordenador do núcleo: Tem uma escalinha aqui. Vocês não receberam? (Se referindo aos alunos do quinto ano de medicina)

Enfermeira Branca: Para eles não foi feito. Ontem eles falaram que sentiram falta disso.

[...]

Equipe discutindo o problema de consultório e da possibilidade de resolver isso saindo pra visita domiciliar – VD.

Enfermeira Branca: Tem a enfermeira voluntária que também sai pra VD. Alguém pode ir com ela. E uma coisa legal disso é conhecer o trabalho de outra pessoa. Conhecer o trabalho do ACS, da enfermeira. Senão eles ficam só no trabalho médico.

[...]

Enfermeira Branca: Aquela família da Ciclana tava separada pra eles, podia ter aprendido um monte de coisa. Família 112 tem tudo, né! (Olha para ACS)

Docente da Faculdade de Medicina/coordenador do núcleo: Qual é família 112?

Enfermeira Branca: Dos 30 [30 pessoas da mesma família que moram juntas]. Tem alcoólatra.... Enfim, meninos vocês querem falar mais um pouco? (Falando para os alunos do quinto ano de medicina)

Aluno fala que teve que fazer visita no horário da janela dele.

Docente da Faculdade de Medicina /coordenador do núcleo fala de colocar nome do aluno e ir colocando as atividades que já fizeram embaixo do nome.

Enfermeira Branca: Então a primeira coisa que devemos fazer é uma lista de atividades esperadas pro aluno fazer aqui.

Aluno do quinto ano: Enfermeira Branca, por exemplo, quando estamos de agendado, podia marcar dois pacientes no mesmo horário.

Enfermeira Branca: A gente fazia isso. Mas o estudante demora mais pra atender e , às vezes, não tem sala. Então uma das variáveis é sala. Lembra que eu falei que tinha a agenda grande?

Durante reunião de equipe, a enfermeira levanta a necessidade de se realizar o planejamento das atividades para os estudantes de medicina para próxima semana, explicitando sua ausência na unidade devido às suas férias. Esta fala parece indicar que há certa organização das atividades, mas que a responsabilidade não tem sido de todos, ao “tomar para si” a tarefa indicando que sairá de férias.

Há a identificação da escala de distribuição dos alunos enquanto um instrumento que apresenta tanto aspectos positivos quanto negativos, já que contempla o aspecto da estrutura

física (“sala é uma variável”), mas pode possibilitar a falta do aluno que estiver designado para determinada atividade que não seja para este motivadora.

Ao resgatar como foi realizada a divisão de tarefas para o grupo anterior, mostra que a experiência não foi satisfatória, explicitando a necessidade da presença dos alunos na unidade para realizar atendimentos médicos eventuais. De certa maneira, é evidenciada a avaliação da atividade junto aos alunos, mesmo que de forma não sistematizada. Ainda, parece haver preocupação por parte da enfermeira em organizar e coordenar o fluxo interno da unidade, ou seja, as atividades desenvolvidas e a distribuição das mesmas.

As sugestões formuladas para a escala dos estudantes evidenciam, de certa forma, uma lógica que conduz o aprendizado dos mesmos, atendendo à finalidade para a ação da unidade de saúde: priorização das famílias de acordo com a classificação de risco e por agravos presentes, atenção voltada a grupos de risco, ampliação do aprendizado clínico, para além das atividades de consulta médica (quando se refere à visita domiciliar), atuação junto com outros profissionais, ao sugerir a realização da visita domiciliar juntamente com a enfermeira voluntária, explicitando a importância de se conhecer o trabalho de outros trabalhadores e articular diferentes olhares para a produção do cuidado.

Ao ressaltar que os alunos poderiam ter aprendido muito com determinada família, demonstra conhecimento acerca da população da área e da ACS responsável pela família, apontando as possibilidades de aprendizados diversos: o saber aprender, buscando outras formas de saber/conhecer a atenção à saúde e a produção de cuidados; o saber conviver com diversidade de trabalhadores presentes na saúde, e que imprimem olhares diferentes sobre as situações de saúde/doença presentes e que podem ampliar o leque de intervenções sobre estes processos.

Quando determina, então, qual será a conduta, a enfermeira coordena o planejamento, explicitando qual a primeira etapa para o mesmo, de modo centralizado, indicando que pode ter habilidade para conduzir o planejamento. Com relação à sugestão do estudante quanto ao

horário de agendamento, explicita que não é viável devido à estrutura física e à habilidade para conduzir a consulta médica do estudante, o que pode levar a demora do atendimento, demonstrando quais variáveis utiliza para planejar e organizar o trabalho na unidade.

Assim, podemos considerar que, para o planejamento da atividade, a enfermeira identifica a necessidade da elaboração do plano, coordena, articula e descreve possibilidades, identifica os atores e os recursos envolvidos com o plano, tentando viabilizá-lo, o que indica que a enfermeira pode estar utilizando as ferramentas do planejamento, pois a equipe envolvida vive a realidade dinâmica, fazendo uma reflexão acerca da elaboração do plano de maneira que realiza previsão de situações e possíveis alternativas para a tomada de decisão.

Ainda, cabe ressaltarmos que o planejamento de atividades para os estudantes faz parte das atividades rotineiras das enfermeiras, já que as unidades de trabalho estão vinculadas a uma universidade.

Durante reunião de equipe, médica fala da chegada dos alunos do quinto ano de medicina na segunda-feira.

Enfermeira Branca: Talvez, marcar, por exemplo, a primeira quarta-feira de estágio. Eles vêm sem saber (...) Se a gente pudesse, vem, apresenta, mostra a área física. Aí, quarta-feira mostra: Saúde da Família é isso e sai para territorialização (...) Já que a gente não definiu temas para discussão quarta-feira, não tem ainda quem vai discutir.

Docente da EERP e coordenadora do núcleo pergunta quais são os impressos que são mostrados no primeiro dia de estágio.

Enfermeira Branca: Eram os impressos da pasta. Mas a gente tava mostrando só um consolidado do SIAB e a ficha D. A gente fala isso é importante pra gente aqui no nosso território porque a gente sabe quantos hipertensos têm, quantos diabéticos (...). Dá uma noção de Saúde da Família.

