UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LAUREN SUEMI KAWATA

Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família – a construção da
competência no processo de trabalho

Ribeirão Preto
2011

LAUREN SUEMI KAWATA

Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família – a construção da
competência no processo de trabalho

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Enfermagem em Saúde Pública.

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto
2011

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 desempenhos da enfermeira na Saúde da Família – a construção da competência no processo de trabalho. Ribeirão Preto, 2011.

188 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, 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. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde. 3. Enfermagem de Atenção Primária. 4. Enfermagem em Saúde Pública. 5. Atenção Primária à Saúde

KAWATA, Lauren Suemi

Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família – a construção da competência no processo de trabalho

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Enfermagem em Saúde Pública.

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

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima

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

Prof Dr

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr

Instituição: _____ Assinatura: _____

A todos que vivenciam o cotidiano do trabalho na Atenção Básica e acreditam nas potencialidades de reorganizar a rede de serviços da saúde, com a construção de um Sistema em *Defesa da Vida*.

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Tadami e Laurinda, pelos ensinamentos que sustentaram meus princípios de vida, por terem proporcionado os estudos que foram essenciais para o alcance de minha atual formação pessoal e profissional e, sobretudo, por terem constituído uma família permeada por respeito, amor e dedicação.

À Silvana Mishima, por ter acompanhado toda minha formação desde a iniciação científica, acreditando nas minhas possibilidades e sempre proporcionando liberdade para minhas escolhas profissionais diante das oportunidades.

Ao Eduardo, meu marido, pela disposição em ajudar no processo de desenvolvimento desta tese, principalmente quanto ao uso de tecnologias para a formatação da mesma, e, acima de tudo, pelo companheirismo presente em minha vida com amor, paciência e atenção.

Aos meus irmãos, Leandro e Marcel, pelos exemplos de esforço e de dedicação na busca de satisfação profissional e pessoal.

À Mara Quaglio Chirelli, pela disponibilidade em contribuir nas discussões dessa pesquisa, compartilhando seu conhecimento, sempre de modo atencioso.

À Zezé Bistafa, à Silvia Matumoto e à Cinira Fortuna, pelas oportunidades de realizarmos um trabalho conjunto no desenvolvimento de pesquisas que possam se constituir em dispositivos que contribuam para melhorias dos serviços de saúde, em especial, na atenção básica.

À Divisão de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, por ter viabilizado a parceria para a realização das Oficinas de Trabalho, acreditando no potencial dos encontros e na importância da interface pesquisa e serviço.

Às enfermeiras que participaram desta investigação, por tornarem possível o desenvolvimento dessa pesquisa.

Ao João, à Ana Helena e à Tia Isa, pelo carinho, atenção e acolhimento.

Às amigas que estiveram próximas durante o período de realização do doutorado, em especial, à: Cristiane Say, Carol Campos e Vanessa Paula, pela convivência e o apoio.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, pela oportunidade de realizar o doutorado.

Ao CNPQ e à CAPES, pelo apoio financeiro concedido para o desenvolvimento desta pesquisa.

A Biblioteca Central de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela revisão da formatação das referências bibliográficas.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa, minha eterna gratidão!!!

RESUMO

KAWATA, L. S. Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família – a construção de competência no processo de trabalho. 2011. 188 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O trabalho da enfermeira pressupõe a compreensão da enfermagem enquanto prática social realizada a partir de necessidades de saúde em determinada época e espaço. No atual momento de reorientação do modelo assistencial, a Estratégia Saúde da Família (ESF) consiste em um campo de atuação para a enfermeira, de modo que a identificação dos desempenhos realizados por essa trabalhadora para o desenvolvimento das ações, com uma aproximação a seus determinantes, possibilita entender como o trabalho vem ocorrendo no cotidiano, assim como as potencialidades e dificuldades de sua transformação. Seguindo os referenciais teóricos do processo de trabalho em saúde e competência dialógica, este estudo qualitativo objetivou analisar e validar os desempenhos presentes nas ações das enfermeiras na Atenção Básica (AB) com foco na ESF, em relação ao cuidado individual, cuidado coletivo e organização e gestão para o cuidado. A metodologia foi construída a partir da compreensão de validação como o processo de confirmação dos desempenhos observados, pelas enfermeiras que atuam no espaço específico da rede de AB do município de Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil. Os sujeitos foram enfermeiras da ESF e da rede de AB do município estudado, as quais assumiram a função de juízes neste processo de validação. Para o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizada a técnica da observação participante para identificar e analisar os desempenhos apresentados nas ações das enfermeiras nas situações do cotidiano. Posteriormente, entrevistas semiestruturadas e Oficina de Trabalho foram realizadas a fim buscar a validação dos desempenhos e uma aproximação aos determinantes dos mesmos. A análise do material empírico, mediante análise de conteúdo, usando a técnica de análise temática, construiu-se em processo, de modo que, ao final de cada etapa, o material analisado foi apresentado às enfermeiras para apreciação. Em relação à gestão, os resultados mostraram a identificação e validação dos desempenhos para as ações de: supervisão, trabalho em equipe, controle social, organização do trabalho, coordenação e planejamento. Para o cuidado individual e para cuidado coletivo, foi possível identificar e validar os desempenhos para as ações em: consulta de enfermagem, visita domiciliar, avaliação com classificação de risco, monitoramento e avaliação de vacina/reação adversa à vacina, atendimento para grupos educativos com indivíduos vulneráveis, vigilância epidemiológica. Os desempenhos descritos e validados evidenciaram que as enfermeiras utilizam diferentes estratégias de cuidado e mobilizam um conjunto amplo de atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) articulados de acordo com as finalidades das ações. Mostraram também que a gestão do trabalho é centralizada nas enfermeiras. A falta de formação em algumas áreas, a dinâmica do trabalho em equipe desenvolvida na ESF, as definições de trabalho realizadas pela secretaria municipal de saúde, a cultura dos usuários e a infraestrutura foram citadas e/ou discutidas como possíveis determinantes dos desempenhos das enfermeiras captados. Concluímos que o trabalho da enfermeira na ESF tem potência para contribuir na reorganização da assistência a partir da atenção básica.

Palavras-chave: Competência Profissional, Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde, Enfermagem de Atenção Primária, Enfermagem em Saúde Pública, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

KAWATA, L. S. **Performances of nurses in the Family Health Strategy - building competence in the work process.** 2011. 188 f. Thesis (Ph.D.) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The nurse's work requires the understanding of nursing as a social practice conducted in view of health needs at a given time and space. At the current moment of reorienting the care model, the Family Health Strategy consists of a field for the nurse, so that the identification of the performance conducted by that professional for the development of actions, with an approach to its determinants, makes it possible to understand how the work is occurring in everyday life as well as the potentialities and difficulties of its transformation. Following the theoretical of the work process in health and dialogical competence, this study aimed to analyze and validate the performance present in the actions of nurses in Primary Care focused on the Family Health Strategy, in relation to individual care, collective care, organization and management of care. The methodology was built upon the understanding of validation as the process of confirming the observed performance of nurses who work in the specific space of the Primary Care Network in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil. Subjects were nurses from the Family Health Strategy and Primary Care Network who assumed the role of judges in this validation process. For the development of research, it was used the technique of participant observation to identify and analyze the performance showed in the actions of nurses in daily situations. Subsequently, semi-structured interviews and workshops were carried out to seek the validation of performance and an approach to examine the determinants of performance. The empirical data analysis through content analysis, using the technique of thematic analysis, was constructed in process, and at the end of each stage, the analyzed material was submitted for the appreciation of nurses. Regarding management, results showed the identification and validation of performance for actions of supervision, teamwork, social control, work organization, coordination, and planning. Related to the individual and collective care, it was possible to identify and validate the performance for actions of nursing visits, home visits, evaluation with risk classification, monitoring, and evaluation of vaccine/adverse reaction to the vaccine, attendance for educational groups with vulnerable individuals, and epidemiological surveillance. The described and validated performances evidenced that nurses use different care strategies and mobilize a broad set of attributes (knowledge, skills and attitudes) articulated in accordance with the purposes of action. They also showed that work management is centralized in nurses. Lack of training in some areas, dynamics of teamwork developed in the Family Health Strategy, definitions of work by the Municipal Health Secretariat, culture of the users, and infrastructure have been cited and/or discussed as possible determinants of the performance of nurses. It was concluded that the nurse's work in the Family Health Strategy has the potential to contribute to the reorganization of care from primary care.

Keywords: Professional Competence, Health Knowledge, Attitudes, Practice, Primary Care Nursing, Public Health Nursing, Primary Health Care.

RESUMEN

KAWATA, L. S. Los desempeños de la enfermera en Salud de la Familia - Construcción de competencia en el proceso de trabajo. 2011. 188 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2011.

El trabajo de enfermería presupone la comprensión de la enfermería desde el punto de vista social realizado a partir de las necesidades de salud en determinada época y espacio. En el momento actual de re-orientación del modelo asistencial, la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), consiste en un campo de actuación para esa profesional, de forma que la identificación de los desempeños realizados por esa profesional para el desarrollo de las tareas, con aproximación a sus determinantes, permite entender como el trabajo es desarrollado cotidianamente, así como también las potencialidades y dificultades de su transformación. Siguiendo los referenciales teóricos del proceso de trabajo en salud y competencia dialógica, este estudio cualitativo objetivó analizar y validar los desempeños presentes de las acciones del personal de enfermería en la Atención Básica (AB) con foco en la ESF, en relación a cuidado individual, cuidado colectivo y organización y gestión para el cuidado. La metodología fue construida a partir de la comprensión de la validación como proceso de confirmación de los desempeños observados, por las enfermeras que actúan en el espacio específico de la red de AB del Municipio de Ribeirao Preto – Sao Paulo – Brasil. Los sujetos fueron enfermeras de la ESF y la red de AB del municipio estudiado, las que asumieron el papel de jueces en este proceso de validación. Para el desarrollo del estudio, fue utilizada la técnica de observación participante para identificar y analizar los desempeños presentados en las acciones de las enfermeras en situaciones cotidianas. Posteriormente, entrevistas semi-estructuradas y oficina de trabajo fueron realizadas con el fin de validar los desempeños y aproximar a los determinantes de los mismos. El análisis del material empírico, realizado mediante análisis del contenido, usando la técnica de análisis temática, se construyó en proceso, de forma que, al final de cada etapa, el material analizado fue presentado a los profesionales de enfermería para su apreciación. En relación a gestión, los resultados muestran la identificación y validación de los desempeños para las acciones de: supervisión, trabajo en equipo, control social, organización del trabajo, coordinación y planificación. Para el cuidado individual y para el cuidado colectivo, fue posible identificar y validar los desempeños para las acciones en: consulta de enfermería, visita domiciliar, evaluación con clasificación de riesgo, seguimiento y evaluación de vacuna/reacción adversa a la vacuna, atención para grupos educativos con individuos vulnerables, vigilancia epidemiológica. Los desempeños descritos y validados evidenciaron que las enfermeras utilizan diferentes estrategias de cuidado y movilizan un conjunto amplio de atributos articulados de acuerdo con la finalidad de las acciones. Evidenciaron también que la gestión del trabajo es centralizada en las enfermeras. La falta de formación en algunas áreas, la dinámica del trabajo en equipo desarrollada en la ESF, las definiciones de trabajo realizadas por la secretaria municipal de salud, la cultura de los usuarios y la infraestructura fueron citadas y/o discutidas como posibles determinantes de los desempeños de las enfermeras captados. Se concluye que el trabajo de enfermería en la ESF tiene potencial para contribuir en la reorganización de la asistencia a partir de la atención básica.

Palabras clave: Competencia Profesional, Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud, Enfermería de Atención Primaria, Enfermería en Salud Pública, Atención Primaria de Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura Física da Rede de Atenção Básica e Especializada de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 201130

Quadro 2 – Distribuição numérica das equipes de Saúde da Família por região Distrital no município de Ribeirão Preto para o ano de 2009. Ribeirão Preto, 201131

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS ADOTADAS

ACS(s)	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSE	Centro de Saúde Escola
DRS	Departamento Regional de Saúde
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
HC	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
NOB	Norma Operacional Básica
NUPESCO	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS-RP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS(s)	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
UBDS(s)	Unidade(s) Básica(s) e Distrital(is) de Saúde
USF(s)	Unidade(s) de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar
VE	Vigilância Epidemiológica

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 De quê competência estamos falando? Discutir competência para quê?	16
1.2 O processo de trabalho e a competência dialógica.....	21
1.3 O trabalho da enfermeira na Saúde da Família: revisão de literatura.....	22
1.4 Objetivos	27
1.4.1 Objetivo geral.....	27
1.4.2 Objetivos específicos	27
2 PERCURSO DA PESQUISA	28
2.1 O campo e o cenário da pesquisa.....	29
2.2 Coleta de dados – os sujeitos, as técnicas e os instrumentos da pesquisa.....	33
2.2.1 Observação participante do trabalho da enfermeira.....	33
2.2.2 As entrevistas semiestruturadas.....	35
2.2.3 A Oficina de Trabalho com enfermeiras da Atenção Básica.....	37
2.3 Análise dos dados	41
3 EXPLORANDO O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA SAÚDE DA FAMÍLIA	43
3.1 Organização e gestão para o cuidado	43
3.1.1 A supervisão como instrumento de controle e educação	44
3.1.2 O trabalho em equipe na Saúde da Família	46
3.1.3 O controle social no processo de gestão.....	49
3.1.4 A organização do trabalho para a produção do cuidado.....	53
3.1.5 Coordenação e planejamento do trabalho.....	57
3.2 O cuidado individual e o cuidado coletivo	60
3.2.1 Consulta de enfermagem nos diferentes ciclos de vida.....	63
3.2.2 A visita domiciliar como estratégia para o cuidado	77
3.2.3 Avaliação com classificação de risco	82
3.2.4 Monitoramento e avaliação de vacina/reação adversa à vacina	88
3.2.5 Realização de atendimento para grupos educativos com indivíduos vulneráveis	91
3.2.6 Ações de vigilância epidemiológica.....	93
4 O TRABALHO SEGUNDO A ÓTICA DAS ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA COM FOCO NA SAÚDE DA FAMÍLIA – VALIDANDO OS DESEMPENHOS IDENTIFICADOS.....	96
4.1 Estratégias do cuidado	97
4.1.1 Acolhimento: reduzindo ou ampliando a ação da enfermeira?	98
4.1.2 Consulta de enfermagem: dificuldades e possibilidades	100
4.1.3 Visita domiciliar: construindo o cuidado no domicílio	107
4.1.4 O desenvolvimento de grupos pela enfermeira.....	111
4.2 Ferramentas para o trabalho	114
4.2.1 Conhecimento e aprendizado - processos permanentes no cotidiano de trabalho	114
4.2.2 Tomada de decisão: compartilhada ou centralizada.....	119
4.2.3 Protocolos para a sistematização da clínica da enfermeira.....	123
4.2.4 Supervisão como instrumento de controle e de educação	125
4.2.5 Controle social – ferramenta incipiente na Atenção Básica	128
4.3 Reconfigurando o trabalho e construindo possibilidades de qualificação do trabalho	134
4.3.1 A árdua construção do trabalho em equipe	134
4.3.2 Clínica ampliada: possibilidade de qualificação da atenção ao usuário.....	141

4.4 Organização e gestão	142
4.4.1 A infraestrutura necessária para o trabalho na Atenção Básica	143
4.4. 3 Centralização da gestão na enfermeira	145
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
REFERÊNCIAS	151
APÊNDICES	167
ANEXOS	187

APRESENTAÇÃO

Este estudo dá continuidade à investigação *Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial*, que se constituiu em minha dissertação de mestrado defendida em 2007. O desenvolvimento do estudo de mestrado levantou a necessidade de ampliar o conjunto de atributos, identificando também aqueles mobilizados para o cuidado individual e coletivo, visando um movimento de conhecer o trabalho desenvolvido por esta trabalhadora na Atenção Básica¹ e, num segundo momento, junto com as enfermeiras que atuam neste campo e mais especificamente na estratégia de Saúde da Família buscar a validação² desse conjunto.

Assim, o movimento que aqui empreendi visa compreender por que os desempenhos se caracterizam dessa forma e buscar a construção da competência para o cuidado individual, coletivo e organização e gestão para a Atenção Básica e, mais especificamente, para a Saúde da Família, seguindo os conceitos teóricos de competência dialógica que relaciona o mundo do trabalho com a formação.

O interesse e a motivação na Estratégia Saúde da Família (ESF) como contexto de pesquisa foram despertados desde a graduação em enfermagem, período em que vivenciei a prática do trabalho da equipe de Saúde da Família por meio da realização tanto de atividades curriculares como também extracurriculares (estágios e iniciação científica). Desse modo, o desenvolvimento dessas atividades possibilitou uma maior aproximação ao trabalho da enfermeira, instigando a formulação de questionamentos e reflexões sobre a configuração do trabalho desta profissional.

Diante da apresentação delineada, este estudo tem as seguintes questões como disparadoras: Quais as ações desenvolvidas pela enfermeira na Atenção Básica no cenário específico da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto? Quais os desempenhos da enfermeira na Atenção Básica com foco na Saúde da Família? Ou seja, o que (conhecimentos, habilidades e atitudes) a enfermeira mobiliza para desenvolver estas ações e por que assumem esta configuração?

Justifica-se tal estudo em função da Estratégia de Saúde da Família, lançada pelo Ministério da Saúde em 1994, com a finalidade de reordenar o modelo de atenção, ter se conformado como uma nova oportunidade de atuação para a enfermeira na Atenção Básica no

¹ Aqui se utiliza a terminologia Atenção Básica como sinônima de Atenção Primária de Saúde - APS.

² Validação esta sendo considerada nesta investigação como o processo de confirmação dos desempenhos identificados mediante a observação da prática, pelas enfermeiras que atuam no espaço específico da rede de Atenção Básica do município de Ribeirão Preto.

Brasil. Atualmente, constitui-se em uma estratégia em expansão devido ao crescimento expressivo do número de equipes em todo o país, fato que pode comprovar a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios.

Dessa forma, na presente investigação, inicio a introdução trazendo a estratégia Saúde da Família como o contexto da investigação. Posteriormente, apresento a origem do conceito da competência, especificando a opção pela competência dialógica, indicando sua relação com o processo de trabalho em saúde e em enfermagem. E ainda, realizo uma breve revisão de literatura, a fim de identificar como essa temática vem sendo desenvolvida cientificamente na área da enfermagem.

Em seguida, apresento o objetivo do estudo que se volta a analisar e validar os desempenhos presentes nas ações das enfermeiras na Atenção Básica com foco na Estratégia Saúde da Família, em relação ao cuidado individual, cuidado coletivo e organização e gestão para o cuidado.

No segundo capítulo trago o percurso metodológico construído a partir da compreensão de validação como o processo de confirmação dos desempenhos identificados (mediante a observação da prática) pelas enfermeiras que atuam no espaço específico da rede de Atenção Básica do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Ressalto que as enfermeiras assumiram a função de juízes neste processo de validação. O desenvolvimento da pesquisa foi constituído por três etapas, de forma que, para identificação e análise dos desempenhos apresentados nas ações das enfermeiras nas situações do cotidiano na ESF, foi utilizada a técnica da observação participante de uma semana típica de trabalho. Posteriormente, visando à validação dos desempenhos e uma aproximação aos determinantes dos mesmos, entrevistas semiestruturadas e Oficina de Trabalho foram realizadas.

A análise do material empírico é apresentada nos capítulos 3 e 4, onde apresento a análise das observações do trabalho da enfermeira, apontando os atributos mobilizados por esta no seu dia a dia, e os desempenhos identificados; bem como os resultados do processo de validação dos desempenhos e uma aproximação aos determinantes deste processo na fala das enfermeiras sujeitos da investigação.