A enfermeira participa da programação de atividades dos estudantes da medicina, transmitindo informação, identificando que os mesmos chegam ao estágio sem conhecimento sobre Saúde da Família, sua finalidade, sua ação, as ferramentas para a organização da assistência no território, e, portanto, sugere uma programação que contemple: estrutura física, territorialização e sistema de informação, articulando com a programação das atividades na unidade, demonstrando conhecimento sobre a estratégia Saúde da Família, localização de documentos na unidade e instrumentos para organizar a assistência (territorialização, sistema de informação).

Ainda podemos inferir que a enfermeira considera o sistema de informação um instrumento fundamental para o conhecimento da realidade demográfica e epidemiológica, o qual viabiliza o gerenciamento, já que possibilita subsidiar tomada de decisão e promover mudanças nas intervenções no nível individual e coletivo.

Durante reunião de equipe

Enfermeira Azul: Médico, hoje chegam os alunos, né? Tem alguma coisa?

Médico fala sobre a distribuição dos alunos para VD.

Enfermeira Azul: Você tem a escala de quem vai te cobrir? Porque cada dia vai ser um. São 3 pessoas que vão te cobrir. Até porque se algum faltar, a gente sabe pra quem ligar.

Enfermeira Azul anota a escala.

Enfermeira Azul: Sabe por que eu tô te perguntando? O perfil do docente da FMRP é de atendimento médico. E você tá programando pros alunos outro tipo de atividade: VD. Então, ele pode mudar né!

Médico (...)

Enfermeira Azul: Médico, mas aí esses contratados vão ficar com a gente no EV [consulta médica eventual]? Porque você desmarcou os pacientes, mas a unidade vai tá aberta e o pessoal vai procurar. Eles reconhecem que, além de cobrir você por conta dos alunos, tem um serviço por trás, uma população? Ficou assim (mostra a escala no papel) Vou pôr lá no mural.

Ao demonstrar que detém conhecimento sobre a programação de estágio dos estudantes da medicina, a enfermeira questiona o médico se há alguma consideração a ser realizada, utilizando linguagem clara e direta. Sabendo que o médico irá sair de férias, questiona o mesmo se há uma escala de quem fará a cobertura para supervisão dos estudantes, explicitando o motivo de seu questionamento e justificando-o. Sua preocupação em comunicar a escala, deixando-a disponível no mural da unidade, possivelmente se dá a fim de evitar transtornos na organização do serviço.

Ao relacionar o perfil dos outros supervisores que irão realizar a cobertura e as atividades programadas, aponta para a possibilidade de mudanças na programação dos estudantes, questionando se os supervisores substitutos compreendem que, além da responsabilidade com os alunos, têm a de assumir um serviço, demonstrando que tem preocupação com o compromisso com a continuidade da assistência.

Desse modo, a enfermeira identifica problemas potenciais, ou seja, de certa forma desenha cenários possíveis, tentando acumular subsídios para, possivelmente, agir no sentido de evitar intercorrências na organização do serviço e até mesmo ter suporte caso essas venham a ocorrer.

Em outra situação, a enfermeira planeja as atividades de educação para a equipe e ao fazer isto desenvolve atividades de educação permanente com a estudante de medicina, apontando elementos que possam ser significativos para a aprendizagem da estudante no desenvolvimento da tarefa que terão em conjunto.

Enfermeira Rosa e aluna do sexto ano de medicina ficaram responsáveis pela educação continuada da quarta-feira próxima e o tema será amamentação.

[...]

Enfermeira Rosa pega o modelo de mamas e chama aluna do sexto ano.

Enfermeira Rosa: Esse modelo é pra mostrar nódulos, mas a gente pode usar pra ensinar ordenha. Tem as coisas dos mitos também. Eu descobri que não pode fazer visita no sétimo dia de puerpério por causa do mal de sete dias. Eu descobri isso porque eu liguei pra ver, porque, às vezes, tá dormindo, descansando. Aí a moça falou: se você vir amanhã, eu não vou te receber. Eu perguntei porquê e aí ela falou que era por causa do mal de sete dias. Esse álbum seriado é bem legal. A docente da EERP e coordenadora do núcleo pode ajudar porque ela trabalha com amamentação. A gente pode trazer transparência ou mostrar só no computador. A gente pode trazer bexiga. Mas aí tem que lavar, porque bexiga tem um pó. Enche mais a bexiga e mostra que a pega é difícil. Depois esvazia e aí fica mais fácil pôr na boca, a bexiga acomoda certinho, mostrando o mamilo maleável.

Aluna do sexto ano fala que poderá trazer a nenê pra demonstrar a amamentação.

Nesta situação, podemos observar que o planejamento de atividades também é realizado em momentos diferentes da reunião de equipe. No caso, a enfermeira, sabendo da responsabilidade de planejar a atividade de educação continuada juntamente com a estudante de medicina, tem a atitude de chamá-la para elaborarem o plano da atividade.

Para isso, discute sobre a utilização de recursos que poderão ser usados na discussão do tema proposto (modelo de mama, bexiga), explicando o objetivo do recurso, mas já indicando a adequação para o uso naquele momento. Explicita quais subtemas (como mitos, por exemplo) poderão abordar, contando experiências e descobertas, indicando possibilidades para troca de idéias junto a outros trabalhadores da unidade. Com isto multiplica as possibilidades de aprendizado para si, para a estudante e para o grupo de trabalhadores, não se colocando como a única fonte de conhecimento sobre a temática.

Assim, ao mobilizar conhecimentos e habilidades para o planejamento da atividade de educação continuada/permanente, a enfermeira possivelmente maneja recursos para que a atividade seja dinâmica, com interação e participação da equipe, provavelmente considerando a importância e a finalidade da mesma para o trabalho da equipe, de modo que esta possa ter

um aprendizado significativo. Vale a pena trazer a reflexão: para quem é a aprendizagem significativa? Quem selecionou a necessidade de aprendizagem? Por que selecionou este tema? Qual o problema para gerar educação permanente? Neste sentido, fica ainda a interrogação: educação continuada/permanente?⁹

Além do planejamento das atividades voltadas ao ensino de estudantes dos cursos formais e da educação permanente da equipe, há situações onde se faz presente o planejamento de atividades junto à comunidade.

Equipe traz Fulana para falar da possibilidade de trabalho voluntário – (Fulana faz educação física na Faculdade Y, tem iniciação científica, faz trabalho voluntário em um asilo e é professora em duas academias)

Médica: Você falou com a docente da EERP?