Para finalizar, no último capítulo, trago as considerações finais que apontam a conclusão dos resultados apresentados, tendo em vista limitações e possibilidades presentes no desenvolvimento dessa investigação.

1 INTRODUÇÃO

No contexto de implementação do Sistema Único de Saúde - SUS há, atualmente, a necessidade de se realizar uma reflexão acerca do processo de trabalho desenvolvido nos serviços de saúde, articulando a relação mundo do trabalho com a formação de profissionais para o desenvolvimento de práticas profissionais.

Desse modo, investigações que se pautem na identificação das ações realizadas pelos trabalhadores de saúde, buscando compreender seus determinantes, merecem reconhecimento, pois visam entender como o trabalho vem sendo desenvolvido no cotidiano dos serviços de saúde, assim como as potencialidades e dificuldades de sua transformação, face às demandas que se apresentam para a produção de cuidados de saúde no contexto contemporâneo.

Seguindo esta perspectiva, este estudo propõe uma continuidade da investigação anterior (KAWATA, 2007), na qual buscamos identificar e analisar os atributos presentes no trabalho das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família (ESF), tentando viabilizar uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial, seguindo os conceitos teóricos da competência dialógica (KAWATA et al., 2009).

Assim, para a presente investigação, propomos, em um primeiro momento, ampliar a análise do conjunto de atributos presentes no trabalho das enfermeiras na ESF, identificando aqueles presentes nas áreas do cuidado individual e coletivo, a fim de, posteriormente, realizarmos a validação junto com as enfermeiras desse conjunto de atributos que compõem os desempenhos pertencentes às três áreas de competência (cuidado individual, cuidado coletivo e gestão e organização para o cuidado), buscando compreender como as ações se constituem e por que se configuram de um determinado modo, tomando por contexto o processo de trabalho na ESF.

Nesse momento, ressaltamos que a ESF foi escolhida como cenário do estudo, pois consiste em uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde na atenção básica, implantada em 1994 pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de reorientação desse nível de atenção. Desse modo, a ESF tem se conformado como um novo campo de atuação para a enfermeira na atenção básica no país, considerando que já que existem 31.981 equipes de Saúde da Família, implantadas em 5.279 municípios brasileiros³.

O campo da atenção básica/Saúde da Família encontra-se assentado sob as premissas da Atenção Primária à Saúde - APS e requer a organização do processo de trabalho considerando aspectos importantes tais como: a constituição da porta de entrada ao sistema de saúde, que apresente resolubilidade e capacidade de enfrentamento dos problemas e necessidades dos

³ <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico> acesso em 18 de junho de 2011.

usuários; a longitudinalidade e a coordenação das ações, permitindo a continuidade da atenção e o estabelecimento de ações a partir da atenção básica, integradas e oferecidas de forma integral em qualquer nível do sistema; o foco na família e a orientação para o trabalho no território e o trabalho em equipe.

Ainda, é importante destacarmos que, nesse contexto, estamos compreendendo Atenção Básica conforme a portaria nº 648 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, e que explicita que 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 (BRASIL, 2006a, p.12).

A partir desta definição, consideramos necessário que a enfermeira atuante na atenção básica, no cotidiano de seu trabalho, mobilize um conjunto de conhecimentos, apresente habilidades e tenha atitudes de desenvolver ações, buscando a viabilização dos fundamentos da atenção básica, ou seja, promovendo ações que permitam o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, sustentando uma prática de enfermagem que vise à integralidade. Desse modo, de acordo com a portaria nº 648 (BRASIL, 2006a), é esperado que a enfermeira realize avaliação sistemática do serviço de saúde, possibilite relações de vínculo com o usuário e a família, valorize a responsabilização em equipe e estimule o controle social.

Ainda, é importante salientarmos que, no processo de trabalho na ESF, a enfermeira como membro constituinte da equipe multiprofissional e interdisciplinar deve também atuar com foco na família inserida em seu território, utilizando a vigilância à saúde, viabilizando a construção de cidadania, seguindo ainda os princípios da atenção básica: universalização, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Assim, ao realizarmos a construção da competência da enfermeira para o cuidado individual, cuidado coletivo e para a gestão na ESF, estaremos remetendo e articulando estas implicitamente à resolutividade na atenção básica, já que, segundo Franco e Magalhães Júnior (2003), o reconhecimento técnico e o saber instrumental dos profissionais são fatores

relacionados à resolutividade. Nessa perspectiva, acreditamos que esse estudo também poderá possibilitar o desenvolvimento de diálogo com o projeto proposto pelo município e a política local acerca de como vem se constituindo o mundo do trabalho na atenção básica, com caráter de formação reflexiva sobre o processo de trabalho em saúde.

Adicionalmente, o movimento perseguido nesta investigação foi de ampliarmos o olhar para o conjunto de atributos da enfermeira na ESF, identificando os desempenhos para o cuidado coletivo, individual e a gestão. Este movimento nos permitiu uma maior aproximação ao dia a dia das enfermeiras e a compreensão das estratégias voltadas à produção do cuidado desenvolvido por esta trabalhadora, bem como da utilização de tecnologias na ação, ou seja, as leves (isto é, tecnologias das relações e de processo intercessores), as leves-duras (conceituadas como o conhecimento técnico, o conjunto de saberes que permite o trabalho em saúde) e as duras (equipamentos e todo maquinário em saúde) na atenção básica (MERHY, 1997), conforme preconizado pela portaria nº 648 (BRASIL, 2006a).

Desta forma, algumas questões se mostram como direcionadoras da pesquisa em pauta e mesmo correndo o risco da repetição, é importante que sejam aqui novamente trazidas:

- Quais as ações desenvolvidas pela enfermeira na Atenção Básica no cenário específico da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto?
- Quais os desempenhos da enfermeira na Atenção Básica com foco na Saúde da Família?
- Por que estes desempenhos assumem esta configuração?

Acreditamos que o desenvolvimento e os resultados desse estudo podem ainda auxiliar a construção de projetos político-pedagógicos cujos objetivos sejam a formação de enfermeiras com conhecimentos, habilidades e atitudes contemporâneas no contexto de atuação na implementação do SUS, pois, segundo Witt e Almeida (2003), a construção desses projetos somente será viabilizada se existir uma discussão sobre as transformações vigentes no mundo de trabalho, de suas consequências e das possibilidades visualizadas pelos diferentes atores envolvidos nesse processo. Além disso, ressaltamos que o processo de aquisição de conhecimentos é (re)construído e re(elaborado) de maneira relacionada à realidade, sendo a experiência “um elemento veiculante da construção do conhecimento” e “vinculada ao contexto social” (MEGHNAGI, 1998, p.62).

1.1 De quê competência estamos falando? Discutir competência para quê?

A concepção de competência surgiu relacionada à indústria, em decorrência à crise do conceito de qualificação desencadeada pelo processo de globalização, competitividade, necessidade de aumento de produção, avanço e implantação de novas tecnologias que requerem trabalhadores flexíveis e adaptados ao mercado de trabalho.

Desse modo, destacamos que ocorreu um deslocamento do conceito de qualificação para a definição de competência, sendo apontadas duas vertentes para esse fato. A primeira relaciona o deslocamento 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 que possibilitam relacionamento entre as pessoas, com a incorporação de uma abordagem subjetiva.

Assim, essas vertentes provocam uma polarização que vem sendo traduzida em muitos significados de competência que 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).

Após o surgimento do conceito de competência relacionado à indústria, no atual contexto de transformações de prática social e do trabalho, a área da Educação volta a atenção para o processo e para aspectos de formação e avaliação por competências, desenvolvendo uma experiência de Reforma da Educação Profissional promovida pelo Ministério da Educação em parceria com Instituições Federais de Ensino Tecnológico e Sistemas de Ensino de Unidades Federadas (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT), 2002). Destacamos que essa Reforma ocorre em decorrência da necessidade da estrutura educacional atender às diferentes situações de tempo e espaço, considerando as tendências e as exigências de mercado, além das transformações tecnológicas (OIT, 2002).

Nesse contexto, ao nos determos na literatura educacional, são observadas distintas abordagens de competência.

Segundo Ramos (2002, p.90), a abordagem denominada *Condutivista* advém da estrutura comportamentalista originária dos 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”, destacando os resultados esperados.

Ainda, esta autora afirma 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 a competência dialógica, considerada holística, que 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.” Ainda, é importante ressaltarmos que a competência dialógica também considera os valores e a ética no desenvolvimento da ação (RAMOS, 2002).

É na construção dessa última abordagem que se pode relacionar o mundo do trabalho (local onde se desenvolve a prática) e a formação para o desenvolvimento de práticas profissionais (LIMA, 2005; RIBEIRO; LIMA, 2003). Consideramos relevante a referida relação, já que o mundo do trabalho envolve processos de produção de bens, de conhecimentos e de serviços que, “pelo menos em seus propósitos, visam à melhoria da qualidade de vida humana” (OIT, 2002, p.27).

Nesse momento, é importante salientarmos que, no Brasil, as políticas educacionais tem considerado a função da educação profissional na transição entre escola e mundo do trabalho, de forma que jovens e adultos adquiram conhecimentos e desenvolvam habilidades para o exercício da cidadania e das atividades produtivas (OIT, 2002).

Ainda no movimento educacional, segundo Lima (2005)

[...] é na ação, no desempenho perante as situações da prática que o estudante pode utilizar conhecimentos e habilidade ressignificados 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.

De acordo com Hager e Gonczi (1996), a competência é a capacidade de mobilizar, de diversas formas, uma complexa rede de atributos na ação, para solucionar com pertinência e sucesso uma série de situações da prática profissional.

Neste sentido, a competência não é observada diretamente, mas sim é inferida pelo desempenho que consiste (LIMA, 2005) em “uma combinação de atributos que fundamentam a realização de tarefas profissionais” (DUARTE et al., 2005, p.13). Segundo Meghnagi (1998, p.50), 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.”

Consideramos que os conhecimentos que compõem os atributos do desempenho são passíveis de modificação com o decorrer do tempo, e por isso, destacamos que a construção de competência deve relacionar-se à capacidade de busca de novos conhecimentos, ou seja, deve envolver o processo de aprender a aprender (OIT, 2002).

Mesmo correndo o risco da repetição, é importante trazermos 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.

Como já apontamos, a Atenção Básica tem se constituído em um campo de atuação que se volta ao desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, por meio de práticas gerenciais participativas, e tem se caracterizado pela ampliação das possibilidades de trabalho para o conjunto dos trabalhadores de saúde, em particular os trabalhadores de enfermagem.

Este campo, contudo, não se restringe às ações específicas da saúde pública tradicional, mas vem comportando, em função do processo de descentralização, uma revisão das práticas aí desenvolvidas, uma vez que implica no conjunto de saberes e práticas que considerem a necessidade da organização da atenção e dos serviços de saúde articulando três diretrizes: 1. Ações voltadas à saúde pública; 2. Ampliação da eficácia das práticas clínicas (clínica ampliada) sustentada em vínculos terapêuticos e responsabilização por problemas presentes num dado território; 3. Atendimento de demandas espontâneas, por meio de práticas de acolhimento, compreendido então como tecnologia de ação sanitária que só teria sentido e eficácia se articulada à clínica programada e ações sobre o território (vigilância) (CAMPOS, 2007; COELHO, 2007).

Isto implica certamente em um movimento de repensar as práticas de cuidado e de gestão e organização deste cuidado na atenção básica.

Aqui partimos do entendimento de que o cuidado consiste em um processo que envolve interação (variável em suas características e intensidade) e ocorre de acordo com um contexto. Portanto, não segue um modelo rígido e linear, mas sim compreende o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos desenvolvidos com base em conhecimentos científicos, experiências e pensamento crítico. Com isso, aqueles que cuidam necessitam apresentar conhecimentos, habilidades técnicas, intuição e sensibilidade (WALDOW, 2004).

Considerando que, na Atenção Básica, o cuidado prestado agrega tanto situações de doenças quanto vulnerabilidades e risco, os trabalhadores precisam articular atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) de forma que o cuidado desenvolvido estimule a criação de autonomia dos usuários inseridos em contextos sociais e culturais específicos. Nessa perspectiva, a relação trabalhador-usuário deve ser permeada por escuta e vínculo, focando não

somente aspectos biológicos, mas também sociais e subjetivos que se fazem presentes nesta relação (CAMPOS, 2007).

Cabe, contudo, mais uma vez ressaltarmos que o cuidado não é desenvolvido separado da gestão, já que, no cotidiano dos serviços, eles estão intrinsecamente relacionados. Compreendemos gestão como uma ferramenta que direciona o processo de trabalho para a produção de cuidados de modo ampliado, isto é, não fica restrita apenas a atividades burocráticas e administrativas, mas sim possibilita a formação e transformação das práticas sanitárias (BERTUSSI; MISHIMA, 2003; MISHIMA, 2003).

A gestão dos serviços de saúde 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 objetivo atender as necessidades de saúde da população com a integração dos diferentes níveis do sistema, com foco na melhoria na qualidade da assistência prestada (BERTUSSI; MISHIMA, 2003).

Desta forma, compreender estas relações presentes no cotidiano do trabalho e, ao mesmo tempo, reconhecer a intrincada rede de articulações entre a produção do cuidado e a gestão e organização do mesmo, considerando o efetivo papel da participação dos diferentes atores envolvidos (usuários e trabalhadores de saúde) neste processo, nos aproxima de forma mais coerente com a perspectiva da competência dialógica, opção que se faz neste estudo.

1.2 O processo de trabalho e a competência dialógica

O trabalho, de modo geral, consiste em uma atividade que provoca modificações no estado natural (da natureza) a fim de atender necessidades (MISHIMA et al., 2003). Especificamente, nesta pesquisa, estamos voltando nossos olhares para o trabalho humano que apresenta intencionalidade e socialidade, características que diferem esse trabalho daquele realizado por outros animais (MISHIMA et al., 2003).

O trabalho em saúde constitui-se em uma prática social, ou seja, é um trabalho que possui características específicas do momento histórico socialmente vivenciado. Essa articulação com o contexto no qual está inserido o trabalho, também é considerada fundamental quando se tem como referencial a competência dialógica.

Dessa forma, face às necessidades da sociedade de um dado momento histórico, desenvolve-se o processo de trabalho, isto é, a transformação do objeto de trabalho em produto, demarcado por uma intenção, e desta forma utilizando de um saber operante, que implica que

determinados instrumentos e meios serão postos em ação para atender a uma dada finalidade (ALMEIDA et al., 1989).

Partindo do conceito que objetos de trabalho são “são todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural” (ALMEIDA et al., 1989, p. 51), estamos considerando como objetos de trabalho da enfermagem o cuidado e o processo de gestão/administração para o cuidado.

Dessa forma, para transformar o cuidado e/ou o processo de gestão/administração para o cuidado, os trabalhadores de enfermagem usam instrumentos que representam o ponto de encontro do produto com a finalidade do trabalho, mais especificamente, com a finalidade social que “se refere a um projeto de ação que traduz uma dada concepção do processo saúde-doença-cuidado” (MISHIMA et al., 2003, p.150).

Assim, a depender da finalidade do trabalho, os trabalhadores lançarão mão de instrumentos (conhecimentos, habilidades e atitudes) específicos. Assim, podemos considerar que esse conjunto de instrumentos do processo de trabalho em enfermagem compõe o que o referencial de competência dialógica conceitua como atributos que compõem o desempenho.

Ainda, resgatando que meio de trabalho é “uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade a esse objeto”, podemos dizer que, ao considerarmos os meios de trabalho, estamos nos atentando ao modo como o trabalho é desenvolvido, fato de grande importância quando se considera a competência dialógica, pois os meios de trabalho indicam as condições em que o trabalho é desenvolvido. Em outras palavras, os meios/instrumentos de trabalho são as ferramentas, dentre elas os conhecimentos usados para operar a transformação do objeto e/ou atender às necessidades presentes (MISHIMA et al., 2003, p.149).

Enfim, a realização do processo de trabalho gera um produto que, na saúde, é representado por um valor de uso, sendo produzido e consumido no encontro concomitante entre trabalhador, instrumentos e o usuário (MISHIMA et al., 2003).

Desta forma, consideramos que, ao estudarmos o processo de trabalho das enfermeiras na Atenção Básica, em específico na Saúde da Família, e seus determinantes, estaremos mostrando dados empíricos que possibilitarão a compreensão de uma prática social buscando subsídios que colaborem com a melhoria da assistência.

1.3 O trabalho da enfermeira na Saúde da Família: revisão de literatura

Ao realizarmos a revisão de literatura, buscando referências acerca do trabalho da enfermeira na ESF, identificamos que, apesar da estratégia já ter completado mais de 15 anos

de implantação no Brasil, ainda há poucos estudos voltados à questão da competência desta profissional na Atenção Básica.

Entretanto, a produção teórica sobre o trabalho da enfermeira tem sido incrementada na medida em que a ESF tem se ampliado no país.

Adicionalmente, identificamos que os estudos empreendidos voltam-se para aspectos específicos do trabalho em saúde, mostrando que o objeto de estudo é, muitas vezes, limitado. Isso pode ser confirmado em evidências da literatura, como por exemplo: Leite (2001) aponta a inserção do trabalho da enfermeira na equipe de Saúde da Família e suas contribuições na construção de interdisciplinaridade; Dantas et al. (2001) mostram a atuação da enfermeira no Programa de Saúde da Família (PSF) ao realizar o exame ocular em escolares; Giorgiane (2003) estuda a atuação da enfermeira na assistência ao pré-natal no PSF; Ferreira (2003) descreve as representações das enfermeiras do PSF sobre hanseníase; Nascimento e Braga (2004) analisam a prática da enfermeira e do médico do PSF quanto à atenção à saúde mental; Sousa et al. (2004) descrevem o processo de trabalho em saúde mental da enfermeira que atua no PSF; Moura (2003) avalia a assistência ao planejamento familiar na perspectiva de usuárias e enfermeiras do PSF; Felipe, Abreu e Moreira (2008) averigam os aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial; Freitas et al. (2008) estudam a percepção de enfermeiras e pacientes sobre a consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da ESF; Maciel et al. (2009) identificam a relevância do conhecimento sobre tuberculose de médicos e enfermeiras que trabalham na ESF de Victoria - ES; Oliveira e Tavares (2010) descrevem a atuação da enfermeira na atenção ao idoso na ESF; Rosenstock e Neves (2010) investigam a abordagem de enfermeiras da ESF aos dependentes de drogas.

Esses estudos realizados em diferentes locais do Brasil e publicados nos últimos dez anos, apesar de trazerem resultados voltados para áreas específicas, colaboram com a reflexão acerca da necessidade de construção de competência para cuidado individual, coletivo e gestão, que compõem o processo de trabalho da enfermeira na ESF, considerando diversos contextos do país.

O trabalho da enfermeira desenvolvido na Saúde da Família também é estudado a partir da perspectiva de usuários, o que é demonstrado nas pesquisas de Fernandes e Andrade (2004) que focam as representações sociais do processo saúde-doença e das práticas das enfermeiras do PSF constituídas pelos usuários e de Vasconcelos e Moura (2003) que identificam as percepções dos usuários de uma área adscrita do PSF sobre a atuação da enfermeira. Também há registro de um estudo que busca identificar e analisar o perfil demográfico das enfermeiras que atuam no PSF, realizado no Ceará, apontando que o perfil

das enfermeiras é de trabalhadoras jovens de até 30 anos, com mais de um ano de atuação no PSF e com especialização na área, mostrando-se favorável às diretrizes do PSF (MOURA; RODRIGUES; SILVA, 2003).

Costa et al. (2000), em relato de experiência sobre a atuação da enfermeira no PSF em Sobradinho II (Distrito Federal), mencionam que o trabalho da enfermeira 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, Lima e Oliveira (2000), em uma pesquisa exploratória descritiva, analisaram o papel da enfermeira do PSF no município de Esperança-PB, detectando que a enfermeira 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, trabalho em equipe, incorporação a sua atuação o processo de acolhimento.