Enfermeira Rosa: A docente disse que não poderia vir hoje. Mas eu vou numa reunião no CSE e pego o papel do trabalho voluntário, pra constar no certificado.

Médica: O trabalho voluntário na USP tem um período de 2 anos, depois você precisa se afastar. (Falando para Fulana)

Equipe discutindo sobre o público alvo da atividade.

Fulana: Nós tínhamos conversado de lançar e ver quem vem.

Enfermeira Rosa: Até pra ficar como piloto mesmo. Pra ver se eles vêm, quem vem.

Fulana: Eu pensei em lançar como dança livre.

[...]

Médica fala do problema da regionalização que a Faculdade Y é diferente do distrito da USP.

Enfermeira Rosa: Por outro lado, a gente precisa até checar. Aquele projeto de extensão. A terapia ocupacional ia fazer com capoeira e aí vem um valor (...) No princípio, a gente não sabe como responder. Dá pra pensar no trabalho voluntário. Agora pras férias você poderia pensar em 2 dias da semana?

Fulana: Sexta e outro.

ACS: Á tarde?

Enfermeira Rosa: É melhor.

Médica: Será que não vai atrapalhar o projeto da T.O? (Se referindo à terapia ocupacional)

Enfermeira Rosa: A gente define junto

[...]

Médica: Vamos deixar combinado, então, enfermeira Rosa, quarta e sexta-feira?

Enfermeira Rosa: Que horas? Podíamos combinar das três às cinco porque abre às duas e se marcar às duas, eles vão chegar mais cedo.

ACS: Qual é o critério? Da área? Precisa ser cadastrado?

Enfermeira Rosa: Da área. Não precisa ser cadastrado porque metade da área não é cadastrada.

Fulana: Depende da procura.

[...]

Equipe discutindo sobre a idade das crianças.

Enfermeira Rosa: Sabe o que eu tô pensando? São duas faixas etárias, não precisa ser separado?

[...]

Equipe discutindo sobre a divulgação da atividade em planejamento.

Enfermeira Rosa: Se a gente conseguisse aproveitar essa meia hora pra fazer a lista. Se não tiver o número, a pessoa que for ligar procura no prontuário.

ACS: Divulga na missa.

Enfermeira Rosa: Essa missa é nosso meio de comunicação. Tudo a gente divulga.

⁹ A opção em explicitar educação continuada/permanente se dá no sentido da necessidade de trazer para o explícito a concepção da enfermeira sobre o conceito e a prática em questão, o que não foi possível apenas pela observação, ficando desta forma os questionamentos apontados no texto.

[...]

Equipe falando sobre outras atividades de férias no Núcleo.

Enfermeira Rosa: Será essa atividade. Não vamos montar um projeto. Dá pra gente pensar naquilo que a ACS falou. Trazer um telão e passar filme (...).

Depois de um tempo

Enfermeira Rosa: No intervalo de terça e quinta- feira, a gente pode pensar no filme. Na enfermagem tem um telão. Eu posso ver. No Núcleo X, eles fizeram na garagem.

[...]

Durante reunião de equipe, a enfermeira participa de elaboração de programação de atividades de férias na unidade. Neste processo, aspectos formais são discutidos: a formalização do trabalho voluntário, o fluxo para a solicitação, o processo de regionalização na atuação das universidades no município, indicando necessidade de investigar os procedimentos.

No transcorrer da programação das atividades, questiona a disponibilidade dos dias da semana para realização da atividade, fazendo sugestões quanto ao período, horário e forma da divulgação junto à comunidade, definindo critérios de inclusão na atividade programada, demonstrando conhecimento acerca da população da área, regionalização, rotina e dinâmica da unidade.

Na discussão da equipe, ainda sugere outra atividade a ser desenvolvida na unidade durante as férias escolares, explicitando que tem conhecimento sobre as atividades desenvolvidas em outros serviços e onde buscar recursos para viabilização da atividade, apontando com isto a necessidade da unidade de saúde ampliar seu olhar para além do que é realizado em seu interior, de modo a possibilitar outras ações de saúde que sejam identificadas como adequadas ao perfil da população que se tem como foco da atenção. No entanto, o planejamento também poderia ser compartilhado com a comunidade que identificaria se o mesmo vai ao encontro de suas necessidades?

Em outros momentos, a preocupação com o trabalho junto à comunidade se faz presente, sendo o planejamento e desenvolvimento articulado com outras instituições.

Reunião na Creche sobre Bolsa Família. Presentes: três ACS, psicóloga do aprimoramento, diretora da creche, assistente social, aluna da EERP de bolsa trabalho.

Enfermeira Azul: Eu cheguei atrasada, mas já tô me situando. A gente precisa ver nosso objetivo: fomentar espaço familiar e comunitário. A gente podia usar o que já existe (...) Tem o Programa Escola da Família de fim de semana. Eu fui um domingo lá e vi que só tem a bola rolando e o funk tocando. Então podia usar esse espaço. (...) A gente podia ofertar: tem o curso de reeducação, tem supletivo, tem centro de formação. Eu sugiro que a gente oferte o que já existe, mas acho que falta lapidar melhor. Lá no domingo tem um recurso que ajuda a gente. Tem café da manhã, oferecido

por uma Igreja. Pra trabalhar com a Escola da Família, é difícil. Lá tem os monitores que ganham bolsa nas Faculdades X e Y, trabalham de sábado e domingo. Mas vamos usar o que já tem.

[...]

Enfermeira Azul: É igual regime: a gente quer o queijo cotage, mas a gente tem o queijo minas. Outro grupo que a gente pode colocar lá é o Ciclano. A experiência com ele foi boa. Nós fizemos o mês da mulher. A gente queria aumentar o papanicolau e aí cortavam o cabelo, tratavam (...) A gente precisa montar a dinâmica do dia 11 e precisamos montar o “cardápio” – manicure, cabeleireiro, reeducação alimentar, conselho de bairro. Podemos incluir o grupo de gestante na oferta? Psicóloga (aprimorada da Secretaria da Saúde), dá pra implementar o grupo Super Nane? Tá na moda. Eles gostam de modismos.

Enfermeira Azul e ACS ficam responsáveis por conversar com cabeleireiro. O Grupo discute: o que vai oferecer, a proposta, o período, número de vagas, dia, hora de início e de término, local.

Nesta reunião para planejar uma atividade junto à população do bairro integrada com outras instituições, a enfermeira apresenta habilidade para se inteirar da pauta da reunião, participando do planejamento de atividade para o cuidado coletivo.

Detém e transmite informações, indicando a necessidade de se verificar o objetivo da atividade proposta, fazendo sugestões, contando experiências, identificando quais cursos poderão ser ofertados, fazendo comparações e questionamentos, articulando com outros profissionais outras atividades, justificando a importância das mesmas.

Com isto, demonstra que detém conhecimento dos programas existentes na comunidade, experiências anteriores da unidade e onde mobilizar recursos (voluntários). Desse modo, para elaboração de uma programação de atividades que visem à promoção da saúde, a enfermeira possivelmente maneja valor acerca da intersetorialidade e a da integralidade, princípios norteadores da Saúde da Família.

Durante reunião de equipe.

ACS: Senhor de 73 anos. Eu trouxe pra ver se vai fazer VD ou se espera a consulta.

Enfermeira Verde: O Seu Beltrano não é caso novo. Ele vem há 3 anos deambulando com dificuldade. (...) Quanto ao assunto da VD ou não, precisa ver com eles porque o residente vai ficar fora. Quanto ao problema financeiro, isso não é novidade. A configuração da família a gente conhece há anos. O Seu Beltrano é o único que recebe. Os filhos querem o dinheiro. Ele que coloca a dificuldade de comprar o medicamento?

ACS: A filha.

Enfermeira Verde: Ele pode conseguir com a assistente social do CSE ou com a assistente social da Prefeitura. Se for alto custo, ele consegue. Tem bombinhas que é caro mesmo. Esse jeitão da filha é assim mesmo. Quando ele tava acamado e não podia deambular por causa da fratura, a filha falava: “Não, ele tá bem!”. Sua visita foi hoje?

ACS: Sexta (...) Ela tá com dificuldade de fazer o aerossol (...)

Enfermeira Verde: Dá pra organizar uma visita e orientá-la como fazer a medicação. Tem algumas coisas que não vejo mudança em médio prazo. Quem tá indo receber a aposentadoria dele? É ela? Eu tenho uma sugestão: como eu posso fazer uma VD amanhã, eu vejo qual a dificuldade. Se o residente puder ir junto... Nós vamos orientar a filha, falar das responsabilidades, da negligência. Quarta-feira tem reunião disso. A violência doméstica a partir de agora tem que ser feita. No futuro vai ser uma daquelas doenças sociais.

Durante reunião de equipe, a enfermeira participa da elaboração do plano para o cuidado individual, transmitindo informação, resgatando a história do usuário, articulando o cuidado com os residentes médicos, coletando dados sobre o caso, ou seja, realizando questionamentos, para o planejamento e organização do cuidado, contudo, parece haver uma centralização da discussão.

Ao indicar conhecimento acerca do custo dos medicamentos em uso e do fluxo entre os serviços, aponta a possibilidade de articulação com assistente social, trazendo para a equipe a necessidade de uma articulação com outros setores, instituições e, mais uma vez, se fazendo presente a necessidade da intersetorialidade no trabalho em saúde.

Chama atenção, contudo, o monopólio da discussão por parte da enfermeira durante a discussão, sendo que a sua atitude ao sugerir uma visita domiciliar e a identificação dos problemas dentre eles, a violência doméstica, parece pertinente à situação, mas o planejamento da mesma indica um processo de tomada decisão das condutas de modo centralizado.

Na próxima situação, recorre o planejamento e organização das ações para o cuidado individual, mas o modo de proceder para que a atividade se desenvolva ocorre de forma diferente da anterior.

Discussão de família

ACS apresenta um cadastro novo: família com uma puérpera de três dias (parto normal) e recém-nascido, mais duas crianças (de dois e três anos). Puérpera com mamilo rachado e outro invertido. Orientou banho de sol.

Enfermeira Azul: Fez pré-natal onde?

ACS: Simone

Enfermeira Azul: E vai fazer puerpério onde?

ACS: Pretende ser aqui. Ela disse que tá com cólica

Enfermeira Azul: Essa cólica é esperada. Por causa do útero.

ACS: Eu expliquei isso pra ela.

Depois de um tempo

Enfermeira Azul: Auxiliar de enfermagem, quero saber quando programar VD pra esse cadastro que a ACS acabou de apresentar.

Auxiliar de enfermagem: Pode ser hoje à tarde ou amanhã.

Depois da reunião ACS e auxiliar de enfermagem discutem o horário da visita para puérpera e perguntam opinião de enfermeira Azul.

Enfermeira Azul: Acho que de manhã tem banho. Banho de sol. Pode ajudar mais a mãe.

A enfermeira, ao participar de discussão de caso, realiza coleta de dados sobre o pré-natal e puerpério, transmitindo informação, colaborando na discussão, orientando a ACS

sobre a condição da usuária, demonstrando conhecimento sobre as intercorrências presentes no período do puerpério.

Ao questionar a auxiliar de enfermagem sobre a realização de visita domiciliar, possivelmente indica a avaliação de risco e priorização do cuidado a grupos específicos, apontando a responsabilidade da equipe de enfermagem na organização dos cuidados necessários a esta mãe e a sua família.

Quando questionada pela auxiliar de enfermagem e ACS acerca do planejamento da visita domiciliar, sua atuação parece se dar no sentido de colaborar quanto ao período da realização da visita, justificando e demonstrando preocupação com a assistência, possibilitando que as trabalhadoras expressem modo próprio de organizar a atividade, mas colaborando para a qualificação da mesma.

Assim, a participação no planejamento da atividade possivelmente tem o caráter de qualificar a operacionalização da mesma, já que, para Ciampone e Melleiros (2005), o planejamento consiste na arte de fazer escolhas e de desenvolver planos a fim de favorecer processos de intervenção. Contudo, questionamos: a situação dessa puérpera (“mamilo rachado e outro invertido”) poderia indicar necessidade de visita domiciliar urgente? Que consequências essa situação poderia trazer ao recém-nascido? A enfermeira articulou o agendamento da visita domiciliar com conhecimento técnico?