Rodrigues, Henriques e Macedo (2003), com o objetivo de apreenderem o típico da ação de estar inserido na Saúde da Família, na perspectiva do saber e do fazer da enfermeira, concluem que o típico da ação dessa 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 da enfermeira 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.

Nascimento e Nascimento (2005), ao analisarem a prática da enfermeira no PSF do município de Jequié – BA identificaram uma configuração voltada às atividades gerenciais, assistenciais e interativas, de forma que a enfermeira tem atuado no controle do processo de trabalho, no atendimento aos grupos prioritários e na estimulação à participação social através de reuniões comunitárias. Os autores verificaram que a prática da enfermeira encontra

dificuldades nas articulações intra e intersetoriais, na integralidade da atenção para a continuidade da assistência às famílias.

Costa e Silva (2004), em estudo exploratório sobre o impacto da criação do PSF na atuação da enfermeira, dizem que os resultados obtidos mostram que, com a Saúde da Família, as atividades realizadas pelas enfermeiras quanto assistência, educação em enfermagem e gerenciamento dos serviços de saúde foram intensificadas e ampliadas.

A gerência do trabalho da enfermeira na ESF também tem sido foco de pesquisas, como a realizada por Benito e Becker (2007) em um município do litoral catarinense. O estudo, realizado a partir da aplicação de um questionário contendo as atividades a serem desenvolvidas pela enfermeira teve como objetivo identificar as atitudes requeridas desta profissional para a gerência da assistência de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família – USF sob a percepção dos profissionais das equipes. Os resultados indicaram que a maioria dos sujeitos considerou de extrema importância que a enfermeira tenha atitude de: justiça com os usuários e a equipe; afetividade no cuidado, abertura para negociação e mudanças, comunicação, humildade, privilegiar o trabalho em equipe, dentre outros. Apesar de o estudo identificar uma lista de atitudes consideradas importantes ao trabalho de gerência da enfermeira na ESF, destacamos que as atitudes desenvolvidas também a partir de um determinado contexto que também deve ser considerado.

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 da enfermeira 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 à enfermeira no PSF sob a percepção dos profissionais da equipe (médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem e ACS), identificaram que a enfermeira 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.

Destacamos estudo realizado por Ermell e Fracolli (2006) acerca do trabalho das enfermeiras no PSF em Marília – SP. Os resultados mostraram que as enfermeiras tomam como objeto de seu trabalho o corpo individual, como finalidade a intervenção nos perfis de desgaste dos grupos sociais, utilizando nesse processo de trabalho instrumentos tradicionais

da saúde pública, como a consulta de enfermagem e a visita domiciliária. Ainda, a análise dos dados mostrou que essas enfermeiras, ao exercitarem sua prática, reiteram a lógica da prática clínica, individual, curativa, atuando com referência na teoria da multicausalidade do processo saúde-doença. Ou seja, este estudo aponta a reiteração do trabalho na perspectiva do modelo de atenção hegemônico, com distanciamento ainda da proposta do trabalho na atenção básica.

Destacamos 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 das enfermeiras no processo de trabalho no PSF e a articulação de seu trabalho neste processo, verificou que o trabalho das enfermeiras 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 algumas enfermeiras 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, as enfermeiras 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).

Oliveira e Marcon (2007), em estudo com objetivo de conhecer a opinião de enfermeiras acerca do que é trabalhar com famílias no PSF e quais as competências necessárias para esse trabalho, identificaram que o trabalho com famílias é estruturado a partir de ações e relações dos profissionais junto às famílias, ressaltando as competências saber-fazer e saber-ser.

Giroti et al. (2008), ao buscarem conhecer as práticas de enfermeiras em uma unidade de Saúde da Família em Londrina-PR e as relações com as atribuições do exercício profissional, identificaram que as práticas desenvolvidas baseiam-se em programas do Ministério da Saúde. Vilas Boas et al. (2008), em reflexão acerca da prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva de sua ação pedagógica, evidenciam a necessidade de se definir as competências necessárias aos profissionais, aos seus processos de formação, educação continuada e permanente e aos novos modelos gerenciais para a enfermagem, que atendam as demandas do cotidiano.

Assim, pesquisar o trabalho de enfermagem e da enfermeira, especificamente, pressupõe a compreensão da enfermagem enquanto prática social realizada a partir de necessidades sociais e de saúde de uma determinada época e de certo espaço social. Dessa forma, no atual momento de reorientação do modelo assistencial, a Saúde da Família consiste

em um campo de atuação para a enfermeira, sendo necessária além da identificação das ações desenvolvidas pela enfermeira na Saúde da Família, também o modo como tais ações estão sendo realizadas.

Assim, ressaltamos que não buscamos identificar uma lista de tarefas, ou aspectos prescritivos do trabalho na atenção básica, mas sim o desempenho (combinação dos atributos) da enfermeira para solucionar determinada situação da prática profissional.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Considerando o quadro acima delineado, este estudo tem por objetivo analisar e validar os desempenhos presentes nas ações das enfermeiras na Atenção Básica com foco na Estratégia Saúde da Família, em relação ao cuidado individual, cuidado coletivo e organização e gestão para o cuidado.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar as ações desenvolvidas pela enfermeira no contexto da Estratégia Saúde da Família em um cenário específico;
- Identificar e analisar os desempenhos da enfermeira no desenvolvimento das ações no modelo de atenção operado na Atenção Básica, especificamente na Estratégia Saúde da Família;
- Identificar e analisar possíveis determinantes dos desempenhos da enfermeira na Atenção Básica, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família;
- Validar os desempenhos da enfermeira da Saúde da Família na perspectiva das enfermeiras que atuam na Atenção Básica.

2 PERCURSO DA PESQUISA

Esta pesquisa, desenvolvida segundo a perspectiva da abordagem qualitativa, tem como foco o trabalho realizado pelas enfermeiras na Atenção Básica, especificamente na Saúde da Família, em um espaço delimitado, que é o município de Ribeirão Preto. Compreendemos o trabalho da enfermeira na Atenção Básica como prática social, ou seja, desenvolvida a partir de necessidades sociais de determinado momento histórico e transformada na dinâmica das relações com outras práticas (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Assim, a partir do recorte do objeto, buscamos neste estudo a construção da competência requerida à enfermeira na ESF.

Ressaltamos que o referencial de competência adotado, competência dialógica, está sustentado pelo processo de trabalho em saúde e em enfermagem, e neste sentido, a abordagem qualitativa melhor se articula ao objeto e objetivos propostos.

Neste estudo, construímos um processo de validação para os desempenhos que inferem a competência da enfermeira na Atenção Básica, com foco na Saúde da Família, considerando a compreensão e opção teórica de competência na vertente dialógica.

A técnica de validação tem sido utilizada nas pesquisas em saúde, em específico na enfermagem, para validar: conteúdos de instrumentos (por exemplo, avaliação de estresse entre estudantes, classificação de grau de dependência de pacientes, entrevista de enfermagem), escalas, intervenções, cuidados, diagnósticos e resultados de enfermagem segundo determinada classificação (COSTA; POLACK, 2009; MARTINS; HADDAD, 2000; HERMINDA; ARAÚJO, 2006; TEIXEIRA et al., 2011; ALMEIDA; PEGHER, CANTO, 2010; ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2009; SEGANDRETO; ALMEIDA, 2011).

Nesse sentido, as investigações que utilizam a técnica de validação têm sido desenvolvidas majoritariamente na abordagem quantitativa, de modo que os pesquisadores aplicam testes estatísticos para validar ou não o objeto proposto, segundo a avaliação de juízes, pessoas geralmente consideradas especialistas na temática estudada (TEIXEIRA et al., 2011; ALMEIDA; PEGHER, CANTO, 2010,).

Apesar desse contexto de produção identificado, ressaltamos que optamos pela abordagem qualitativa, uma vez que tendo como referenciais teóricos a competência dialógica e o processo de trabalho em saúde não objetivamos apresentar um “check list” quantitativo de desempenhos, mas sim um conjunto articulado destes que inferem a competência da enfermeira considerando um contexto local. Conjunto esse que possibilite a reflexão de um grupo de enfermeiras atuantes na rede básica do município de Ribeirão Preto acerca do trabalho desenvolvido.

Ainda, destacamos que não localizamos pesquisas que descrevessem a metodologia para processos de validação de competência em sua vertente dialógica para o trabalho da enfermeira na Atenção Básica.

Dessa forma, nesta investigação, estamos compreendendo validação como o processo de confirmação dos desempenhos identificados (mediante a observação da prática) pelas enfermeiras que atuam no espaço específico da rede de Atenção Básica do município de Ribeirão Preto. Assim, estamos partindo da consideração que as enfermeiras assumiram a função de juízes neste processo de validação.

É importante destacarmos que, no desenvolvimento da pesquisa, a análise do material empírico foi construída em processo, de modo que, ao final de cada etapa, o material analisado voltasse às enfermeiras para apreciação.

Uma vez definidos estes aspectos para o desenvolvimento da investigação, para sua efetiva concretização foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP traduzidas na resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Desta forma a presente investigação foi submetida ao e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, protocolo nº 0959/2008 (ANEXO A). Ainda, face às dificuldades apresentadas pelas enfermeiras no desenho metodológico inicialmente proposto e à redefinição de outras estratégias e técnicas para coleta de dados, o projeto foi ressubmetido à nova avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP com a proposição de novo delineamento da pesquisa, sendo aprovado (ANEXO B).

2.1 O campo e o cenário da pesquisa

O campo de estudo se constitui no município de Ribeirão Preto – SP, sede do Departamento Regional de Saúde – DRS XIII, que corresponde à divisão administrativa do Estado de São Paulo para a área da saúde, abrangendo um espaço territorial que compreende 25 municípios, incluindo Ribeirão Preto que é sede desta região de saúde.

Localizada no nordeste do estado de São Paulo, com uma área de 652 Km², Ribeirão Preto possui uma população de 558.136 habitantes e apresenta taxa de urbanização de 99,67% (FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE), 2007). Com relação a empregos e a rendimentos econômicos do município, a maior porcentagem de vínculos empregatícios ocorre em estabelecimentos de serviços, seguida pelo comércio. Já no que se refere à educação, a taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais é de 4,44%, sendo 8,48 a média de anos de estudos da população de 15 a 64 anos (SEADE, 2007).

Quanto ao sistema de saúde, o município apresenta uma ampla rede de serviços públicos e privados, assumindo grande importância na região, configurando-se como município polo. O coeficiente de leitos vinculados ao SUS por mil habitantes é de 3,17, com leitos SUS⁴ (SEADE, 2007) 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).

No que se refere à rede de Atenção Básica, Ribeirão Preto apresenta quarenta e sete (47) estabelecimentos de saúde distribuídos pelas cinco (5) regiões distritais, sendo vinte e oito (28) Unidades Básicas de Saúde – UBS com vinte e seis (26) equipes de Agentes Comunitários de Saúde, cinco (5) Unidades Básicas e Distritais de Saúde – UBDS e vinte e uma (21) equipes de Saúde da Família distribuídas em treze (13) unidades.

O Quadro 1 traz os dados da estrutura da rede de atenção básica de Ribeirão Preto, constante do Plano de Saúde de Ribeirão Preto – 2010 a 2013 (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

DISTRITO	UBDS	UBS	USF	Unidade Básica e Especializada	Unidade Especializada
Central	1	4	-	1	5
Norte	1	7	4	-	-
Sul	1	3	-	-	1
Oeste	1	9	8	-	3
Leste	1	5	1	-	1
TOTAL	5	28	13	1	10

Quadro 1 – Estrutura Física da Rede de Atenção Básica e Especializada de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2011

Fonte: PMRP – SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – Divisão de Planejamento em Saúde – Plano de Saúde 2010-2013

No Quadro 2, são trazidas as equipes de Saúde da Família por Distrito de Saúde. A cobertura populacional para equipes de Saúde da Família em março de 2009 correspondia a 11,0% (RIBEIRÃO PRETO, 2009), sendo que este percentual não apresentou variação significativa nos últimos anos.

⁴ “[...] 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).

Distritos de Saúde	Equipes existentes
Distrito Central	-
Distrito Norte	6 equipes
Distrito Sul	-
Distrito Oeste	11 equipes
Distrito Leste	3 equipes
TOTAL	21

Quadro 2 – Distribuição numérica das equipes de Saúde da Família por região Distrital no município de Ribeirão Preto para o ano de 2009. Ribeirão Preto, 2011

Fonte: Plano de Saúde 2011-2013

Para a seleção do cenário da pesquisa consideramos como critério inicial a definição por parte do município de Ribeirão Preto em especificar os Distritos Escola, sendo o Distrito Oeste aquele sob responsabilidade da Universidade de São Paulo, para as questões assistenciais, administrativas e de ensino. Assim, num primeiro momento, para a exploração da prática das enfermeiras atuantes na Saúde da Família, consideramos como cenário da pesquisa as 11 equipes de Saúde da Família do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto. Num segundo momento, para a validação dos dados foram consideradas as enfermeiras atuantes na rede de Atenção Básica no município de Ribeirão Preto que se dispuseram participar da pesquisa e não apenas aquelas atuantes na ESF.

Para melhor detalhar este processo, cabe destacarmos que a exploração do campo e do cenário foi iniciada em pesquisa anterior (KAWATA, 2007), por meio da observação participante do trabalho de quatro enfermeiras atuantes em Unidades de Saúde da Família vinculadas à Universidade de São Paulo - USP, possibilitando uma maior aproximação ao contexto do trabalho e a identificação: das ações realizadas, do modo como tais ações são desenvolvidas e para quê são executadas.

Assim, para análise do material empírico oriundo da observação, utilizamos uma matriz de análise contendo os fragmentos das observações e as seguintes questões: O que é realizado pela enfermeira? Como é realizado? Para que é desenvolvida a ação? Dessa forma, a análise dos dados permitiu uma aproximação aos desempenhos dessas enfermeiras nas unidades selecionadas.

Os desempenhos relativos à competência gerencial foram sistematizados e apresentados⁵ anteriormente (KAWATA, 2007, KAWATA et al., 2009, KAWATA et al., 2011). Esta mesma matriz foi utilizada para a análise dos desempenhos relativos ao cuidado individual e ao cuidado coletivo e será retomada mais adiante quando da explicitação do processo de análise do material empírico.

Adicionalmente, a participação no processo de coleta de dados em outra pesquisa (MATUMOTO et al., 2011), utilizando a técnica de grupo operativo com as enfermeiras atuantes em serviços de saúde do Distrito Oeste da rede básica de Ribeirão Preto, consistiu-se em uma etapa de treinamento da presente pesquisadora para coleta de dados através de grupo, permitindo ainda a identificação de diferenças no fazer clínico das enfermeiras, limites e tensões do cotidiano do trabalho. Além de ser considerada uma fase de treinamento para utilização da coleta de dados em grupo da presente pesquisa, esta atividade permitiu uma reaproximação aos serviços de Saúde da Família e a apresentação daqueles vinculados à Atenção Básica, além de possibilitar a verificação da pertinência da observação realizada no estudo anterior (KAWATA, 2007) e a necessidade de atualizar a observação em outras unidades de Saúde da Família da região distrital.

Ainda, para iniciarmos o desenvolvimento da presente pesquisa, buscamos uma aproximação com as Unidades de Saúde da Família do Distrito Oeste de Ribeirão Preto, fazendo o contato com cada unidade por meio da enfermeira responsável, para apresentação do projeto e autorização das equipes para que as enfermeiras participassem dos grupos focais. Nesse momento, sete (7) equipes não concordaram com a realização, periodicidade e número de encontros (6 encontros a cada 15 dias) dos grupos focais, com a justificativa que seria inviável a saída das enfermeiras da Unidade, já que muitas das atividades eram centralizadas nas enfermeiras. Em uma unidade, a enfermeira relatou não poder participar, porque a equipe estava sem médico, portanto, a unidade não poderia ficar sem enfermeira.

Este contexto permitiu que se revisse o desenho proposto para a presente investigação, sendo então redefinidas das estratégias e técnicas para a aproximação e captação do empírico.

⁵ KAWATA, L. S. **Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família – uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial**. Ribeirão Preto, 2007. 137f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Ainda, ressaltamos que tais resultados estão publicados nos artigos:

KAWATA, L. S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na Saúde da Família: utilização de ferramentas de gestão. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, p.31-20, abr-jun, 2009.

KAWATA, L.S. et al. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.2, p. 349-355, 2011.

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

O desenvolvimento dessa pesquisa ocorreu em várias etapas, sendo que a primeira consistiu na observação participante do trabalho da enfermeira na Saúde da Família e resultou em um material disparador para a realização das entrevistas e da Oficina para discussão dos resultados encontrados.

Na segunda etapa, buscamos a aprovação das enfermeiras cujos trabalhos foram observados em relação à validade da análise do material empírico, ou seja, verificamos se os dados identificados e analisados eram corroborados na ótica destas enfermeiras. Cabe ressaltarmos que, durante este percurso, houve a substituição de uma das enfermeiras de uma das unidades de saúde, havendo neste momento a opção de realizar a entrevista com a enfermeira que estava presente no referido serviço de saúde, no momento de realização desta etapa da pesquisa.

Após essa fase, partimos para a terceira etapa da pesquisa, com a realização da Oficina de Trabalho com as enfermeiras da rede básica do município de Ribeirão Preto, na qual compartilhamos os resultados previamente analisados nas etapas anteriores, buscando validação dos mesmos.

Cabe ressaltarmos que, no tratamento do material empírico, buscamos preservar a identidade das enfermeiras, sujeitos da pesquisa, identificando-as por cores, assim como na Oficina de Trabalho proposta utilizamos a identificação por siglas (OFG1 – Oficina de Trabalho Grupo 1 e OFG2 – Oficina de Trabalho Grupo 2).

2.2.1 Observação participante do trabalho da enfermeira

A observação participante implica em compartilhar, de maneira sistemática e consciente, não somente atividades, ou seja, 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” (HAGUETTE, 1999, p.70-71).

A observação participante foi realizada no primeiro momento, no ano de 2006 (KAWATA, 2007), e ampliada, de forma a captar o trabalho da enfermeira, não apenas em unidades de Saúde da Família vinculadas à Universidade de São Paulo, mas também em uma unidade da rede de serviços de administração municipal, sendo selecionada uma unidade de saúde com três (3) equipes de Saúde da Família. Assim, partimos da consideração que a construção da competência da enfermeira da Saúde da Família deveria ser realizada tendo em vista os diferentes cenários de atuação desta profissional em Ribeirão Preto.

Para a escolha da Unidade de Saúde da Família a ser foco da ampliação da coleta de dados de nosso estudo, optamos por uma discussão junto à Divisão de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), e para isso, realizamos contato com a chefia de enfermagem para apresentação e discussão do projeto de pesquisa. No encontro com membros da Divisão de Enfermagem, foram apresentados o projeto e os resultados do estudo anterior (KAWATA, 2007) assim como a solicitação para a autorização da observação participante na unidade a ser selecionada em conjunto com esta instância da SMS-RP. Este processo, bastante rico pela possibilidade de compartilhar com o serviço de saúde a possibilidade de definir uma etapa importante da investigação, nos levou a escolher uma Unidade de Saúde da Família, com estrutura de uma unidade que consideramos tradicional, isto é, unidade com consultório de enfermagem, sala de vacina, sala de curativo, sala de aerossol, além do local onde pudéssemos contar com a colaboração e autorização da equipe.

O local selecionado foi a Unidade de Saúde Rosa Choque, que conta com três (3) equipes de Saúde da Família implantadas.

Para dispararmos o processo de pesquisa nesta unidade, fizemos contato com a gerente da Unidade e, após a reunião para a apresentação do projeto com os três (3) enfermeiros das equipes, ficou decidido que faríamos a observação do trabalho da enfermeira de acordo com o critério da anuência e da presença no período proposto para a coleta de dados. Assim, em uma das equipes, a enfermeira era a gerente da Unidade e estava apenas cobrindo a falta do profissional da equipe, portanto, não era uma equipe típica de Saúde da Família. Em outra equipe, a enfermeira estaria em férias, restando apenas a enfermeira que foi sujeito da pesquisa. Cabe salientarmos que essa enfermeira apresentava mais de um ano de trabalho na Saúde da Família e na unidade de saúde, indicando certo acúmulo de experiência no trabalho junto a esta estratégia. No momento desse encontro, realizamos então o agendamento da semana de observação.

A enfermeira observada, para fins de apresentação nesta pesquisa, recebeu a denominação de uma cor, como as demais observadas em outras unidades, sendo a partir de agora denominada de *Amarela*. Ainda, para a realização da observação, além da anuência verbal da enfermeira e da equipe, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), sendo este assinado pela enfermeira.

Neste processo foram observadas: as ações realizadas, a maneira como as mesmas foram desenvolvidas, os critérios e recursos utilizados, a interação da enfermeira com usuário e equipe, o tipo (verbal, não verbal) e o modo (centralizado, dialogado) de comunicação usada, a maneira como foi tomada a decisão para o desenvolvimento de uma ação, entre outros.

Simultaneamente à observação, foram realizados os registros da mesma em um diário de campo. Os registros se constituíram na descrição das situações do cotidiano, com anotação das ações realizadas pelas enfermeiras e das manifestações apresentadas (verbais, não verbais, atitudes) no desenvolvimento da atividade.

Ressaltamos que, segundo Triviños (1987), os registros são considerados uma expressão quase idêntica de todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, quando realizados de forma que sejam consideradas e anotadas tanto as atividades quanto os aspectos físicos (ruídos, barulhos) e sociais (interações). Com isso, os registros possibilitam uma compreensão de todo o processo (TRIVIÑOS, 1987).

A observação do trabalho foi realizada em fevereiro de 2010 durante uma semana típica de trabalho, ou seja, semana que não houvesse qualquer motivo que interferisse no trabalho da enfermeira como, por exemplo, campanha de vacina, feriado, ou outra situação que se caracterizasse como não rotineira.

As observações foram analisadas visando identificar os atributos mobilizados pelas enfermeiras para o cuidado individual e cuidado coletivo, a partir da metodologia utilizada em estudo anterior (KAWATA, 2007) sendo que os atributos identificados e organizados em eixos temáticos se constituíram em disparadores para o aprofundamento e validação pelas enfermeiras, sujeitos da pesquisa, dos recursos mobilizados para o trabalho na Saúde da Família e que conformam os desempenhos nas áreas de competência do cuidado individual, cuidado coletivo e organização e gestão para o cuidado.

2.2.2 As entrevistas semiestruturadas

A partir da análise do material advindo da observação realizada e do estudo anterior (KAWATA, 2007), partimos para a segunda etapa da pesquisa: a realização das entrevistas semi-estruturadas. Como já apontado anteriormente, o material oriundo das observações participantes foi analisado, utilizando-se de uma matriz analítica que nos permitiu uma aproximação ao: o que, como, para quê faz e por que era desenvolvida a ação, sendo que este processo nos permitiu a aproximação à construção de desempenhos e se constituiu no disparador para a realização das entrevistas semiestruturadas.

A entrevista semiestruturada consiste em uma modalidade de entrevista que possibilita ao entrevistado ampliar aquilo que está sendo perguntando; dessa forma, o informante conduz seus pensamentos e experiências espontaneamente sem perder o foco principal (TRIVIÑOS, 1987).

Nessa fase da pesquisa, optamos por entrevistar as enfermeiras cujos trabalhos foram observados, ou seja, as quatro (4) enfermeiras⁶ sujeitos de pesquisa anterior (KAWATA, 2007) e a enfermeira cuja observação foi realizada em fevereiro de 2010. A escolha desses sujeitos ocorreu pela necessidade de validar o material coletado na perspectiva dos sujeitos pesquisados.

Assim a principal questão norteadora dessa etapa era: Você se reconhece no trabalho apresentado nesta descrição? Para a apresentação das ações desenvolvidas e dos desempenhos apresentados, utilizamos impressos que continham a análise do material captado na observação e disponibilizado em quadros organizados de acordo com as três grandes áreas de competência: o cuidado individual, o cuidado coletivo e a organização e gestão para o cuidado (Apêndice D).

Ressaltamos que a pergunta foi elaborada considerando o objetivo geral dessa etapa: identificar se o trabalho observado e captado pela pesquisadora e a análise realizada eram a aproximação mais fidedigna possível do que acontecia no dia a dia do trabalho na perspectiva das enfermeiras, sujeitos da pesquisa.

É importante salientarmos que, antes de apresentarmos os quadros contendo as ações e os desempenhos, solicitamos que as enfermeiras descrevessem uma semana típica de seu trabalho na ESF com o objetivo de permitir um espaço mais livre de expressão e, ao mesmo tempo, permitir à pesquisadora verificar se a observação do trabalho havia conseguido contemplar a ampla variedade de ações realizadas pelas enfermeiras da rede de Atenção Básica com foco na Saúde da Família do Distrito Oeste do município.

Adicionalmente, com a realização das entrevistas, buscamos a identificação do por que faz, a fim de compreender porque esses desempenhos se caracterizavam de certa maneira, indicando possíveis determinantes do trabalho da enfermeira na ESF.

Ressaltamos que, para a execução das entrevistas, foi realizado um contato prévio (pessoalmente ou por telefone) com as enfermeiras para agendamento do horário. Antes de iniciarmos cada entrevista, cada sujeito leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e foi solicitada permissão das enfermeiras para a gravação em fitas eletromagnéticas, transcritas e destruídas após a conclusão da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em março de 2011 e o material advindo das mesmas foi sistematizado e apresentado às enfermeiras atuantes na rede básica de Ribeirão Preto na Oficina de Trabalho acordada junto com a Divisão de Enfermagem da SMS-RP⁷.

⁶ Lembrando o que foi observado anteriormente: uma das quatro enfermeiras observadas no primeiro momento foi substituída por aquela que estava efetivamente atuando na USF.

⁷ Esta Oficina compôs um conjunto, com mais outros dois encontros, em uma ação sistematizada denominada de “O trabalho da enfermeira na Atenção Básica”, promovido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva – NUPECO e pela Divisão de Enfermagem da SMS-RP.

Cabe destacarmos que este desenho foi proposto em função da dificuldade das enfermeiras participarem dos grupos anteriormente previstos para o desenvolvimento da investigação e explicitados anteriormente neste capítulo.

2.2.3 A Oficina de Trabalho com enfermeiras da Atenção Básica

Após confirmação, por meio das entrevistas pelas enfermeiras cujos trabalhos foram observados, partimos para a realização da Oficina de Trabalho, terceira etapa desta investigação. A opção pela Oficina de Trabalho se deu por a considerarmos um espaço coletivo de atualização, manifestação, análise e definições do objeto da presente investigação.

A Oficina pode ser definida como modalidade de um processo educativo que segue a adequação e a sequência de etapas a serem dadas, para que se alcance um objetivo, constituindo-se como um espaço de criação e descobertas, onde os produtos construídos apresentam aspectos da contribuição de cada um, já que a organização do trabalho coletivo busca valorizar e potencializar a adversidade e potencialidade da cada participante. Numa oficina, “PROCESSO e PRODUTO compõem uma unidade dialética” (DOMINGOS, 2004, p.21). Como teorizações da oficina, utilizamos o processo de trabalho em saúde e a construção da competência dialógica.

Assim, na Oficina, buscamos compartilhar os dados identificados e analisados, possibilitando a troca de experiência e a apresentação de conceitos (como o da competência dialógica), assim como a discussão e análise do material conjuntamente com as enfermeiras, de modo a permitir uma reflexão sobre o cotidiano e uma reconstrução do mesmo, proporcionando um momento de educação permanente⁸.

Para a efetivação da Oficina de Trabalho, propusemos uma parceria com a Divisão de Enfermagem da SMS-RP. Assim esta Oficina fez parte de um conjunto de 3 encontros/oficinas realizadas pelo Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva – NUPESCO da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP em conjunto com a Divisão de Enfermagem da SMS-RP. Esse conjunto de oficinas denominado “O trabalho da enfermeira na atenção básica” foi proposto para discussão de resultados de pesquisas realizadas por membros do NUPESCO e para produção de conhecimentos em enfermagem com enfermeiras que atuam na rede básica de Ribeirão Preto e com gestores, no caso, os trabalhadores da Divisão de Enfermagem da SMS-

⁸ Aqui estamos compreendendo o processo de Educação Permanente como aquele produzido para o estabelecimento de reflexões no trabalho, sobre o trabalho, a partir do trabalho e que possam gerar aprendizado significativo para transformações no dia a dia do trabalho desenvolvido. Esta compreensão se alinha com o definido pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009b).

RP, buscando uma articulação ensino, pesquisa e serviço, a fim de proporcionar uma reflexão acerca de dados encontrados nas pesquisas.

A programação das datas das Oficinas foi discutida com a Divisão de Enfermagem, tentando propor datas em semanas que não houvesse outros eventos na agenda das enfermeiras, como: treinamentos, campanhas e outros que pudessem interferir na adesão das mesmas em relação a esta atividade, que se apresentava então como uma novidade no contexto da relação da Universidade-Serviço de Saúde no município de Ribeirão Preto.

A divulgação das oficinas ficou sob responsabilidade da Divisão de Enfermagem que se encarregou por convidar as enfermeiras através do envio de Comunicação Interna às Unidades e divulgação por meio de um convite colocado no Sistema Hígya Web, o Sistema de Informação do município que está disponível em todas as Unidades de Saúde e é de acesso a todas as enfermeiras e demais trabalhadores da rede de atenção à saúde.

Antes que cada Oficina acontecesse, enviamos à Divisão de Enfermagem um Termo de Referência, que continha os dados a serem discutidos e uma programação prévia do encontro.

A primeira Oficina chamada de “A clínica do enfermeiro na Atenção Básica” foi realizada no dia 14 de fevereiro de 2011, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Esse encontro contou com a participação de 17 enfermeiros, sendo 3 da Divisão de Enfermagem, 1 da Divisão de Atenção Básica da SMS-RP e o restante de enfermeiras que atuam em Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde com Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde com Programa de Agentes Comunitários e Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), não se restringindo às enfermeiras do Distrito Oeste de Ribeirão Preto.

Na organização dos encontros estavam presentes cinco (5) membros do NUPESCO: a pesquisadora dessa investigação, a orientadora e mais três (3) docentes ligados ao Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP os quais desenvolvem ações e pesquisas na rede de Atenção Básica. Em todas as oficinas, propusemos inicialmente a apresentação de dados das pesquisas, utilizando a apresentação em multimídia como recurso audiovisual, em cerca de 20 minutos, com intuito de disparar a discussão e reflexão em grupo acerca do tema apresentado. Para finalizarmos, contamos com a colaboração de um convidado para conversar (em torno de 1 hora e 30 minutos) sobre o tema.

A segunda Oficina que se constituiu em momento de coleta de dados da presente pesquisa foi denominada “A construção da competência da enfermeira no processo de trabalho na atenção básica” e aconteceu no dia 25 de março de 2011 no Sindicato dos Servidores Municipais de Ribeirão Preto. Em anexo encontra-se o Termo de Referência

utilizado para esta Oficina de Trabalho em que se procedeu a coleta de dados com as enfermeiras da rede de Atenção Básica (Apêndice E).

Nesta oficina, a pesquisadora fez uma apresentação dos resultados da pesquisa “Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família – uma aproximação dos desempenhos na construção da competência gerencial” e dos dados parciais (dados da observação e entrevistas) da presente investigação, mostrando também que a Oficina se constituiria em um momento de coleta de dados, procurando esclarecer os objetivos da pesquisa e disparando as questões: Quais as ações desenvolvidas pela enfermeira na Atenção Básica no cenário específico da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto? Quais os desempenhos da enfermeira na Atenção Básica com foco na Saúde da Família? Por que se configuram desse determinado modo?

Durante a apresentação também foi falado sobre as considerações éticas a serem seguidas, trazendo a necessidade da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Após a apresentação, distribuímos o termo de consentimento para que cada enfermeira fizesse a leitura individual e tirasse suas dúvidas com a pesquisadora. Naquele momento estavam presentes dezoito (18) enfermeiras e todas aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento e permitindo a gravação de suas falas nos grupos. Estas dezoito (18) enfermeiras podem ser assim caracterizadas: cinco (5) de Unidades de Saúde da Família, quatro (4) de Unidades Básicas de Saúde, quatro (4) de Unidades Básicas de Saúde com Agentes Comunitários de Saúde, três (3) de Unidades Básicas e Distritais de Saúde, uma (1) do nível central da SMS-RP, e uma (1) do ambulatório de Saúde Mental.

Para a discussão dos dados, visando à validação dos desempenhos identificados, a fim de compreender os determinantes dos desempenhos e buscar a construção da competência da enfermeira na Saúde da Família, propusemos formar dois grupos, ficando nove (9) enfermeiras em cada grupo. A proposta em dividir em dois grupos ocorreu em função de tentar proporcionar espaço para que todas pudessem se expressar, o que talvez não fosse possível em um grupo grande de dezoito (18) pessoas.

Dessa forma, em um grupo participaram: dois (2) facilitadores⁹ (enfermeiras que apesar de no momento estarem na docência, já tiveram vivência como trabalhadoras na atenção básica) e nove (9) enfermeiras. No outro grupo, estavam presentes: três (3) facilitadores (a pesquisadora da presente investigação e mais dois (2) docentes com as mesmas características das facilitadoras do outro grupo) e nove (9) enfermeiras.

⁹ Os facilitadores eram pesquisadores vinculados ao NUPESCO.

Os dois grupos fizeram uma rodada de apresentação dos membros, em que cada um falava o nome e o local de trabalho. Para disparar as discussões, entregamos um roteiro escrito contendo as ações da enfermeira na Saúde da Família e a descrição dos desempenhos para a gestão e organização do cuidado, cuidado individual e cuidado coletivo (Apêndice F).

Para cada ação identificada, perguntávamos se as enfermeiras se reconheciam na ação e se concordavam com os desempenhos descritos. Caso não concordassem, a questão que se colocava era como seria então o desempenho.

Dessa forma, os grupos na Oficina constituíram-se em momentos em que se pôde disparar junto às enfermeiras a reflexão acerca do trabalho desenvolvido. Os grupos tiveram duração de cerca de 1 hora e trinta minutos, foram áudio-gravados e posteriormente transcritos pela pesquisadora da presente investigação.

Logo após a realização dos grupos, houve um momento para compartilhar as discussões desenvolvidas entre as enfermeiras dos diferentes grupos. Para isso, no decorrer da oficina, as facilitadoras de cada grupo propuseram que uma enfermeira assumisse a função de relatora para apresentação de um resumo acerca da discussão realizada. Cabe destacarmos que, nos dois grupos, a sugestão da definição de uma relatora desencadeou certa tensão, manifestada por silêncio coletivo entre as enfermeiras. Diante disso, questionamos: quais os fatores determinantes da dificuldade de assumir a função de relatora do grupo? Seria o constrangimento pela exposição diante pessoas ligadas à Universidade e ao nível Central da SMS-RP?

Para que as enfermeiras compreendessem a teorização da construção da competência dialógica, refletindo sobre aquele momento de discussão nos grupos, finalizamos a Oficina com a apresentação de uma pesquisadora¹⁰ que trabalha com a questão da formação e trabalho, discorrendo sobre o tema “A construção da competência da enfermeira na Atenção Básica – possibilidades de transformação na busca do cuidado integral”. Essa Oficina teve duração de 3 horas e meia.

Acreditamos que o desenvolvimento da Oficina de Trabalho, após as entrevistas mediadas pelo material analisado nas observações realizadas no estudo anterior (KAWATA, 2007) possibilitou “o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas, conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes, observar como as controvérsias se expressam e são resolvidas, possibilitar a reprodução de processos de interação que ocorram fora dos encontros grupais” (PEREIRA, 2001, p.73).

¹⁰ A apresentação foi realizada pela enfermeira Prof^a Dr^a Mara Qualglio Chirelli, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA, que utiliza referencial teórico de competência dialógica em sua estrutura curricular.

A terceira e última Oficina para discussão do tema “Ações coletivas do enfermeiro na atenção básica” aconteceu no dia 01 de abril e contou com a participação de treze (13) enfermeiras. No final da Oficina, foi disponibilizado um momento para que os participantes falassem sobre os encontros, sendo realizada uma avaliação positiva do conjunto das Oficinas, com a fala da necessidade e da importância de se realizar outros momentos para integração pesquisa-serviço, buscando melhoria da assistência e da interface pesquisa/assistência.

2.3 Análise dos dados

O material produzido nas observações participantes, nas entrevistas semiestruturadas assim como na Oficina de Trabalho foi analisado por meio da 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).

Para Minayo (1994), a noção de tema se liga a uma afirmação acerca de um determinado assunto. Afirma que a análise temática consiste na identificação dos núcleos de sentido que se apresentam frequentes nos discursos e se demonstram significativos para o objetivo de análise do estudo. Assim, segundo Minayo (1994), as etapas para a operacionalização da análise temática seriam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

É importante frisarmos que, durante todo o processo de coleta de dados, a análise do material empírico foi sendo gradualmente construída, de modo a constituir o que foi denominado de processo de validação pelas enfermeiras dos desempenhos construídos para a Atenção Básica, com foco na Saúde da Família.

Assim, mesmo correndo o risco da repetição, vale à pena retomarmos o que já foi apontado: para a análise dos dados oriundos da observação participante, utilizamos uma matriz de análise contendo os fragmentos das observações derivados da orientação por eixos: o que é realizado pela enfermeira, como é realizado, para que é desenvolvida a ação, por que é realizada. Uma vez estabelecida a arquitetura da matriz com estes aspectos, buscamos a construção dos desempenhos por meio da identificação e análise na matriz dos atributos mobilizados pela enfermeira na realização de determinada ação/situação. Este conjunto de aspectos de análise constituiu dois

grandes temas: *Organização e gestão para o cuidado e Cuidado individual e o cuidado coletivo*, apresentados na seção *Explorando o trabalho da enfermeira na Saúde da Família*, onde são trazidos, portanto, os primeiros resultados da pesquisa.

Esta sistematização permitiu que, nas entrevistas e depois na Oficina de Trabalho, as enfermeiras pudessem reiterar ou não as ações de cada um destes grandes temas e com isto validar os desempenhos ou complementá-los. O material destes dois momentos também recebeu o tratamento previsto na análise temática sendo organizado no tema: *O trabalho segundo a ótica das enfermeiras na Atenção Básica com foco na Saúde da Família – validando os desempenhos identificados*.

3 EXPLORANDO O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para responder às questões norteadoras “Quais os desempenhos da enfermeira na Atenção Básica com foco na Saúde da Família? Por que assumem essa configuração?”, iniciaremos a apresentação dos resultados por aqueles provenientes da observação do trabalho da enfermeira na Saúde da Família, na qual buscamos captar elementos do processo de trabalho desenvolvido. Cabe ressaltarmos que a análise do empírico neste momento, em relação à segunda questão norteadora, nos possibilitou não respostas definitivas, mas uma aproximação com a formulação de novos questionamentos.

Dessa forma, a observação participante possibilitou a exploração do trabalho da enfermeira na Saúde da Família no município de Ribeirão Preto - SP, com a identificação das ações desenvolvidas e dos desempenhos (combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes) apresentados. Salientamos que esses desempenhos estão alocados em três grandes áreas de competência, ou seja, a organização e gestão para o cuidado, o cuidado individual e o cuidado coletivo.