A enfermeira aproveita o momento da reunião de equipe para realizar planejamento de serviços e coordená-los, delegando atividades à equipe.

Durante reunião de equipe

Enfermeira Azul: Auxiliar de enfermagem, eu queria saber se o relatório de diarreia já foi. SIAB já foi. Complexo regulador já foi. SISPRENATAL já foi? São os primeiros relatórios pra enviar. Só foram quatro. Vamos dividir? Faltam dez. CAPSI. SIASUS. Bolsa Família. Bolsista EERP, você pode fazer? Frequências FAEPA.

Enfermeira Azul: Gente, isso precisa ser feito ainda hoje. (Falando do relatório de frequência). Contas. O que já desceu? CAPSI. ACS 1 e ACS 2, lembram que têm aquela cópia do Cuiabá? Relatório do DST pode ficar porque tem muito preservativo no estoque.

Questiona a auxiliar de enfermagem sobre o envio do relatório, demonstrando que tem conhecimento acerca de prazos, do total de relatórios e da distribuição de tarefas entre os

trabalhadores. Ao checar quais os relatórios já foram enviados, identificando que só foram quatro, sugere que haja divisão de tarefas, demonstrando que há trabalho em equipe, mesmo no sentido mais estrito da divisão de tarefas, mas que pode indicar a possibilidade da equipe atuar em uma direção de um trabalho mais colaborativo.

Ao interagir com a equipe na identificação dos relatórios a serem enviados, realiza o controle das atividades desenvolvidas por membros da equipe de enfermagem e ACS e indica que tem conhecimento do fluxo entre os serviços.

Ao questionar os ACS quanto à existência da cópia de um relatório, isto se dá, provavelmente, no sentido de orientá-los em como realizar o relatório. Pelo desenrolar da situação, a enfermeira parece apresentar habilidade para conduzir a organização do serviço.

De acordo com Ciampone e Melleiro (2005), a enfermeira realiza coordenação da organização do serviço, já que, para essas autoras, a coordenação consiste em um instrumento que define claramente as responsabilidades das pessoas envolvidas no processo, visando facilitar o alcance das finalidades propostas, de modo que possibilite diminuição de atritos e a condução do processo de trabalho de forma mais colaborativa.

Outras situações se fazem presentes, quando a enfermeira, também participa com a equipe do planejamento e organização do cuidado.

Durante reunião de equipe, ACS apresenta uma família.

Residente: O senhor Fulano, eu acho que já atendi ele.

Enfermeira Branca: Atendeu. Você atendeu semana passada. Ali é um “condomínio fechado”, são várias casinhas.

ACS: (...)

Enfermeira Branca: Enfim, continuamos no condomínio fechado. Que número é essa família? Era 33? Dava pra desenhar essa família. Sabe o ecomapa? (Falando pra equipe). Ela tem (fala o nome das pessoas). São 7. Ali mora Ciclana com marido (...) Beltrana está no Núcleo 4?

Enfermeira voluntária: Who is Beltrana?

Enfermeira Branca: A Beltrana você lembra, nós visitamos várias vezes.

Médica: Então vamos lá;.... quem faz seguimento?

Enfermeira Branca: O Fulano faz seguimento aqui. O Beltrano também tá aqui.

Residente: O Fulano, acho que tem hipertensão.

Enfermeira Branca: O Fulano tem. O Beltrano deve vir dia 4. Deve dar uma avaliada assim: vale a pena ele vir aqui ou é difícil? Será que é bom ele vir pra dar uma saída?

Durante a reunião da equipe, a enfermeira participa de discussão de caso, transmitindo informações, muitas vezes demonstrando conhecer a família e seu contexto de vida, contudo, sem

se ater que outros membros da equipe possam deter informações relevantes quanto à família e seu contexto de vida, como por exemplo, o ACS que acompanha a família. Tem domínio da divisão de tarefas, apontando o residente médico responsável pelo atendimento do usuário e da família.

Durante a discussão demonstra conhecer o local onde a família mora, cada membro da família e sua respectiva patologia, indicando que detém conhecimento acerca da frequência dos usuários na unidade, o território adscrito, oferecendo um instrumento (ecomapa¹⁰) que poderia ser utilizado para a discussão e planejamento da assistência nesse caso.

Apesar de sugerir alternativas para a intervenção junto à família, a discussão se dá de forma dispersa, não há desfecho nesta situação e a decisão fica para que seja tomada pelo médico. Esta parece não ser uma situação rara nas discussões para acompanhamento da situação das famílias, o que contradiz os princípios da estratégia Saúde da Família, na qual é esperado que a discussão de família ocorra de modo participativo, de forma que a tomada de decisão seja qualificada para o sucesso da organização do cuidado e com a proposição de sistematização do cuidado, para que realmente haja tomada de decisão de forma mais fundamentada e talvez com maior possibilidade de superação dos problemas identificados.

Durante reunião de equipe.

ACS fala de uma acamada, cuja filha (cuidadora) não tem dinheiro pra comprar pão. Não tem fraldão. Não dá medicação pra mãe. Não dá água. Não é tirada da cama.

Enfermeira Azul: Básico é comida. É Higiene. Eu acho que tinha que acionar o estatuto do idoso. Isso é negligência.

ACS fala que a filha sabe o horário das medicações, mas não dá. Observaram que está sobrando remédio.

Enfermeira Azul: A gente pode tentar o Lar São Francisco. Ele aceita acamado. Essa é uma situação de negligência que não é nova. Quando a mãe não tinha tido AVC, ela andava, mas a filha não cuidava. A mãe já tinha demência. Já foi acionado o Conselho do Idoso, a assistente social ajudou e, quando conseguiu a vaga, a filha de recusou. Ficou na dúvida se o interesse era a pensão da mãe. Quando a gente se aproximou pra ver o cuidado da mãe, a filha não deixou. Mudaram. Agora voltaram. Então já tentamos (...) A filha tem depressão. Não podemos julgar. Precisamos cuidar da filha e da mãe. A gente dá conta de dar remédio? Dar banho? Eu sinto muito, Saúde da Família não dá conta. A gente tem mais de 300 famílias. A gente precisa sair daqui e procurar assistente social do bairro.