Cabe um pequeno destaque no sentido de reafirmarmos que a prática de enfermagem não se dá de forma partida, constituída de “partes” que não apresentam conexão umas com as outras. Ao contrário, há um entrelaçamento permanente entre os conhecimentos, habilidades e atitudes no desenvolvimento de qualquer ação desencadeada e executada, ou seja, a realidade não pode ser dividida e, neste sentido, o movimento feito nesta pesquisa é de operarmos pequenos recortes num exercício de análise desta realidade. Desta forma, a apresentação em separado da análise dos dados atende a uma questão meramente didática, enquanto um “artifício” para a pesquisa.

3.1 Organização e gestão para o cuidado ¹¹

A temática gerência/gestão do sistema e dos serviços de saúde começa ganhar espaço privilegiado na agenda técnico-política no Brasil 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

¹¹ Os resultados apresentados nesse item foram analisados e apresentados em estudo que se configurou como dissertação de mestrado da pesquisadora: KAWATA, L.S. **Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família – uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial**. Ribeirão Preto, 2007. 137f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Ainda, ressaltamos que tais resultados estão publicados nos artigos:

KAWATA, L.S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na Saúde da Família: utilização de ferramentas de gestão. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, p.313 -20, abr-jun, 2009.

KAWATA, L.S. et al. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.45, n.2, p. 349-355, 2011.

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 96¹² 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 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).

Assim, 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 (BERTUSSI; MISHIMA, 2003; 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.

3.1.1 A supervisão como instrumento de controle e educação

A supervisão, compreendida como parte do processo coletivo do trabalho em saúde, relaciona-se às demandas e aos objetivos dos serviços e, portanto, consiste em um produto tanto de políticas institucionais e estruturais organizativas quanto de uma prática em que se reproduz e se constrói essas políticas, e apresenta três aspectos: político, de controle e de

¹² Norma Operacional Básica 1/96 – NOB 96 contempla aspectos relativos à organização do sistema de saúde e os processos de gestão.

educação (SILVA, 1997). Nesse sentido, na presente investigação, a supervisão realizada pelas enfermeiras é caracterizada principalmente pelos aspectos de controle e educação.

A dimensão do controle aparece no trabalho das enfermeiras recorrentemente. A finalidade que assume é no sentido estrito de “controlar” os trabalhadores (agente comunitário de saúde – ACS, médicos residentes, auxiliares de enfermagem), predominantemente quanto ao cumprimento de horário e jornada de trabalho, o que está relacionado à origem da supervisão no processo de trabalho, decorrente da divisão técnica e social que gerou a necessidade de existir uma atividade que assegurasse que normas e regras fossem cumpridas.

Os atributos mobilizados pelas enfermeiras para exercer tal controle envolvem: atitudes que podem indicar valorização do outro e preocupação com direitos e deveres no e para o trabalho; conhecimentos acerca: da saúde do trabalhador, da dinâmica e da rotina da unidade, de princípios éticos (como justiça, tolerância e responsabilidade), das atribuições de cada trabalhador; habilidades relativas ao tipo de linguagem, à tomada de decisão e à interação.

As observações indicaram pistas que, em determinados momentos ao realizar o controle, as enfermeiras fazem uma avaliação do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores e da necessidade de possíveis alterações no processo de trabalho da equipe, considerando a totalidade do serviço, a fim de que a atenção ao usuário não seja prejudicada. Ao mesmo tempo, não há evidências que as enfermeiras levam os trabalhadores a refletirem quanto a esta dimensão da supervisão, o controle. Assim, não está claro se existe articulação da dimensão do controle à organização do trabalho para todos os trabalhadores.

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.

A educação, outro componente do processo de supervisão, está presente no trabalho das enfermeiras em relação à capacitação das próprias enfermeiras e ao treinamento da equipe. Identificamos que, no cotidiano de seu trabalho, nem sempre há indícios que a educação desenvolvida apresenta o caráter de educação permanente, isto é, constituindo-se em um recurso estratégico para gestão do trabalho e recomposição das práticas de formação e atenção (BRASIL, 2004).

Observamos que as enfermeiras, ao promoverem e buscarem educação; mobilizam atributos relacionados à: conhecimentos clínicos, técnicos e organizacionais; habilidades para

articulação com outros níveis de atenção e atitudes que envolvem princípios de responsabilidade e preocupação ética.

Durante reunião de equipe, Enfermeira Verde: Põe na pauta da semana que vem, Ética. [...]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 [...] 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.

Assim, a supervisão pode ser um instrumento utilizado para promover o envolvimento dos trabalhadores com os objetivos do projeto do qual fazem parte, buscando responsabilização, cumprimento às questões éticas presentes no trabalho e educação permanente.

Diante do exposto, compreendemos que a forma como as enfermeiras combinam seus atributos para realizarem a supervisão pode ser fundamental para a implementação efetiva da Saúde da Família.

Dessa forma, nesta investigação, para a **ação**: realiza supervisão como instrumento de controle e educação, identificamos o seguinte **desempenho**: conhece sobre o trabalho de cada membro da equipe, a rotina e a dinâmica do trabalho na unidade, a condição de saúde dos trabalhadores e as restrições para o trabalho; utiliza princípios de justiça, tolerância e responsabilidade. Comunica-se utilizando linguagem de forma direta, concisa e clara durante conversa com os trabalhadores, possibilitando interação e participação no diálogo, explicando como a jornada de trabalho deve ser realizada, demonstrando atitude de respeito e de manejo de relações de poder. Realiza avaliação do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores e as alterações em seu trabalho de modo pontual e, conseqüentemente, no processo de trabalho da equipe, considerando fatores relativos à saúde do trabalhador como carga de trabalho, ambiente físico, segurança, a prática do serviço, a responsabilidade da unidade e da equipe com a assistência, de modo que o atendimento não seja interrompido, indicando respeito com os usuários.

3.1.2 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 possibilitar uma abordagem integral e resolutiva, já que pode ser implementado de um modo que articule as diferentes ações dos distintos profissionais, numa perspectiva interprofissional.

As observações do trabalho realizadas indicam 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. Em vários momentos, a reunião da equipe é o momento utilizado para tal integração. Ressaltamos que também pudemos observar que tal articulação não se restringe somente a esses momentos pontuais, mostrando que os trabalhadores também se articulam, para além desses momentos, sendo que, frequentemente, a enfermeira atua como intercessora da equipe, função que já foi identificada no estudo de Teixeira (2002).

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 fizesse 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 UBS 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.

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.
Durante atendimento para coleta de Papanicolau:
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 pelos 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 a coleta dados por meio de entrevista.

Após explicitação da usuária quanto à 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 a expressão da integração com o trabalho desse profissional, indicando que possivelmente existe espaço para gestão do cuidado compartilhada 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 apontam Peduzzi e Ciampone (2005).

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, indicando que seguem a perspectiva de que “todos profissionais de saúde executam suas ações dentro de certa esfera de autonomia e responsabilidade [...]” (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005, p.116).

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 inter jogo 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).

Diante do exposto, para a **ação**: realiza o trabalho em equipe na Saúde da Família, identificamos o **desempenho**: conduz discussão de casos, possibilitando espaços para que qualquer trabalhador exponha seus conhecimentos. Toma decisão de modo centralizado e vertical. Tem atitude de fazer contato com outros níveis de atenção, a fim de obter informações sobre os usuários e famílias e de trocar experiências. Realiza avaliação de risco e de prioridades, articula o cuidado, a fim de buscar continuidade, intersetorialidade e integralidade, através da mobilização da equipe. Reconhece como relevante o trabalho desenvolvido pelos outros membros da equipe.

3.1.3 O controle social no processo de gestão

O controle social como um instrumento que possibilita a construção de cidadania 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.

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 (TESTA, 1992). 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. Estes aspectos encontram-se presentes em distintas dimensões do trabalho em saúde, tanto do ponto de vista constitucional, como nos processos de educação permanente em saúde, na organização dos Colegiados de Gestão Regional previstos no Pacto de Gestão (BRASIL, 2006b, CECCIM, FUERWEKER, 2004).

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 ideia 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.

A participação e discussão de temas relativos à área da saúde nos colegiados é um meio de viabilizar 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.

Os ACS 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, chamou atenção à forma como se refere ao membro da população, trazendo para o diálogo de certa forma o preconceito em relação à eleição desta pessoa.

Durante reunião para na UBDS sob coordenação do Centro de Atenção Primária para programação da Comemoração dos 50 anos do HC.

Enfermeira Verde: A ideia seria que a pessoa falasse um pouco da contribuição do HC dentro da vida dela? Essa pessoa falaria 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.

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.

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.

Assim, para a **ação**: realiza controle social no processo de gestão, identificamos o **desempenho**: conhece a função e o regulamento da Comissão Local de Saúde. Pontualmente reflete sobre os problemas identificados. Procura alternativas que possam ser negociadas com a comunidade. Reconhece a Comissão Local de Saúde como um espaço de reivindicação e a importância da participação dos trabalhadores neste colegiado.

Diante desse desempenho, 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?

3.1.4 A organização do trabalho para a 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).

A observação participante mostrou 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.

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. 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 ACS 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?

A enfermeira mobiliza a equipe, durante reunião, para questões referentes aos 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 também 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”.

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 antiderrapantes. 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).

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. No entanto, questionamos: há algo sistematizado para a previsão e provisão de material? Existem instrumentos que a enfermeira possa utilizar para realizar essa tarefa?

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 doo pro CSE. Levo lá pra eles. Outro dia eu fui no CSE e pedi uma agulha 30 por 7.

Ao transmitir informação, explicita 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, destacamos 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 a 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.

Enfim, para a **ação**: realiza a organização do trabalho para a produção do cuidado, identificamos o **desempenho**: participa de discussões junto à equipe, questiona condutas, justificando o motivo dos questionamentos. Indica limites do exercício profissional e demonstra atitude de preocupação com o acesso dos usuários aos serviços e com a continuidade da atenção. Realiza o cuidado embasando-se em protocolos de atendimentos, regionalização e a história dos usuários, considerando o vínculo com os usuários do serviço. Toma decisão de forma centralizada, não busca a responsabilização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, não organiza o trabalho na lógica da educação permanente em saúde.

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.

3.1.5 Coordenação e planejamento do trabalho

As observações do trabalho das enfermeiras indicaram que o planejamento está direcionado a serviços, escalas, atividades (de promoção à saúde e de educação permanente) e ao cuidado, já a coordenação está relacionada à organização do trabalho para a produção do cuidado.

O planejamento que consiste em um conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e organizacionais, que possibilita a programação de estratégias e ações necessárias a partir de uma dada realidade, para alcançar os objetivos propostos. Desse modo, o planejamento tem ganhado importância como instrumento/atividade dos processos de gestão (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) (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005).

Nesse estudo, o planejamento, enquanto ferramenta do trabalho da enfermeira apresenta-se como impulsionador de práticas e mais voltado para a articulação dos processos de trabalho.

Para o planejamento de atividades, as enfermeiras, em certos momentos, identificam a necessidade da elaboração do plano, coordenam, articulam e descrevem possibilidades, identificam os atores e os recursos envolvidos com o plano, tentando viabilizá-lo, realizando previsão de situações e possíveis alternativas para a tomada de decisão.

Um elemento importante identificado refere-se ao fato das enfermeiras considerarem o sistema de informação um instrumento essencial para o conhecimento da realidade demográfica e epidemiológica, o qual viabiliza o gerenciamento, já que possibilita subsidiar o planejamento e a tomada de decisão e promover mudanças nas intervenções no nível individual e coletivo.

Observamos as enfermeiras também planejam atividades de educação permanente. Ao fazer isso, as enfermeiras mobilizam atributos, provavelmente considerando a importância e finalidade da atividade para o trabalho da equipe.

Além de realizar planejamento de atividades de ensino a estudantes e de educação permanente, identificamos que, predomina no cotidiano do trabalho das enfermeiras o planejamento de atividades para o cuidado individual. Destacamos que, no trabalho das enfermeiras, o planejamento oscila entre momentos em que é desenvolvido de modo mais participativo e momentos em que realiza pequenas colaborações a fim, possivelmente, de qualificar as atividades a serem realizadas por outros trabalhadores, já que o planejamento consiste na arte de fazer escolhas e de desenvolver planos que favoreçam o processo de intervenção (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005).

Ainda, identificamos que, em raros momentos, as enfermeiras desenvolvem o planejamento de atividades para comunidade, embora este seja um foco bastante enfatizado na ESF (BRASIL, 1998). Um exemplo desse tipo de atividade observado foi a programação de atividades de férias para a população tanto na unidade como em articulação com outras instituições, o que indica que as enfermeiras possivelmente manejam valor acerca da intersetorialidade e a integralidade no cotidiano do serviço, princípios norteadores da Saúde da Família (BRASIL, 1998).

Equipe discutindo sobre o público alvo da atividade.

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: À tarde? [...]

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

Enfermeira Rosa: A gente define junto. [...]

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. [...] 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 [...].

Na situação acima, a enfermeira participa de elaboração de programação de atividades de férias na unidade, 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.

Durante a discussão, 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?

Ressaltamos que, frequentemente, as enfermeiras aproveitam o momento de reunião de equipe para realizar também o planejamento de serviços (como por exemplo, o envio de relatórios) e coordená-los.

Considerando que 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 redução dos atritos e a condução do processo de trabalho mais colaborativo (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005), identificamos que as enfermeiras desenvolvem o planejamento de ações para a organização do cuidado juntamente com o exercício da coordenação.

No conjunto das atividades identificadas, chamamos 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 USF. 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.

Considerando a **ação**: realiza coordenação e planejamento do trabalho, identificamos o **desempenho**: participa da elaboração, coordenação e articulação do planejamento. Identifica os recursos (estrutura física, sistema de informação, localização de documentos na unidade) e os fatores (perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita) envolvidos com o plano.

Elabora o desenvolvimento das atividades atendendo à finalidade para a ação da unidade de saúde como priorização das famílias de acordo com a classificação de risco e por agravos presentes, atenção voltada a grupos de risco, ampliação da clínica, atuação junto com outros profissionais. Reflete sobre a previsão de situações e possíveis alternativas para a tomada de decisão com compromisso e responsabilidade. Identifica problemas potenciais, desenha cenários possíveis, tentando acumular subsídios para agir no sentido de evitar intercorrências na organização do serviço e ter suporte caso essas venham a ocorrer.

É importante destacarmos que os elementos aqui apontados em relação ao trabalho gerencial da enfermeira na Saúde da Família, estão separados para fins de análise, uma vez que no cotidiano a mobilização dos atributos se dá de forma intimamente articulada.

Finalizando, todo o conjunto das observações em relação à organização e gestão para o cuidado parece indicar que a gestão é centralizada na enfermeira, o que dispara a seguinte reflexão: o que determina a centralização do processo de gestão na enfermeira na Saúde da Família?

3.2 O cuidado individual e o cuidado coletivo

A definição de cuidado tem sido amplamente discutida e pode variar de acordo com os autores em decorrência às várias maneiras de se olhar o cuidador, ser cuidado o e entorno (ROCHA et al., 2008). Adicionalmente, o cuidado acompanha a evolução da sociedade, sendo discutido em diferentes contextos (SILVA et al., 2009).

Diante disso, neste estudo, estamos considerando que o cuidado humano representa um modo de ser e de se relacionar, isto é, envolve interação que pode variar de acordo com suas características e intensidade (WALDOW, 2004). Ainda, cabe ressaltarmos que o cuidado humano não pode ser prescrito e nem segue receitas, devendo ser sentido e exercitado, já que se constitui em um compromisso de estar no mundo, de contribuir para construção da história e da vida (WALDOW, 2004).

Mais especificamente, ao voltarmos nosso olhar, na presente pesquisa, para cuidado em saúde, estamos entendendo-o como um trabalho vivo em ato, ou seja, fruto do estabelecimento de um espaço intercessor, de um espaço de escuta e intervenção visando o atendimento de necessidades de saúde; um encontro entre pessoas no qual se estabelece um conjunto de expectativas e produções, com a criação de espaços de escutas, falas, empatias e interpretações (MERHY, 1997).

O cuidado de enfermagem pode ser compreendido como

um processo que envolve e desenvolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, cultural, social, econômico,

político e psico-espiritual, buscando a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana (ROCHA et al., 2008, p.114).

Nesse sentido, a ESF possibilita que a enfermagem desenvolva o cuidado por meio de ações direcionadas às necessidades de saúde dos usuários e não para a racionalização do trabalho do profissional médico (MATUMOTO et al., 2011), o que se constitui em um desafio. Salientamos que as ações de cuidado no modelo hegemônico de saúde ainda são realizadas com foco no indivíduo, no curativo e de modo desarticulado das reais necessidades de saúde (FORTUNA et al., 2011).

Diante do exposto, consideramos que existem maneiras de cuidar que, na maior parte das situações, expressam a forma como pensamos, pois o cuidado não se restringe a fatores técnicos, ou seja, ao desenvolvimento de um procedimento, mas sim envolve aspectos éticos, emocionais, cognitivos e de intuição (WALDOW, 2004).

Dessa forma, no processo de cuidar, o enfermeiro estabelece relações intercessoras com o usuário, podendo acionar, em seu trabalho, a escuta, o vínculo e a responsabilização, com habilidades para lidar com a imprevisibilidade do trabalho (MATUMOTO et al., 2001).

As reflexões sobre a prática podem ser consideradas um desafio, pois podem revelar realidades que, às vezes, desejamos esconder (WALDOW, 2004). Assim, a investigação sobre a prática da enfermeira na Saúde da Família, faz-se fundamental, já que as situações vivenciadas no cotidiano podem apresentar necessidades de usuários e famílias que requerem não somente o desenvolvimento de uma tarefa, mas também conhecimentos e habilidades em cuidar no atual modelo de reorganização da Atenção Básica.

Dessa forma, partindo da premissa de que a finalidade do cuidado pode indicar quais tecnologias são necessárias em certa situação, questionamos: quais os atributos que compõem os desempenhos da enfermeira atuante na ESF para o desenvolvimento do cuidado individual e coletivo?

É importante destacarmos que estamos considerando como cuidado coletivo as ações que envolvem não a instância particular de um dado indivíduo, mas um grupo de pessoas.

Merhy (1985), ao discutir as transformações que vão ocorrendo na concepção e prática da Saúde Pública no país, indica que o coletivo pode ser considerado como a soma de indivíduos e, neste sentido, as práticas de saúde e da saúde pública assumem características específicas. Aponta ainda este autor que, em sua demarcação histórica, o coletivo também vem sendo tomado como marcado pelas relações sócio históricas que definem vida dos homens em sociedade e, portanto, o coletivo não pode ser tomado como a somatória de indivíduos, mas como o conjunto de homens em relação na vida em sociedade, marcados

pelas diferenças do ponto de vista da apreensão dos bens de consumo na sociedade, e neste sentido, a prática em saúde deve considerar este aspecto (MERHY, 1985).

Já Silva (1996, p.4) traz que “o coletivo em saúde pública é mais do que a mera somatória de indivíduos. Pressupõem-se nele características próprias, inerentes ao conjunto, mas inexistentes nos indivíduos”. Dessa forma, através das ações coletivas, espera-se um resultado geral e impessoal, no mais das vezes preventivo, o que não significa dizer que certas ações compreendidas como coletivas tenham efeitos particulares sobre indivíduos. Para exemplificar as considerações acima sobre cuidado coletivo, Silva (1996) traz o exemplo das vacinas.

Estas exercem seus efeitos induzindo imunidade, total ou parcial, a uma determinada doença nos indivíduos nas quais são aplicadas. Para o controle e mesmo a erradicação de uma dada doença não é imprescindível a vacinação da totalidade dos indivíduos; a vacinação de parte deles, proporção esta variável conforme as características de cada doença, já é suficiente para atingir o fim proposto, graças ao impacto sobre a circulação do agente infeccioso naquela dada população. A vacinação como ação coletiva se consegue, no entanto, através da vacinação de cada um, individualmente. A vacinação pode ser realizada sem o fim almejado do controle ou da erradicação, apenas a proteção individual, como no caso da raiva ou da febre tifoide (SILVA, 1996, p.4).

Ainda sobre o cuidado coletivo, concordamos com Silva (1996) que também considera as ações de saúde pública de intervenção sobre o ambiente como ações coletivas, em que o fim e o meio se fazem sobre algo que não os indivíduos, como, por exemplo, eliminação de roedores, coleta de lixo, canalização de esgoto.

Cabe destacarmos que parece haver uma diferença entre os dois autores na compreensão de coletivo, embora os dois estejam afirmando que não se pode considerar o coletivo como soma de indivíduos, pois Silva (1996) indica a questão em uma ação técnica como a vacina, sendo que em outras situações pode-se não seguir a mesma lógica apontada, mas sim a indicada por Merhy (1985) que trata do coletivo considerando a determinação social do processo saúde-doença-cuidado e, portanto, a existência de doenças e agravos assim como a definição de ações dirigidas ao coletivo que devem considerar as condições diferenciadas de vida dos homens em sociedade.

Nesse momento é importante lembrarmos que, na história da saúde, as ações individuais se compuseram como opostas àquelas de cuidado coletivo, de forma que a clínica se constituiu de saberes que classificam, diagnosticam e tratam em função da lógica da disfunção e as ações de cuidados coletivos voltavam-se para espaços sociais, comportamentos de risco, classificações de agravos comuns, estratificação de populações, propondo atuações com impactos nos indicadores de saúde (FORTUNA et al., 2011).

Enfim, consideramos que as ações de cuidados coletivos não podem ser “apartadas do atendimento clínico. Elas podem ser potentes para interrogar o cotidiano do trabalho em saúde

e, ainda, podem permitir o (re) laçar das ações de promoção e prevenção aos atos de cuidar” (FORTUNA et al., 2011, p.582).

3.2.1 Consulta de enfermagem nos diferentes ciclos de vida

A consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, constitui-se de uma estratégia na qual se usa componentes do método científico para identificar situações de saúde e doença, prescrever e implementar ações de enfermagem que visem à prevenção de doenças, promoção, proteção e reabilitação da saúde do indivíduos, famílias e comunidades (COFEN, 1993).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (1993), a consulta de enfermagem deve seguir os princípios da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde, compondo-se de histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem.

É realizada com a responsabilidade de, diante dos problemas identificados, promover ações que envolvam cuidados diretos e indiretos, orientações condizentes com as situações e encaminhamento a outros trabalhadores, quando houver limite de competência técnica para resolução do problema (FORANZIER; SIQUEIRA, 2006). Assim, a realização de consulta de enfermagem eficaz e efetiva, requer, além de conhecimento, habilidades para a tomada de decisão e atitude de atenção ao usuário que está sendo atendido.

Na presente pesquisa, observamos que a consulta de enfermagem é desenvolvida na Saúde da Família focando as diversas etapas do ciclo da vida.

A consulta de enfermagem à criança é uma estratégia de atendimento para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, visando promoção, proteção e recuperação da saúde (SAPAROLLI; ADAMI, 2010).

9:25h Enfermeira Branca: Cartão de vacina dele veio?

Enfermeira Branca observa o cartão: Tá tudo bonitinho. Que idade ele tem agora?

Mãe da criança: 1 ano e 11. Ele não quer comer comida dele. Só a nossa agora. Ele só toma leite de soja. Na janta ele come. Fruta com leite ele vomita, nada. Sabe aquele salgadinho ruim, às vezes, eu deixo ele comer um pouco.

Enfermeira Branca: Aquilo é bom não dar. E a fruta, vai tentando insistir. Se a família come, talvez a criança come. Suco ele toma?

Mãe da criança: Toma

Enfermeira Branca: Mais alguma coisa?

Mãe da criança: Ele tá bem!

Enfermeira Branca: Sulfato ferroso, ele toma?

Mãe da criança: Toma. Trouxe até a receita. A vitamina já tirou. Quando fizer 2 anos vai fazer o exame de sangue?

Enfermeira Branca: Ele tem consulta com Dra Fulana. Aí ela é que vai ver. Ele já fala?

Mãe da criança: Fala. Já troca roupa.

Enfermeira Branca: Agora vamos pra tortura dele (se referindo ao peso).

Criança começa chorar porque vai pesar. Enfermeira Branca pesa a criança.

Mãe da criança: Sábado, ele caiu e bateu a cabeça.

Enfermeira Branca: Vamos pôr fraldinha pra medir. 76 cm!

Mãe da criança: Então, ele bateu a cabeça. Se fosse sido durante a semana, eu tinha trazido ele aqui. Aí eu fiquei observando se dormia, se vomitava, disseram que não pode. Enfermeira Branca: Dormir, às vezes, a criança chora e cansa, aí dorme. Mas o vômito deve observar mesmo. Só precisa observar sonolência. Esse moço perdeu peso do mês passado (olhando o prontuário).

Mãe da criança: Ele ficou gripadinho e não comeu. Quanto ele perdeu?

Enfermeira Branca: 300g. Sulfato ferroso vamos passar pra 11 gotinhas. Já tem 11 Kg!

Mãe da criança: Que dia é a consulta?

Enfermeira Branca: Dia 28, acho. Já vou ver. Lembra daquela história de dar sulfato ferroso meia hora antes do suco de laranja?

Mãe da criança: Lembro. É assim que eu dou.

Enfermeira Branca: Mais alguma coisa?

Mãe da criança: Não. - 9:45h Término da consulta

A observação acima nos mostra certo modo de conduzir a consulta de enfermagem, com a realização de uma breve coleta de dados, verificação de peso e estatura, orientação sobre medicamentos em uso e alimentação. Ressaltamos que a enfermeira não investiga outras possibilidades de assistência a partir da fala da mãe da criança sobre a queda, parecendo não usar de raciocínio clínico e crítico.

Sabemos que, durante a consulta de enfermagem, uma das etapas para sistematização dos dados é realização o exame físico. Atualmente, a enfermeira, durante a sua formação acadêmica, tem a disciplina semiologia e semiotécnica, na qual são retomados conhecimentos de anatomia, tornando possível a identificação de problemas através das técnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta. Com esse conteúdo, é esperado que a enfermeira tenha habilidades essenciais à execução do exame físico completo durante o qual podem ser detectados dados objetivos (sinais) e confirmadas informações coletadas durante a anamnese (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008). Assim, o exame físico consiste em um procedimento fundamental a ser executado no cotidiano da enfermeira, como forma de possibilitar dados/informações sobre estado do usuário (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008).

Na presente investigação, devido ao fato das enfermeiras, sujeitos de pesquisa, terem completado a graduação há mais de 10 anos, talvez esse conteúdo não tenha sido desenvolvido durante sua formação, podendo gerar dificuldades do uso no cotidiano dos serviços.

Apesar disso, observamos momentos pontuais em que o exame físico desenvolvido pelas enfermeiras não se limita à verificação de peso, estatura, sinais vitais.

Ante de iniciar o atendimento, Enfermeira Azul diz à pesquisadora que a criança nasceu com estenose de ureter. Durante a consulta, Enfermeira Azul coleta dados sobre: alimentação, eliminações intestinais e urinárias, vacinação, sono, crescimento e desenvolvimento, erupção dos dentes. Pesa a criança, ausculta frequência cardíaca e abdômen, põe termômetro, mede perímetro cefálico, toca fontanela, examina boca, observa cicatriz nas costas:

Enfermeira Azul: E seu marido, já entendeu que o Arthur é uma criança normal? [...]

Enfermeira Azul: Aqui é do dreno?

Mãe da criança: É

Após auscultar pulmão, Enfermeira Azul: Esse catarro tá na garganta. Pulmão tá limpinho.

Enfermeira Azul sai da sala pra conversar com médico. Passa o caso e pergunta se pode passar leite de vaca. Médico faz que sim.
Enfermeira Azul: Ele tá resfriado. Ele tá com tosse, principalmente quando deita, o pulmão tá limpinho (falando para o médico)
Enfermeira Azul: Você quer o otoscópio? (Diz pra o médico).
Médico examina e diz que pode entrar com descongex ou até antibiótico.
Enfermeira Azul faz um roteiro de alimentação para mãe levar pra casa, com orientação.
Enfermeira Azul: É hora de começar sulfato ferroso. Ele vai começar com 3 gotas. Começa devagar. Não deu diarreia, aumenta pra 5. Sulfato ferroso é uma gota pra cada Quilo. Portanto, 7 Quilos é igual 7 gotas. Deve ser dado de manhã. Dá na colher e, em seguida, dá suco pra lavar a boca. Porque se der na chuquinha fica lá no fundo igual açúcar.

No fragmento acima, identificamos que a enfermeira demonstra habilidade de interação com a criança e de uso linguagem acessível à compreensão da mãe, preocupando-se em fazer um roteiro de alimentação por escrito. Detém conhecimento técnico científico para acompanhamento de: crescimento e desenvolvimento, exame físico, alimentação e utilização de equipamento (otoscópio) disponível na unidade. Destacamos que o exame físico realizado incluiu ausculta, com avaliação clínica e detecção de problema. Assim, a enfermeira toma decisão de passar o caso para o médico, possivelmente por encontrar limite profissional (prescrição de medicamentos). É interessante perceber que o médico faz avaliação, durante a consulta de enfermagem, o que evita fragmentação do cuidado.

Chamamos atenção para o fato de a enfermeira apresentar conhecimento sobre a história da criança (nasceu com estenose de ureter), o que lhe dá subsídios para demonstrar habilidades no acompanhamento da família e do relacionamento familiar, possibilitando concretizar a longitudinalidade, um atributo da atenção primária definido como a assistência / acompanhamento ao longo do tempo, ou seja, uma relação entre trabalhador e usuários de longa duração com o estabelecimento do vínculo entre o trabalhador e a família, ou a pessoa que está sendo assistida (STARFIELD, 2002).

De acordo com Starfield (2002), a longitudinalidade facilita o reconhecimento de determinados problemas, conforme podemos observar na situação abaixo.

Médica: Enfermeira Verde, eu queria que você orientasse Dona Fulana a colocar soro no nariz (da criança de 1 ano).
13:50h Durante atendimento, Enfermeira Verde: Nenê não é fácil! Enfermeira Verde dá um brinquedo para criança, limpa o nariz da criança, utilizando papel higiênico.
Enfermeira Verde: Tá até esfoladinho. De tanto limpar. Enfermeira Verde coloca a criança na maca. Segura a cabeça, fala pra avó segurar a mãozinha. Coloca soro fisiológico na narina da criança. Criança chora.
Enfermeira Verde: Ô tadinho! Papel é mais higiênico. O pano a gente faz cultura de bicho. Enfermeira Verde pega um cotonete e tenta passar na narina da criança. Criança chora e não deixa: Tá bem grudadinho o catarro dele. A senhora viu que eu joguei (Soro fisiológico) um tanto e ainda não caiu. Deixa eu explicar pra senhora. Quando a criança começa tomar antibiótico, já melhora. Mas tem catarro. Tá grosso, precisa desgrudar. Usa o papel higiênico porque o paninho cultura o bicho. Quantas doses ele já tomou?
Avó: [...] Avó fala que não está sendo fácil cuidar da criança
Enfermeira Verde: Não é fácil né! Precisa ver com a Ciclana (mãe da criança) se não dá pra colocar na creche.

Avó da criança começa chorar.

Enfermeira Verde: O que foi que a senhora tá emocionada? Criança é um toco amarrado [...] Dá trabalho. Tudo que a senhora pode, faz. Mas precisa ver com a mãe da criança. Isso que eu fiz com ele, às vezes, a senhora fica com dó. Mas precisa lavar o canal.

Enfermeira Verde pega o frasco de soro: Põe a mão aqui, pra senhora ver.

Enfermeira Verde dá o frasco pra criança brincar: Deixa ele brincar pra perder o medo.

Enfermeira Verde abre o armário, pega um boneco e dá pra criança brincar.

Enfermeira Verde: Põe soro no nenê! (interagindo com a criança)

Avó: Hoje eu fiquei desesperada porque tava com febre e não achava o telefone da mãe.

Enfermeira Verde: Deu febre, tira a roupa, coloca a criança no chuveiro. Ele tá com quanto tempo?

Avó: [...]

Enfermeira Verde: Ele precisa ficar no chão, engatinhar. Não fica com dó de pôr ele na escolinha. A senhora já não tem mais 20 anos. Eu não tô chamando a senhora de velha.

Avó: Eu entendo.

Enfermeira Verde: Tá escorrendo e tá mais branquinho (se referindo ao catarro).

Enfermeira Verde: Eu vou dar o sorinho pra senhora levar. A senhora é uma vitoriosa viu!

14:10h Enfermeira Verde acompanha avó até a recepção, ajuda colocar a criança no carrinho. Após a consulta Enfermeira Verde fala pra mim: Dá dó vê essa avó assim.

Enfermeira Verde conta que a mãe da criança era casada há 15 anos com o pai da criança. Até que um dia o homem casou com outra. A mulher (mãe da criança) que sustentava o homem com faxina. A família do homem apoiou a mulher e, portanto, a mãe do homem (avó) que está cuidado da criança.

Na situação acima, observamos que a Enfermeira Verde identifica necessidade de saúde, não só da criança como também da avó (cuidadora), formula um problema e executa cuidado voltado ao biológico (aplicação de soro fisiológico para fluidificar secreção nasal), aproveitando para realizar um diálogo sobre a condição da família.

Identificamos que, na Saúde da Família, as enfermeiras se deparam frequentemente com situações sociais que demandam desenvolvimento de habilidades essenciais (como escuta, desenvolvimento de vínculo, comunicação e interação) para manejar os casos.

Durante atendimento, criança de 4 meses vomita e Enfermeira Azul passa papel no chão.

Mãe da criança: Ele faz isso sempre. Daqui a pouco, eu bato nele.

Enfermeira Azul: Ele não tem culpa. Tem jeito de fazer suco natural?

Mãe da criança: Que jeito, bater no liquidificador?

Enfermeira Azul: Não, espremer.

Mãe da criança: Eu dou na colher.

Enfermeira Azul: Você sabe que horas?

Mãe da criança: Não.

Enfermeira Azul: Na hora da Xuxa.

Mãe da criança: A televisão queimou.

Enfermeira Azul: E agora, como vamos ver a hora? Nosso horário era pela TV. Como acompanha o horário?

Mãe da criança: Pelo rádio. Eu durmo até meio dia.

Enfermeira Azul: E a Fulana? (a outra filha)

Mãe da criança: Dorme também.

Enfermeira Azul: Mas ela precisa comer. Precisa brincar no sol.

Fulana quase cai brincando na escadinha.

Mãe da criança: Sua Maldita!

Enfermeira Azul: Será que não machucou? Por que você tá chamando ela de maldita? Criança é assim. Você já foi chamada de maldita?

Mãe da criança: Já.

Enfermeira Azul: O que você achou disso?

Mãe da criança: Eu xingava também.

Enfermeira Azul: Mas você quer que sua filha xingue também? Calma.

Mãe da criança: Você fica quieto! (falando pra criança de 4 meses) – Outra criança chora.
Enfermeira Azul: Uai, criança não pode chorar? Ela tem só 2 anos! Você fala muito brava com ela. Quando você machucava, sua mãe te batia?
Mãe da criança: Ixi. Quando eu era criança, ela chama de biscate, galinha.
Enfermeira Azul: E você gostava? Você era isso?
Mãe da criança: Não.
Enfermeira Azul: Se você falar palavrão, sua filha vai aprender.
Mãe da criança: Eu quebro os dentes dela.
Enfermeira Azul [...] Eu acho que a forma que você foi criada não precisa criar sua filha.
Enfermeira Azul: Então, as frutas. Você acha que dá pra comprar?
Mãe da criança: A vó dela compra. Mas eu tenho vergonha de pedir.
Enfermeira Azul: Mas o pai não tá trabalhando?
Mãe da criança: Tá.
Enfermeira Azul: E gasta tudo em um dia? (..) Um real por semana dá pra comprar a frutinha dele. Uma maçã dá pra 3 dias. Uma banana dá pra 3 dias. Compra nanica que é mais barato. Não dá carne, feijão. Precisa escrever?
Mãe da criança: Precisa.
Enfermeira Azul: E quem vai ler?
Mãe da criança: Eu dou pro homem lá do mercado ler. Eu faço assim

Observamos que na situação acima, a enfermeira, ao conhecer a situação social da família tenta encontrar maneiras para estipular o horário da alimentação, realiza orientação para compra dos alimentos de acordo com a renda da família, preocupa-se com a leitura da orientação alimentar e tenta mostrar para mãe das crianças modos mais adequados de educação. Assim, percebemos que realiza clínica ampliada, ou seja, busca “a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados [...]” (CUNHA, 2005).

A atuação da enfermeira na perspectiva apresentada corrobora com que o Matumoto et al. (2011) identificaram como “a clínica do cuidado”. Em pesquisa realizada em Ribeirão Preto, as autoras apresentam o movimento de ressignificação dos sentidos da prática clínica de enfermeiras atuantes na Atenção Básica, as quais denominaram como a clínica do cuidado aquela que se abre para a escuta das necessidades das pessoas, não se limitando ao indivíduo, mas também estendendo o olhar para a família e para o contexto de vida.

Apesar de na situação acima estar claro o desenvolvimento da clínica ampliada, em outros momentos, isso não ficou evidente, o que levanta a seguinte reflexão: o que as enfermeiras compreendem como clínica ampliada? O que determina a ampliação da clínica?

10:10h Atendimento para orientar preparo de leite para mãe de criança de 4 meses.
Na cozinha. Mãe da criança trouxe o leite e a mamadeira.
Enfermeira Verde: Como você costuma fazer? Você prepara do jeito que você tá acostumada. Você tem esquentado ou não?
Mãe da criança: Eu ponho tudo e esquento.
Enfermeira Verde: Você prepara e depois põe pra ferver?
Mãe da criança: É.
Enfermeira Verde: Vou te falar: você põe pra ferver e depois prepara. Leite em pó sempre põe a água pra ferver primeiro. Você pode optar pelo leite de saquinho, você vê o que compensa. Lê aqui: não usar pra menor de 1 ano salvo recomendação. (Mostrando escrito na lata de leite). Pra fazer o leite 100 ml, quanto você coloca de pó?
Mãe da criança: Tá escrito.

Enfermeira Verde: Onde tá escrito? Mostra pra mim. Enfermeira Verde olha a instrução na lata.

Enfermeira Verde: Se aqui é 100 ml, quantas colheres você vai pôr?

Mãe da criança: Uma.

Enfermeira Verde: Deixa eu ver aqui se tem copinho medida. Enfermeira Verde abre o armário: Aqui não tem. Eu vou buscar.

Criança chora.

Enfermeira Verde: Tá na hora de mamar? É bom que chora porque eu quero ver mamar.

Enfermeira Verde: Tá vendo esse copinho? Você vai fazer um copinho desse. Porque colher de sopa pode fazer morrinho. Essa é a medida em 100 ml.

Mãe da criança: Precisa ferver?

Enfermeira Verde: Dá uma amornada porque, às vezes, o bebê bebe melhor.

Mãe da criança: Tenho filtro.

Enfermeira Verde: Pode ser também.

Enfermeira Verde mostra como prepara o leite e coloca o leite na mamadeira.

Enfermeira Verde: Esse bico aqui tá grande. Às vezes, ele afoga. Enfermeira Verde dá a mamadeira pra criança.

Mãe da criança: Será que não tá muito quente?

Enfermeira Verde: Deixa eu tentar esfriar um pouquinho. Enfermeira Verde coloca a mamadeira embaixo da água. Criança começa chorar.

Enfermeira Verde: Que horas ele mama? Será que o peito ele aceita? Enfermeira Verde pega a criança.