¹⁰ Ecomapa é uma ferramenta que auxilia na avaliação da família, “é uma representação das relações da família com o suprasistema (pessoas significativas, instituições do contexto da família). Ele nos permite uma “fotografia” entre as principais relações entre a família e o mundo” (BOUSSO; ANGELO, 2001, p. 19). Outra referência sobre o tema: NASCIMENTO, LC; ROCHA, SMM; HAYES, VE. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto & Contexto. Enfermagem*, Florianópolis, v.14, n.2, p.280-286, 2005.

Durante reunião de equipe e discussão de família, a enfermeira centraliza a discussão, identificando um problema com possibilidade de acionar o Estatuto do Idoso, explicitando que há a opção de acionar uma instituição, resgatando a história da usuária e família, mobilizando princípios e valores éticos.

Deixa claro os limites da Saúde da Família, considerando o número de famílias cadastradas e toma a decisão sozinha em relação ao caso, demonstrando conhecimento sobre existência de recursos disponíveis na área para resolução do caso. Assim, para a realização da coordenação da discussão e elaboração do cuidado, a enfermeira faz o diagnóstico da situação da usuária e família, determina metas e objetivos, estabelecendo prioridades e selecionando recursos disponíveis, contudo, de forma mais centralizada, não possibilitando que a equipe assuma de forma mais integral a decisão e a definição de outras alternativas.

No conjunto das atividades identificadas, chama atenção a ausência de um processo mais sistemático de avaliação realizado pelas enfermeiras, ou mesmo pela equipe, o que também foi observado no estudo de Mishima (2003) em relação à gerência nas unidades de Saúde da Família. Mesmo considerando que o período de observação se restringiu a uma semana típica de trabalho na unidade de saúde, no conjunto das observações não identificamos claramente a avaliação das ações individuais ou coletivas, ou mesmo voltadas para a organização dos serviços.

Enfim, considerando o planejamento como uma ferramenta que possibilita a programação, direção, coordenação, controle e a avaliação de ações no processo de gestão do trabalho, identificamos, nesta investigação, que as enfermeiras têm utilizado esse instrumento preponderantemente para a articulação e organização do processo de trabalho, realizando a programação de atividades para estudantes (já que as unidades estão vinculadas a uma universidade), para a comunidade e para a educação da equipe. Além disso, também

desenvolvem o planejamento de ações para a organização do cuidado, juntamente com o exercício da coordenação.

Ainda, ressaltamos que, no cotidiano do trabalho das enfermeiras na Saúde da Família, não observamos um processo sistemático de avaliação das atividades desenvolvidas pelos serviços, fato que traz preocupação, já que concordamos com Tanaka e Melo (2003) que definem a avaliação como um instrumento para a gestão, o qual deve subsidiar o processo de tomada de decisão e produção de cuidados e de serviços, ou seja, deve apoiar o planejamento em saúde, na perspectiva do cuidado e na promoção da inclusão dos usuários.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação do mundo do trabalho com a formação de práticas profissionais consiste em uma condição para a construção da competência no referencial dialógico.

Nesta direção, ressaltamos que, apesar do uso do referencial de competência ter se iniciado preponderantemente ligado à indústria, o que como consequência influenciou a formação ser relacionada ao referencial funcionalista de competência e ser desenvolvida com o caráter de transmissão de conteúdos delimitados a tarefas, atualmente, no contexto de implementação do SUS, há necessidade de se realizar uma reflexão acerca do processo de trabalho no cotidiano dos serviços, identificando atributos que podem ser viabilizados através do movimento ação-reflexão-ação.

Desse modo, considerando os atributos como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, é importante salientarmos que o processo de aquisição de conhecimentos é (re)construído e re(elaborado) de modo relacionado à realidade, sendo a experiência “um elemento veiculante da construção do conhecimento” e vinculada ao contexto social (MEGHNAGI, 1998, p. 62).

Assim, esta perspectiva evidencia uma

complexidade da relação entre conhecimentos estruturados e experiências vivenciadas, pois resulta difícil assumir que um conteúdo de conhecimento venha a ser adequadamente capturado se não se compreende como outros conteúdos, induzidos a partir do exterior, possam estar se organizando, incidindo sobre comportamentos, conhecimentos, valores do próprio sujeito (MEGHNAGI, 1998, p.62).

Nessa direção, foi possível identificarmos quais as combinações dos atributos mobilizados nas situações observadas, indicando como vem se desenvolvendo o desempenho das enfermeiras na área de competência da gestão/gerência na Saúde da Família.

No entanto, essa captação ocorreu no olhar do pesquisador, podendo ser discutido com as enfermeiras, na perspectiva de compreendermos porquê os desempenhos se caracterizam dessa forma.

Desse modo, consideramos que, na presente investigação, buscamos identificar os atributos presentes no trabalho das enfermeiras na Saúde da Família, tentando viabilizar uma aproximação aos desempenhos. Ressaltamos a importância e a necessidade de outros estudos que possibilitem a validação desses atributos com as enfermeiras, a fim de se construir a competência gerencial dessas trabalhadoras.

Nesse sentido, propomos o desenvolvimento de investigações que se pautem no reconhecimento das ações realizadas pelas enfermeiras, buscando compreender seus determinantes, considerando o contexto das situações. Envolvendo com a política de saúde, o projeto proposto pelo município e suas possibilidades de viabilização no cotidiano. Nessa perspectiva, ainda, se faz necessário que se desenvolva diálogo sobre como vem se constituindo o mundo do trabalho, com caráter de formação reflexiva acerca do processo de trabalho em saúde.

Destacamos ainda que encontramos muitas contradições no trabalho das enfermeiras, no qual estão presentes tanto momentos em que há o predomínio de ações de caráter vertical quanto momentos que parecem buscar a reversão do modelo assistencial vigente, ou seja, momentos em que estão presentes atos de fala e escuta que proporcionem vínculo e educação da equipe e dos usuários.

Além disso, também verificamos, nas diversas situações do trabalho, relações de poder nas quais podemos identificar: poder técnico, definido como “capacidade de gerar, aceder, lidar com a informação de características diferentes”, poder administrativo, correspondente à “capacidade de se apropriar e de distribuir recursos, bem como manejar aqueles existentes para atingir o objetivo colocado para o desenvolvimento do trabalho em saúde”, e poder político, compreendido como capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses” (MISHIMA, 1995). Porém, destacamos que o poder político ainda está presente de modo muito incipiente.