Enfermeira Verde: Xixi não é? Você olhou? Enfermeira Verde coloca a criança de barriga pra baixo.

Enfermeira Verde: Cólica não é. Deve ser ouvidinho mesmo. A hora que eu cheguei você já tinha consultado? (Criança consultou antes com médica) Vamos ver se aceita peito.

Mãe da criança oferece o peito.

Mãe da criança: Eu tô preocupada se ele não pegar a mamadeira. De saquinho mistura?

Enfermeira Verde: Ele tá com quantos quilos?

Mãe da criança [...]

Enfermeira Verde: Então mistura. Acho que ele tá na fase de adaptação. Eu vou te mostrar a mamadeira que eu tenho aí. Essa sua, você vira e ela escorre. Talvez seja esse o estranhamento. Se der certo, eu te empresto e depois você vê uma.

Enfermeira Verde coloca o leite na mamadeira. Vira a mamadeira de bico pra baixo.

Enfermeira Verde: Olha, não cai

Enfermeira Verde oferece a mamadeira pra criança.

Enfermeira Verde: Aceitou?

Mãe da criança: Aceitou.

Enfermeira Verde: A outra tava entrando na goelinha dele, tadinho. Tava engasgando.

Enfermeira Verde mexe numa caixa com várias mamadeiras.

Enfermeira Verde: Cada uma tá faltando uma coisa. Você leva hoje. Tenta fazer assim: prepara a mamadeira, oferece o peito, quando você ver que ele acalmou, dá a mamadeira. Sexta-feira você vem aqui. É melhor de manhã ou à tarde? Eu tô falando sexta- feira porque vocês estão em adaptação. Depois você me devolve porque eu uso bastante. Essa eu fervei. O bico quando não é furado, é melhor. Se você encontrar, traz aqui que eu furo. Se não puder devolver agora, não tem problema. Eu empresto sem prazo.

Criança começa chorar.

Enfermeira Verde: Acalma. É um nenê que precisa acalmar. Vamos fazer o mesmo percurso: tentar acalmar, oferece peito e aí dá a mamadeira. Tem pessoa que é personalidade. Nenê que não tem paciência. Não tô descartando dor de ouvido. Às vezes, precisa acalmar. Alguns dos seus meninos é assim?

Mãe da criança: ...

Enfermeira Verde: Vai pra casa, vai levar essa mamadeira, vai fazer a medicação que a doutora deu. Eu posso marcar sexta pra ver como você tá atuando? Posso marcar 13:30h? Já deu tempo pra preparar almoço?

Mãe da criança: [...]

Enfermeira Verde: Ele mamou agora 20 ml. Então ao invés de preparar 100, prepara 60 ou 50. Você tá apreensiva com as mudanças, depois que adaptar você vai ver que deslancha. Vou te ajudar a levar as coisas.

Enfermeira Verde pega a lata de leite, as mamadeiras e a medida, coloca numa sacola e coloca no carrinho.

Enfermeira Verde: Eu to aqui anotando [...] - 10:55h término do atendimento

No fragmento anterior, a enfermeira realiza coleta de dados e orientações a partir do conhecimento prévio da mãe da criança. Identifica necessidade de saúde (da criança e da mãe) e risco (de aspiração), executa cuidados (observa e orienta o preparo do leite e a amamentação), utilizando recursos disponíveis na unidade e interagindo com a mãe. Tem atitude de considerar os aspectos econômicos para realizar orientação. Aqui é importante destacarmos ainda a habilidade da enfermeira para estimular autonomia da usuária, considerando a singularidade da criança.

Observamos que a consulta de enfermagem também é realizada para coleta de papanicolau, método considerado universal para a o rastreamento de câncer de colo de útero.

De acordo com Eduardo et al. (2007), no cotidiano das equipes na Saúde da Família, a enfermeira está engajada em atividades de prevenção do câncer cérvico-uterino, sendo relevante sua função. Segundo estes autores o maior número de coletas citológicas, na atenção básica, é realizado por enfermeiras.

Dentre os elementos descritos como fundamentais para qualidade do atendimento na coleta de papanicolau, encontra-se a informação às usuárias (EDUARDO et al., 2007). No caso abaixo, observamos a transmissão de informação sobre a periodicidade da realização da coleta de papanicolau a partir de mudanças no protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde e adotado pelo município.

Enfermeira Azul: Eu tenho uma notícia pra você. Agora com mudança do Ministério da Saúde, a cada 3 exames sem alteração, você pode ficar 2 anos sem fazer. Eu to aqui com exame seu de 2004, 2005. Então se der tudo certo nesse, você pode descansar 2 anos.

Um fator importante durante a coleta de papanicolau é a explicação à usuária acerca da técnica do procedimento, conforme podemos verificar na situação abaixo:

Durante consulta para coleta de papanicolau, Enfermeira Azul: Primeiro, a gente colhe material que vai pro laboratório. Depois a gente passa o líquido. A gente não vê o útero da mulher. Só o colo. Como se fosse assim: (mostra a face) Você não tá vendo minha boca só meu lábio. Foi visto uma feridinha aqui no colo do útero. Eu passei um líquido branco primeiro que parece um vinagre. E depois eu passei o líquido preto tipo café. Aqui ficou branco. Mostra desenho. É muito comum em parto normal [...] Os médicos podem falar: vamos cauterizar ou até falar pra não mexer. Não é nada.

Nessa situação acima, observamos que a enfermeira realiza a explicação do procedimento, utilizando linguagem de fácil compreensão, tendo atitude de realizar usar recursos (desenho, exemplo com a boca, coloração dos líquidos) para viabilizar o entendimento da usuária.

Não apenas os procedimentos técnicos são necessários ao cuidado prestado. Além da explicação acessível, da preocupação de que a usuária possa compreender o que se está fazendo, outras habilidades são necessárias no cuidado. A situação abaixo descrita ocorreu em uma consulta para coleta de papanicolau. Destacamos que a enfermeira, antes da realização do procedimento, escuta a usuária, realizando um acolhimento, ou seja, escuta os problemas de saúde da usuária, de forma qualificada, fornecendo uma resposta positiva e buscando responsabilização pela resolução do problema (SOLLA, 2005).

16:30h Consulta de enfermagem para coleta de papanicolau

Enfermeira Azul: Você está em crise?

Paciente: Tô querendo entrar em depressão.

Enfermeira Azul: O que você sente?

Paciente: Só vontade de chorar. Sábado eu acordei com pressentimento ruim e aconteceu.

Enfermeira Azul: Você quer conversar? Você brigou com alguém?

Paciente: É [...] Foi uma briga feia [...] Eu namorei 1 ano e 4 meses.

Enfermeira Azul: E essa briga teve agressão?

Paciente: Teve e muito né. [...]

Enfermeira Azul: Fica a vontade. Em que você que a gente pode ajudar?

Paciente: Dar remédio pra não deixar entrar em depressão.

Enfermeira Azul: Geralmente, os médicos que passam remédios, mas o que eu estou vendo é que os sintomas devem ter 15 dias pra entrar com o remédio.

Paciente: Tipo assim, de ir lá no bar e tomar remédio?

Enfermeira Azul: Você pensa em tirar sua vida?

Paciente: Eu fiz isso. Mas eu falei com minha patroa.

Enfermeira Azul: E que remédio você comprou? Veneno?

Paciente: É.

Enfermeira Azul: Você ouve vozes?

Paciente: Eu escuto as brigas.

Enfermeira Azul: Nesses dias, ontem e hoje, você pensou em se matar?

Paciente: Pensei. Mas aí eu penso nas minhas filhas.

Enfermeira Azul: Conversando com você eu percebo que você gostava dessa pessoa, que ela tinha coisas boas e que você sente falta disso. Você acha que vale a pena tirar sua vida por causa dessa pessoa?

Paciente: Não sei [...] Ele é bonzinho. Gente boa. Ele tem 41 e eu 32. Trata minhas filhas bem.

Enfermeira Azul: Eu sei que pessoas vão falar muitas coisas.

Paciente: Ixi. Já falaram mal dele pra mim, de mim pra ele.

Enfermeira Azul: A gente tem a sensação de que tem outra pessoa no meio. Coração é uma coisa que faz a gente sofrer né. Como eu conheço você a muito tempo, eu lembro quando você perdeu o pai da sua filha. E não foi separação. Ele morreu. E você foi superando. Você tem o direito da tristeza.

Paciente: Tem hora que eu penso em vingar. Mas aí que penso que isso não adianta.

Enfermeira Azul: Por isso é importante que você não faça nada por impulso. É legal quando você pensa. [...] Dá um tempo pra acalmar. [...] Eu acho que você é muito forte. Vai dar conta de sair disso. Nesse momento, tem que se valorizar um pouco [...] Se você acha que precisa de medicamento, a gente chama o médico e conversa com ele!

Paciente: Você acha que eu preciso?

Enfermeira Azul: Eu tenho dúvida.

Paciente: Não. Não fala pro doutor. Ele é homem. Eu tenho vergonha.

Enfermeira Azul: Não. Eu vou falar que você emagreceu, não tem dormido, pensou em suicídio. Não vou falar do namorado. Mas também tem tratamento sem remédio.

Fazer exercício físico. Aprender respirar. Fechar o olho e pensar numa coisa boa.

Paciente: [...]

Enfermeira Azul: Isso que você tá falando chama tristeza. Enfermeira Azul passa caso para o médico em outra sala e retorna.

Enfermeira Azul: O médico falou que podia te ajudar a dormir melhor com 2 coisas: uma é o diazepam, outro é o fenegan. O diazepam é faixa preta. E o fenegan é pra alergia que também é usado pros pacientes dormirem. A gente acha que você dormindo melhor à noite, você vai passar o dia melhor.

Paciente: Mas tipo assim. Se eu precisar conversar com alguém eu prefiro conversar com você. Não vou falar com outra pessoa. [...]

É no acolhimento que se abre a possibilidade de os trabalhadores mobilizarem todas as tecnologias de sua “caixa de ferramentas” para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários (FRANCO; BUENO; MERHY et al., 2003). É este movimento que observamos no fragmento acima. Durante o acolhimento, a enfermeira realiza coleta de dados (questiona se a usuária está em crise e investiga: brigas, agressão, ideação suicida, relacionamentos) e caracteriza a função mental (humor e afeto), demonstrando conhecimento sobre saúde mental e uso de medicamentos.

De acordo com Silva, Furegato e Costa Júnior (2003), a Atenção Básica constitui-se na principal porta de entrada dos usuários na procura por atenção a sua saúde, inclusive por sofrimento psíquico. Nesses serviços, o enfermeiro ocupa posição fundamental, pois, geralmente, ele é o primeiro profissional que tem contato com a pessoa que busca assistência. Além disso, os pacientes sentem-se menos intimidados pelos enfermeiros do que por outros profissionais de saúde e as aceitam mais facilmente, conforme pudemos observar na situação descrita. Assim, o enfermeiro tem que apresentar conhecimentos, habilidades e atitudes condizentes com sua responsabilidade de reconhecer e intervir apropriadamente nos casos em que o indivíduo está sofrendo de um transtorno de humor (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003).

No fragmento descrito, talvez o acolhimento tenha sido facilitado pelo fato da enfermeira conhecer a história da usuária, ou seja, de certa forma há presente a longitudinalidade da atenção. Ainda, este processo pode ter sido assim encaminhado pela habilidade da enfermeira para conduzir a coleta de dados, fazendo a usuária sentir-se segura para explicitar sua aflição, manter-se aberta para refletir e tomar decisão. Desta forma, ao explicitar uso de princípios éticos (sigilo) abre espaço para confiança e construção do vínculo.

A atuação da enfermeira corrobora com a compreensão de Leitão (1995) que, discorrendo sobre a escuta que os trabalhadores realizam acerca da fala dos usuários, apresenta a reflexão e a produção de considerações como “tentativas de decifrar a trama carregada de sentidos que se produz no cotidiano dos Serviços de Saúde” (LEITÃO, 1995, p.48). Nesta perspectiva, a autora considera que a escuta, dentre outros, implica em “interpretar o pensar, sentir e agir do outro de acordo com a realidade onde este está inserido” (LEITÃO, 1995, p.48).

Nesse momento, é importante a indicação que, além da sensibilidade para abrirem-se ao outro e oferecerem a escuta responsável, os trabalhadores necessitam também de formação em relação às questões da saúde mental. Souza et al. (2007), visando identificar a formação e as ações do enfermeiro em saúde mental no PSF, concluem que, sem formação específica na área, treinamentos e/ou atualizações, os trabalhadores podem ter dificuldades para desenvolver ações que envolvam essa área de conhecimento. O estudo mostrou que as enfermeiras entrevistadas relataram que comumente não desenvolvem atividades voltadas à saúde mental, contudo demonstraram reconhecer a existência de uma população com necessidade desse atendimento.

Ressaltamos também a orientação de tratamentos alternativos. Segundo Andrade e Pedrão (2005), o enfermeiro, ao atuar em saúde mental, tem condição de explorar várias modalidades terapêuticas na realização de sua atividade profissional, colocando em prática alternativas de atenção, a fim de que o usuário mantenha o exercício de sua autonomia e cidadania. Desse modo, a função do enfermeiro hoje é o de agente terapêutico e a base dessa terapia é o relacionamento com o paciente e a compreensão do seu comportamento (ANDRADE; PEDRÃO, 2005).

Observamos que a orientação de uso de terapias alternativas juntamente com medicamentosa para usuários com problema relacionado à Saúde Mental é enfatizada pelas enfermeiras, como podemos verificara no fragmento abaixo.

Paciente fala dos problemas: mudança na vida, depressão.

Paciente: Eu tô tomando tempo de você!

Enfermeira Verde: Nós estamos aqui pra isso. Você não acha que já ta saindo do poço? Você não toma nada?

Paciente: Tomo.

Enfermeira Verde: O que você ta tomando?

Paciente: Clonazepina e Haldol.

Enfermeira Verde: O Haldol você começou quando?

Paciente: Pouco tempo.

Enfermeira Verde: Ele demora, no mínimo 15 dias pra fazer efeito. O Haldol ele é assim: tijolinho por tijolinho. Demorou um tempo pra pedir ajuda. Quando pediu ajuda, metade do problema já foi. Sempre que tem uns episódios que dão umas pauladas na cabeça, a gente se dá conta que nós somos humanos. Tem coisa que a gente resolve devagar.

Paciente fala que não consegue dormir, tá elétrica, tem a impressão de falar rápido.

Enfermeira Verde: Senta na televisão, faz uma bacia de pipoca, namora. Você deve ser bastante exigente com você mesmo. 100% é pouco.

Paciente fala que não se sente melhor

Enfermeira Verde: Por isso que você ta aqui. Tá fazendo tratamento. Querer fazer a gente crescer não é uma coisa ruim, é uma qualidade, mas precisa saber lidar.

Mais uma vez, observamos que a enfermeira tem atitude de explicitar disponibilidade de escuta. Identificamos que detém conhecimento sobre aspectos farmacológicos da terapia medicamentosa da usuária, apresentando habilidade e atitude de usar linguagem de fácil compreensão para orientação de ação dos medicamentos. Tem habilidade para fazer orientação sugerindo atividades de lazer com os recursos que a usuária dispõe. Segundo

Andrade e Pedrão (2005), as modalidades terapêuticas alternativas (como música, ioga, atividade motora) podem trazer muitos benefícios ao paciente, como redução ansiedade e da irritabilidade, aumento da autoestima dentre outras.

A consulta de enfermagem também é desenvolvida para planejamento familiar - PF. Ressaltamos que, no Brasil, o PF está regulamentado pela Lei n.º 9.263/96 (BRASIL, 1996) que determina ações pautadas nos direitos reprodutivos, que garantam às mulheres e aos homens cuidados preventivos e educativos, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, visando limitar ou aumentar a prole.

9:50h Enfermeira Verde: Como a Fulana conversou mais ou menos comigo, eu chamei você aqui. (Falando pro marido da paciente). Quando a pessoa é casada, meu papel é chamar o casal. Hoje é nosso primeiro encontro, de uma série de encontros: meu papel é que essa decisão seja esclarecida porque não tem volta.

Enfermeira Verde observa o prontuário da família, coleta dados sobre os componentes da família e a idade de cada um, seguimento em outros serviços com convênio, ano de cadastro na unidade, tempo de união do casal.

Enfermeira Verde: O bom de vir os dois é que vocês têm tempo pra conversar, porque não tem volta. Porque vocês vão ficar com 2 filhos comuns só. Hoje temos métodos muito bons que não precisam da esterilização. Tem mulher que faz esterilização e adianta menopausa. Eu sempre uso aquele exemplo da novela. Lembra que a Vera Fisher engravida pra salvar a filha?

Paciente: Lembro

Enfermeira Verde: Tem métodos excelentes que você pode usar. Vamos esperar esse nenê chegar. Se é menino ou menina.

Enfermeira Verde pega um cartaz com os métodos contraceptivos.

Enfermeira Verde: Tem os métodos de hormônio. Tem os métodos de barreira. Tem o implante que coloca na gordurinha do braço. Esse é o DIU hormonal que não tem na rede, custa caro. O DIU de cobre o serviço público tem.

Enfermeira Verde mostra anel vaginal e diafragma.

Enfermeira Verde: Você conhece a camisinha masculina? E a feminina? Pode pegar (falando de pegar a camisinha feminina). Eu conheço pessoas com excelentes resultados com DIU hormonal e de cobre. Geralmente, quando usa os métodos de barreira a gente orienta usar a geleia espermicida pra potencializar. Eu estou colocando você a par, mas não é a hora de decidir. Pra você pensar você precisa adiar a cirurgia pra depois de mais tempo que o nenê nascer. Quando a mulher tá grávida, pensa diferente. Você sabe disso né?! É perigoso ver urubu e chamar de meu louro. Tô te mostrando outras opções porque, às vezes, não gosta de tomar remédio.

Paciente: Nenhuma pílula deu certo pra mim.

Enfermeira Verde: O que você sente?

Paciente: Engorda, dor de cabeça.

Enfermeira Verde: O DIU é muito bom.

Paciente: Eu tenho medo.

Enfermeira Verde: O que te dá medo?

Paciente: Esse ferrinho dentro de mim.

Enfermeira Verde: Esse ferrinho dentro de você deixa o ambiente desagradável pra engravidar. Passou mal, vem aqui e tira.

Paciente: Eu tenho medo da injeção.

Enfermeira Verde: Por quê?

Paciente: Porque várias pessoas já disseram que engravidaram tomando.

Enfermeira Verde: Então tomaram injeção sem nada? 100% só reza. Se usar camisinha, a gente orienta a geleia. Se tomar pílula e vomitar, tem que usar camisinha. Pílula é igual oração: não adianta tomar um dia e outro não. Se tem marido caminhoneiro e tomar só quando o marido vem, não adianta. Se tem marido vigilante e tomar um dia e outro não, não adianta. A injeção tem essa de 3 meses [...]

Tem mulher que não adapta com injeção, porque tá aqui todo mês pra fazer o teste, porque não tá menstruando. O DIU: precisa ver se está no lugar. [...] Precisa ver se está no lugar. A falha é de 2%. Mas a falha é humana. A gente esquece. Vai pensar em tudo isso. Deixa o nenê nascer. Tô fazendo isso pra você ver que tem outra saída. Acho que só tem o corte como a luz no fim do túnel. Você vai conversar comigo daqui 1 ano. Os dois: um conversa com outro. Porque se decidir a cirurgia, ele também precisa assinar, autorizar. [...] Tem gente que chega pra mim com 21 anos dizendo que quer cirurgia. Eu falo que tem a vida inteira. Comigo era isso hoje. Tem alguma dúvida? Esse é o tipo de atendimento que não marco retorno. Até a porta da cirurgia dá pra desistir. Agora curte a gravidez. Curte a barriga. - 10:30h

No atendimento para planejamento familiar, as atividades de informação têm que ser extremamente relevantes ao alcance das metas dos serviços e para satisfação dos usuários. Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde tenham atitude de empenharem-se na informação e no esclarecimento da clientela, com comunicação fluída e acessível para que essa conheça e compreenda a ação dos métodos de anticoncepção disponíveis e, assim, possa participar ativamente da definição e do alcance de seus objetivos reprodutivos (MOURA; SILVA, 2004).