Desse modo, identificamos que o trabalho das enfermeiras na Saúde da Família pode estar em processo de transição, e, portanto, inserido no contexto de busca de reorganização da assistência a partir da atenção básica.

Além disso, consideramos que, no trabalho das enfermeiras na Saúde da Família, há o predomínio de uso de tecnologias leves e leve-duras, o que indica que, de certa forma, esse trabalho tem potência para, juntamente com o trabalho desenvolvido por outros trabalhadores, reverter o modelo assistencial vigente.

Compreendemos que caracterizar os desempenhos não se trata somente de listar um conjunto de ações/tarefas, mas compreender como e porquê essas se configuram/constituem no cotidiano dos serviços de saúde, indicando a competência do enfermeiro num dado contexto. Trata-se de apreender a competência enquanto práxis.

5. REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A Classificação internacional de práticas de enfermagem em saúde coletiva**: CIPESC/org. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p. 356.
- ALMEIDA, M. C. P.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S. Gerência na rede básica de serviços de saúde em Ribeirão Preto: um processo em construção. **Rev. bras. enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3: p. 278-86, jul.-set. 1994.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995. 225 p.
- BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C.; DUARTE, J.; LEITE, D. S. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 635-640, nov.-dez. 2005.
- BERTUSSI, D. C.; MISHIMA, S. M. O desenvolvimento gerencial como intervenção estruturante da atenção básica de saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 40-46, abr/jun. 2003.
- BOUSSO, R. S.; ÂNGELO, M. A enfermagem e o cuidado na saúde da família. Manual de enfermagem / Instituto para o desenvolvimento da Saúde. São Paulo. IDS, 2001, p.18-22.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1982a.
- _____. Ministério da Saúde. **Supervisão em serviços básicos de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1982b.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica 1998-2002. **Relatório de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **PROESF. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. Editora Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – integradora. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Praxis en salud**: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 9-32.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. et al. (coord.) **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 157-170.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P.; et al. **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 37-53.

COSTA, A. R. C.; MELO, M. C.; OLIVEIRA, M. A.; DIAS, R. N. Atuação do enfermeiro no programa de saúde da família em Sobradinho II. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 127-130, dez. 2000. Número especial.

COSTA, M. B. S.; LIMA, C. B.; OLIVEIRA, C. B. Atuação do enfermeiro no programa saúde da família (PSF) no estado da Paraíba. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 140-152, dez. 2000. Número especial.

COSTA, M. B. S. ; SILVA, M. I. T. Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do enfermeiro. **Rev. enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 272-279, dez. 2004.

COSTA NETO, M. M. (Org) **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família** – médico e enfermeiro. Brasília, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, novembro de 2000.

DANTAS, R A. et al. A saúde ocular de crianças e adolescentes de grupo de risco. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 5, n. , p. 85-92, abr.2001.

DIAS, M. A. E.; CUNHA, F. T. S.; AMORIM, W. M. Estratégias gerenciais na implantação do Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 5, p. 513-518, set.-out. 2005.

DUARTE, J. E. S.; OLIVEIRA, M. S.; PADILHA, R. Q.; BAAKLINI, C. E. A gestão municipal e a residência em saúde da família: a experiência de Marília – SP. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, n. 32, p. 11-18, maio 2005.

- FELLI, V.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. et al.(coord.) **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-124.
- FERREIRA, A. M. R. **Hanseníase: representações sociais de enfermeiros do PSF do município de Belém**. 2003. 120f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery. 120 p. Rio de Janeiro, 2003.
- FERNANDES, A.; ANDRADE, J. R. Representações sociais do processo saúde/doença e das práticas dos enfermeiros do programa de saúde da família (PSF) constituídas pelos usuários. In: FERNANDES, A.; CARVALHO, M. R.; DOMINGOS SOBRINHO, M. **Representações sociais do processo saúde/doença e das práticas dos enfermeiros do programa de saúde da família (PSF) constituídas pelos usuários**. Campina Grande, EDUEP, 2004. p. 185-206.
- FERRI, S. M. N. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família – elemento analisador da qualidade do cuidado prestado?** 2006. 126f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e singularidades**. 1999. 236 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. ; RIMOLI, J.; FRANCO,T.B.; BUENO,W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-133.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial**. Campinas, 1999. Mimeografado.
- FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Perfil Municipal**, 2007. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em: 25 mai. 2007.
- GIORGIANE, I. G. **Atuação do enfermeiro na assistência pré-natal: Programa de Saúde da Família**. 2003. 35f. Trabalho apresentado para obtenção do grau de especialista – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.
- GONÇALVES, M. L. **Participação social no sistema único de saúde: a experiência de conselho municipal de saúde da Ribeirão Preto –SP**. 1999. 296f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia do processo de trabalho na rede estadual de centros de São Paulo. In:_____.**Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 125-206.
- HAGUETTE, T. M. F. Observação participante. In: _____.**Metodologias qualitativas na sociologia**. Vozes: Petrópolis, 1999. p. 66-78.

- LEITE, J. C. A. **O Trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família:** em busca da interdisciplinaridade. 2001. 243f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
- LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Rev. Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar./ago. 2005.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **A pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.
- MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunc. Saúde**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, set. 2004 / fev. 2005.
- MEGHNAGI, S. A competência profissional como tema de pesquisa. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 64, p. 50 -86, set. 1998.
- MENDES, E. V. (org). **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ed. São Paulo, Hucitec-ABRASCO, 1994.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997, p. 71-112.
- _____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.D.; MERHY, E.E. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte.** Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 269 p.
- MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto.** 1995. 355f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.
- MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família.** 2003. 154f. Tese (Livre docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea:** a ciência e a arte de ser dirigente. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- MOURA, E. R. F. **Assistência ao planejamento familiar na perspectiva de usuárias e enfermeiros do programa saúde da família.** 2003. 136f. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Ceará. Tese (Doutorado), Ceará. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

- MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S.; SILVA, R. M. Perfil das enfermeiras que atuam no programa de saúde da família em um microregião do Ceará, Brasil. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 49-56, abr. 2003.
- NASCIMENTO, A. M. ; BRAGA, V. A. B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia – CE. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 84-93, jan.-jun., 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE / UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Conferência de Alma Ata, 1978: relatório. Brasília, 1979 (relatório).
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovacao da Atenção Primaria nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS8, 2005.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. O trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. et al. (coord.) **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. P.108-124.
- RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Rev. Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 7-26, maio 2001.
- _____. **A pedagogia das competências: autonomia e adaptação?** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002. 320 p.
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto**. 2005-2008. Janise Braga Barros Ferreira (coord.) Ribeirão Preto, 2005.
- RIBEIRO, E. C. O.; LIMA, V. V. Competências profissionais e mudanças na formação. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 47-52, abr./jun.2003.
- ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p.709-714, out. 2002.
- RODRIGUES; B. M. R. D.; HENRIQUES, R. L. M.; MACEDO, M. C. S. O enfermeiro na saúde da família: descobrindo os saberes do seu fazer. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 70-75, 2003.
- SANTOS, P. F. B. B. **O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa de Saúde da Família na cidade de Campina Grande – PB: à luz da história oral temática**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.
- SILVA, E. M. **Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local**. 1997. 308f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

- SOUSA, K. K. B.; FERREIRA FILHA, M. O.; SILVA, A. T. M. C. A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na Atenção à Saúde Mental. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 14-22, jul.-dez, 2004.
- TAKAHASHI, R. T.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos físicos e materiais. In: KURCGANT, P. et al.(coord). **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 185-194.
- TANAKA, O. Y. ; MELO, C. Como avaliar serviços de saúde?. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 3, p. 79-82, jul./set. 2003.
- TEIXEIRA, R. A. **O trabalho da enfermeira na saúde da família: potência de (re)construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho da enfermagem?** 2002. 152f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde – a assistência à saúde da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 53, n.2, p. 193-200, abr./jun. 2000.
- TEIXEIRA, R. A. ; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no programa de saúde da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 386-400, jul./set.2000.
- TRIVIÑOS, A . N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.
- VASCONCELLOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 155-172.
- VASCONCELOS, A. C. ; MOURA, E. R. F. Percepção do papel desempenhado pela enfermeira de um PSF: segundo a ótica do usuário. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.4, n. 1, p. 9-16, jan.-jun. 2003.
- VENANCIO, V. R. **O enfermeiro no programa de saúde da família: reflexões sobre sua atuação na perspectiva da teoria da contingência**. 98f. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2003.
- VILLA, T. C. S.; MISHIMA, S. M.M.; ROCHA, S. M. M. Os agentes de enfermagem nas práticas sanitárias paulistas: do modelo bacteriológico a programação em saúde (1889 – 1983). **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 73-85, jul.1994.
- WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos em enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 4, n. 56, p. 433-438, jul./ago. 2003.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Informado para a Observação

Prezado(a)Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa “*Competências necessárias ao trabalho do enfermeiro na Saúde da Família*”. Este projeto tem como temática a prática dos enfermeiros no contexto de implantação e implementação da Saúde da Família, tendo como objetivo central analisar as competências necessárias à atuação do enfermeiro na Saúde da Família.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação autorizando a observação de seu trabalho durante sua jornada de trabalho por uma semana.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. Os dados provenientes da observação e as informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais registros das observações; ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Caso haja sua permissão, as observações serão registradas, sendo que após a análise de seu conteúdo, as mesmas serão destruídas.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa.

Atenciosamente.

Dr^a Silvana Martins Mishima

Professor Associado junto ao
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto – USP
Orientadora
smishima@eerp.usp.br
Telefone para contato: (16) 3602-3951te

Lauren Suemi Kawata

Aluna do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Pesquisadora do Projeto
lsuemi@hotmail.com
Telefone para contato: (16) 3602-3951te

Eu, _____, autorizo a observação de meu trabalho durante minha jornada de trabalho por uma semana como parte do projeto de pesquisa Competências necessárias ao trabalho do enfermeiro na Saúde da Família, e estou ciente de que a observação será registrada e terá seus resultados tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade para a retirada deste consentimento.

_____, _____ de _____ de 2006.

Assinatura

APÊNDICE B**Caracterização dos enfermeiros****Identificação**

Idade: _____

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Município em que mora: _____

Nível de instrução: Somente graduação - Ano de conclusão de curso: _____

☐	Especialização - Área: _____	Ano de conclusão: _____
☐	Mestrado - Área: _____	Ano de conclusão: _____
☐	Doutorado - Área: _____	Ano de conclusão: _____

Tempo em que exerce a profissão: _____

Tempo em que trabalha neste PSF: _____

Você já trabalhou anteriormente no PSF?

☐ Não ☐ Sim

Onde _____

Duração _____

Você já trabalhou na área da saúde antes de vir para o PSF?

☐ Não ☐ Sim

Onde _____

Duração _____

Forma de seleção: _____

Modalidade de contratação: _____

Renda mensal aproximada:

☐ 1 – 4 SM*☐ 4 – 8 SM☐ 8 – 12 SM☐ 12 – 16 SM☐ 16 – 20 SM

* SM: Salário Mínimo (R\$350,00)

APÊNDICE C

Roteiro para a observação

Unidade de Saúde:

Data da observação:

Período: Manhã () – Início: _____

Término: _____

Tarde () – Início: _____

Término: _____

1. Atividades realizadas

- quais atividades
- conteúdo
- forma de realização
- recursos necessários

2. Comunicação

- verbal: clareza, coordenação de idéias, tonalidade de voz, conteúdo, coerência
- não verbal: expressão facial e corporal
- presença de barreiras (físicas, ruídos, barulhos)

3. Interação

- com equipe/usuário
- contato corporal
- presença de barreiras

4. Tomada de decisão

- prioriza situação de risco
- leva em conta, aparentemente, princípios do SUS (como integralidade, regionalização, hierarquização)
- recruta auxílio de outros profissionais

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP-CSE-FMRP-USP

Ribeirão Preto, 12 de maio de 2006

Of. N° 242/06/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-CEP/CSE-FMRP-USP, recebeu nesta data, parecer de aprovação do Senhor Relator, referente ao Projeto de Pesquisa: "**Competências necessárias ao trabalho do enfermeiro na Saúde da Família**". Protocolo nº 0192/CEP/CSE-FMRP-USP, que está sendo orientado por V.Sª e pela orientanda Lauren Suemi Kawata, foi pelo senhor coordenador do CEP, **aprovado ad referendum**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa o relatório final da pesquisa.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

Departamento de Enfermagem, Materno Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.