Na situação acima, observamos que a enfermeira demonstra conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis no SUS e mobiliza os recursos (tabela e métodos contraceptivos) disponíveis na unidade para orientação do casal. Tem atitude de usar exemplo da novela para facilitar a compreensão, possivelmente visando que o casal faça uma escolha consciente.

Abaixo o fragmento descreve o atendimento da Enfermeira Verde a uma paciente que inicia a terapêutica medicamentosa para hipertensão arterial.

Enfermeira Verde: O que você tomou?

Paciente: Esse e esse (mostra a receita)

Enfermeira Verde: Paracetamol é pra dor. Plasil é pra náusea (olhando a receita). De manhã, tomou meio comprimido ou inteiro?

Paciente: Inteiro. Ela que me deu (apontando para auxiliar de enfermagem).

Enfermeira Verde: A hora que você tomou foi há mais ou menos 2 horas. O Plasil dá bastante sonolência mesmo.

Enfermeira Verde: Imagina que essas duas bolinhas são na sua cabeça, o Plasil age nelas e dá sonolência! [...] Agora você só vai tomar de novo às E o remédio da pressão você tomou perto das 9:30h, então vai tomar às 9:30h da noite. Deixa eu ver sua pressão de novo.

Enfermeira Verde: Vai dar essa zonzeira. Precisa dormir. A PA tava alta e, à vezes, dá uma abaixada. A hora que você veio de manhã tava 17 por 11. Agora tá 15 por 10. Já deu uma abaixada.

Paciente: Tava 14.

Enfermeira Verde: Agora você tá agitada.

Paciente: A minha preocupação é a pressão subir e me dar um infarto.

Enfermeira Verde: Olha se ele (médico) marcou quando saiu (falando pra auxiliar de enfermagem).

Enfermeira Verde: Peço pra você observar se tem algum alimento que desencadeia. Às vezes, abacaxi, tem gente que dá dor de cabeça. Produto de limpeza [...] Vou pegar o aparelhinho pra ver sua pressão. Enfermeira Verde pega o esfigmo e o estetoscópio no armário e verifica a pressão arterial.

Enfermeira Verde: Hoje tá melhor um pouquinho. 140 por 10. Semana que vem, vem medir de novo. Como você tomou o remédio faz uma hora, agora que vai começar fazer efeito.

Paciente: Será que vou acostumar com o remédio?

Enfermeira Verde: Vai. Quando a medicação fizer efeito, você vai se sentir molinha. O tempo tá muito seco, precisa tomar bastante líquido.

Paciente: Eu não tô conseguindo comer.

Enfermeira Verde: Conversa com o marido. Você que cozinha? Às vezes, quando tá ruim e tem que cozinhar, é ruim. Vê, se tiver condições, de pegar marmita. Mas é mais caro. Paracetamol toma se tiver dor de cabeça, Plasil toma se tiver náusea. Enalapril precisa tomar todo dia.

Paciente: Então 14 por 10, tá bom?

Enfermeira Verde: Tá descendo. Não pode descer de uma vez!

11:00h Término do atendimento - Enfermeira Verde anota no prontuário.

Durante o atendimento, a enfermeira demonstra que apresenta conhecimento sobre farmacologia (ação dos medicamentos, interação entre medicamentos, tempo de ação). Tem habilidade de comunicação, utilizando linguagem de fácil compreensão. Além disto, detém conhecimento sobre a história da usuária (longitudinalidade), apresentando uma atitude de ampliar a coleta de dados para aspectos além do biológico (onde é sua loja? quem cozinha em casa?) e de fazer orientações e sugestões, considerando as condições socioeconômicas da usuária.

Felipe, Abreu e Moreira (2008), em investigação sobre os aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente hipertenso na Saúde da Família, identificaram que o enfermeiro tem papel fundamental no tratamento de pessoas com hipertensão arterial, especialmente nas orientações acerca dos vários aspectos da doença. No entanto, nas consultas de enfermagem observadas no estudo realizado em Fortaleza, não foram desenvolvidas as etapas do processo de enfermagem, fato que também identificamos na presente pesquisa.

Ressaltamos a atitude da enfermeira em registrar o atendimento, já que a anotação consiste em uma das formas de outros membros da equipe terem acesso às informações referentes ao estado da usuária (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008).

A enfermeira também desenvolve atendimento individual para orientação alimentar. Identificamos que, muitas vezes, essas orientações são solicitadas por outros membros da equipe, principalmente o médico.

11:30h Sexta-feira. Enfermeira Verde faz atendimento para orientação alimentar para usuário com diarreia. Realiza coleta de dados sobre histórico alimentar, eliminações intestinais, uso de soro caseiro, trabalho

Enfermeira Verde: Agora você vai entrar numa dieta. Geralmente, esse vírus que ta dando é auto limitante. Ele fica gordinho e vai embora. Cuidado, às vezes, no banheiro, fezes líquidas, é bom limpar direito. Esse soro de pacotinho é pra tomar. Deve ser dissolvido 1 pacote em 4 copos de requeijão. Se puser coisa sólida, vai voltar. Vai tomar soro, limonada fraca, torrada e chá. Não adianta pegar um copo assim de limonada. Pega meia xícara de café, toma um pouco. A xícara de café é a medida, põe limonada. Não é pra tomar leite, café e chocolate. Na hora do almoço de amanhã, deu aquela fome, não vai pegar feijoada! Tá liberado: arroz bem cozido com cenoura e batata [...] Igual bebê. Além de suco de limão, torrada e chá, pode fazer, sabe pacotinho de miojo, macarrão sem o tempero. Coloca meia colher de manteiga e divide no prato em 4. Come um pouco de cada vez. Porque eu tô falando miojo, porque a pessoas, às vezes, não tem paladar pra arroz. Refrigerante tá proibido porque tem gás. Além do suco de limão, banana. De preferência maçã ou prata. [...] Eu vou pedir pra médica pra fazer atestado pra hoje. Amanhã, se precisar, você vai no PA

(pronto-atendimento). Avisou que não vai trabalhar? Avisa a patroa que como é vírus, pode passar. Eu vou te dar 3 pacotinhos: um pra hoje, um pra amanhã e outro pra domingo. Tem criança em casa? E idoso? Os dois extremos são mais suscetíveis

Identificamos que a enfermeira apresenta conhecimentos sobre alimentação e nutrição, epidemiologia, microbiologia (transmissão de vírus), medicamentos disponíveis na unidade. Demonstra habilidade de comunicação, utilizando uma linguagem acessível à usuária. Ao se deparar com o limite profissional, tem atitude de solicitar ação do médico para fornecimento de atestado. Tem atitude de fazer as orientações alimentares por escrito, de orientar o acesso a outro serviço (pronto-atendimento) e de fornecer soro de reidratação oral. Ao coletar dados sobre os componentes da família, indica um olhar ampliado, ressaltando a possibilidade de transmissão da doença, não só aos familiares, mas no ambiente de trabalho da usuária.

Assim, inferimos que foi atendimento realizado possivelmente com a finalidade orientação ao tratamento, fazendo com que a usuária seja uma agente do autocuidado, evitando transmissão à família e a outros grupos.

Diante do exposto, para a **ação**: realiza consulta de enfermagem nos diferentes ciclos da vida, identificamos o **desempenho**: realiza uma breve coleta de dados (idade, uso de medicamentos, carteira de vacinação). Conhece a história do usuário. Busca informação com outros membros da família e no prontuário. Dentre as atividades de exame físico, apenas pesa e mede, apresentando habilidades para interagir com usuário e para usar linguagem acessível à compreensão. Em alguns momentos, inclui ausculta no exame físico, com avaliação clínica e detecção de problema. Apesar de demonstrar conhecimento sobre calendário vacinal e o uso de sulfato ferroso, não parece claro usar raciocínio crítico e clínico, não sendo investigado mais sobre possibilidades assistenciais. Tem atitude de fazer um roteiro de alimentação por escrito e de aproveitar o momento para realizar um diálogo sobre a condição da família. Detém conhecimento técnico científico para acompanhamento de: crescimento e desenvolvimento, métodos contraceptivos, exame físico, alimentação e equipamentos disponíveis na unidade. Toma decisão de passar o caso para o médico, possivelmente por encontrar limite profissional (prescrição de medicamentos). Identifica necessidade de saúde, não só do usuário como também da família, formula um problema e executa cuidado voltado ao biológico.

Apesar de termos observado a consulta de enfermagem nos diferentes ciclos da vida, conforme mostrado nos fragmentos descritos, identificamos uma maior frequência de consultas para mulheres e crianças. Diante disso, questionamos: o que determina essa maior frequência de consulta de enfermagem para mulheres e crianças na Saúde da Família de Ribeirão Preto?

Os estudos sobre utilização de serviços de saúde apontam que a clientela mais frequentemente presente nos serviços de saúde é a mulher, que procura os serviços para os

atendimentos de seus problemas e necessidades ou de sua prole (BORGES; OLIVEIRA, 2008; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003; GOLDBAUM et al., 2005; MISHIMA et al., 2010; SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002). Entretanto, está não pode ser a única justificativa sobre o fato de a enfermeira realizar mais consultas ao grupo de mulheres e crianças. Esta questão está ligada à busca pelo serviço de saúde em maior frequência por este grupo, conforme indica a literatura? A formação da profissional enfermeira interfere neste processo? Estas são questões que também buscamos compreender no presente estudo.

3.2.2 A visita domiciliar como estratégia para o cuidado

Nas observações também captamos que o atendimento de enfermagem também é realizado pela enfermagem através de visita domiciliar que se constitui em “um recurso importante de acesso à dinâmica familiar” (CUNHA, 2005).

A visita domiciliar (VD) é realizada com a finalidade de avaliar tanto as demandas exigidas pelo usuário e seus familiares quanto o ambiente e o contexto onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial e/ou subsidiar intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e famílias (LACERDA et al., 2006).

9:50h Visita Domiciliar para paciente idoso cujo caso foi discutido em reunião de equipe

Enfermeira Verde: A ... disse que o senhor tava internado, por isso vim aqui. Enfermeira Verde coleta dados sobre medicamentos em uso, tempo de uso, profissional que prescreveu.

Enfermeira Verde: Ele não deu receita? Porque esse (remédio) pega no posto [...] O senhor já pediu pro médico passar remédio da rede?

Enfermeira Verde: Deixa que perguntar pro senhor, essa medicação quem passou? O senhor já perguntou pra ela se tem o colírio no posto que pode usar? Esse é do médico de vista. Da cirurgia de catarata. Esse quem passou? O senhor consegue ler essa lettrica?

Paciente: [...]

Enfermeira Verde: Posso dar uma olhadinha nessas receitas? Enfermeira olha a receita.

Enfermeira Verde: Cloreto de potássio tem no posto. Não sei porque o senhor compra [...] O X [nome do medicamento] o senhor tem bastante. Era pra tomar 30 dias. Porque o senhor parou?

Paciente: Ele não falou por quanto tempo era pra tomar.

Enfermeira Verde: Tá escrito na receita. Chama a Ciclana (filha)

Enfermeira Verde: Bom dia. Ele tá fazendo confusão com os remédios. A senhora tá tomando conta dele? Esse X [nome do medicamento] Bambec em 4 aberto. Precisa olhar quanto tem, antes de comprar. Senão a aposentadoria não vai dar. Algumas coisas a família precisa estar junto com o idoso. Nenhum médico vai pôr o bico na prescrição do outro. Precisa falar: o senhor passa medicação da rede. Às vezes, a gente não conversa e sai comprando. Ele comprou desse aqui, 3 bombinhas de uma vez.

Filha: Ele tem medo de ficar sem.

Enfermeira Verde: Eu entendo esse medo. Mas pra quem precisa ver orçamento. A própria assistente social pode ver e conseguir. Eu tô marcando tudo [nome dos medicamentos] aqui pra ver que remédio tem no posto e qual é alto custo.

Filha: Eu falei pra ele não usar mais esse não. Ele passa mal.

Enfermeira Verde: A senhora não pode suspender medicação. Não vai resolver nenhum problema e vai criar dois. Precisa voltar no médico. O médico do pulmão é lá na rua Minas e lá tem retorno. O remédio da bombinha foi dado lá na rua Minas. Se tudo que o senhor ganha for pros remédios, não vai ter jeito. Tem outra coisa que a gente precisa ver. Se a aposentadoria dele mantém a família. Se tem outro adulto

que pode trabalhar. Como é que pode resolver? Negociando. A nossa vinda aqui é orientar as filhas [...]

Enfermeira Verde: O senhor tá com várias medicações. Esses dois são parentes. Se não é igual, é primo. Vou conversar com o médico. Porque retorno daqui [da Unidade] a gente organiza. Aquele [remédio] que não tem jeito mesmo que não dá pra comprar, pede pra fazer receita separada, vai no serviço social. Cadê a receita da inalação?

Enfermeira Verde: Y [nome do medicamento] tem na rede olhando o remédio dentro da caixa de inalação. Aquele e aspirar se tomar 7 da manhã, toma às 7 da noite. O X [nome do medicamento] só à noite. Tô precisando que vocês assumam o cuidado. Conversa entre vocês. Às vezes, é importante estar num lugar que tem gente pra cuidar [falando pra Filha]. Eu vou conversar com médico. Mas precisa conversar com outros médicos. Ao senhor tá com um arsenal de remédio aqui por um bom tempo. A 10:45h termina a Visita Domiciliar e Enfermeira Verde retorna à unidade.

Enfermeira Verde: É importante fazer VD, ir na casa pra ver tudo. Por exemplo, são quase 11:00h e não tem nenhum movimento de comida. Deve fazer só uma refeição por dia. Enfermeira Verde passa caso para médico: Ele tem muito estoque. Sai comprando. Não negocia com o médico. Você indo lá, você pode juntar todas prescrições e fazer uma só e colocar os horários?

Médico: Posso e já até fiz.

Enfermeira Verde: [...]. Eu acho que tem uma negligência. Dá pra notificar. Até queria fazer isso com vocês dois (médico e ACS) [...] Tem que trazer pra discussão de família segunda-feira. A Filha não tem problema intelectual, é sem vergonha [...] A gente pode apertar a família. Não nesse primeiro momento. Não sei se ela [filha] vai trazer aqui quinta-feira porque a VD escamoteia. A VD denuncia. Eu queria te falar pra depois a gente fazer a notificação. É negligência nesse caso.

Na situação acima, a enfermeira demonstra conhecimento sobre: serviços (dispensação de medicamentos), recursos humanos (assistente social) e medicamentos disponíveis na rede de saúde. Tem atitude de buscar dados nos receituários em posse do usuário. Ainda, apresenta conhecimento sobre a história familiar e o contexto socioeconômico da mesma, evidenciado por sua abordagem mais verticalizada, objetiva e assertiva com os membros da família. Tem habilidade realizar uma avaliação ampliada do idoso, abordando o aspecto socioeconômico da família. Detém conhecimento de recursos disponíveis na unidade (notificação) e princípios éticos (negligência) que devem estar presentes no cuidado familiar ao idoso, ou outro membro considerado incapaz. Demonstra conhecimento sobre os limites profissionais, tendo a atitude de chamar o médico da família para apresentar e discutir o caso. Apresenta habilidade para propor trabalho conjunto com outros membros da equipe.

A descrição do fragmento da observação acima indica um olhar ampliado da enfermeira durante a VD. Além de apontar uma dificuldade de manejo dos medicamentos, com a realização de estoque, a fala da enfermeira após a visita, mostra que a mesma se atentou a outros aspectos da VD como a identificação do contexto da organização da família para o cuidado do idoso, tentando investigar toda conjuntura do caso. Este olhar de certa forma leva a enfermeira a ter uma atitude mais assertiva com a família, indicando sua preocupação com a proteção do idoso e com seu acesso errôneo à medicação prescrita.

Por outro lado Franco e Merhy (2003) nos chamam atenção para o caráter compulsório e de intromissão das visitas domiciliares na vida das pessoas, limitando o grau de privacidade, aspecto que merece ser observado com cautela no desenvolvimento do trabalho na Atenção Básica.

O aumento da longevidade e envelhecimento populacional tem gerado novas demandas aos serviços relacionadas à: inúmeras causas de fragilidade ou risco para os indivíduos (como presença de múltiplas patologias), internação hospitalar, ingestão de muitos medicamentos. Estudos têm mostrado e padrão elevado no consumo de medicamentos entre os idosos no Brasil (FLORES; MENGUE, 2005), fato também identificado no cotidiano das enfermeiras na Saúde da Família.

Apesar da possibilidade da enfermeira se atentar para outros fatores, para além do biológico, durante a VD, também observamos situações em que essa estratégia foi disparada pela finalidade da realização de procedimento, sendo o cuidado desenvolvido apenas com foco no biológico. Esses resultados vão de encontro aos identificados por Ermel e Fracolli (2006) que, em pesquisa com objetivo de identificar o processo de trabalho de enfermeiras que atuam na Saúde da Família de um município do interior do Estado de São Paulo, concluíram que o objeto de intervenção das trabalhadoras durante a visita domiciliar é constituído pelo indivíduo doente.

Enfermeira Azul organiza materiais para visita domiciliar: estetoscópio, esfigmomanômetro, aparelho de glicemia, material de curativo, gaze, luvas, tópicos, soro 250 ml, lâmina de bisturi, agulha.

Visita domiciliar para paciente que fez cirurgia de fratura de fêmur. Paciente hipertensa, diabética, idosa. Auxiliar de enfermagem pergunta se já está hora de tirar os pontos.

Enfermeira Azul diz que já faz 13 dias da cirurgia, observa os pontos e diz: Tá sequinho. A Senhora tá pondo o pé no chão?

Paciente: Tô. [...]

Enfermeira Azul e auxiliar de enfermagem ajudam a paciente a sentar na cama.

Enfermeira Azul: Eu trouxe o aparelho de medir pressão. Enfermeira Azul verifica a pressão arterial e diz: A senhora toma os remédios da pressão?

Paciente: Tomo

Enfermeira Azul: Tomou hoje? Era pra ter tomado?

Paciente: Hoje ainda não.

Enfermeira Azul: Ela tá um pouquinho alta hoje. Senhora tá sentindo dor de cabeça? Esses são os remédios? (olhando pras caixas de remédios em cima da mesa)

Enfermeira Azul: Vamos fazer o teste da diabetes. A Senhora tomou remédio da diabetes hoje?

Paciente: Não.

Enfermeira Azul: Tá em jejum?

Paciente: Não tomei café.

Enfermeira Azul faz o dextro: Tá 213. Tem que tomar o remedinho. Que aí vai controlar melhor. Agora vai ser preciso deitar. Deita de barriga pra cima que a gente ajeita perna.

Enfermeira Azul abre o material de curativo

Auxiliar de enfermagem: Não tem tesoura?

Enfermeira Azul: Não tinha retirada de pontos. Eu tive que pegar curativo. Mas eu trouxe bisturi. Tem a dente de rato pra segurar os pontinhos.

Auxiliar de enfermagem tira os pontos. Enfermeira Azul observa.

Enfermeira Azul: Será que não ficou um aqui?

Auxiliar de enfermagem: Tá escuro (a casa é um barraco na favela. O quarto onde paciente estava era escuro só com uma lâmpada e uma janela pequena).

Enfermeira Azul: Vou colocar uma lanterna dentro da caixa. Enfermeira Azul pede pra eu [pesquisadora] segurar a cortina pra clarear o quarto.

Enquanto auxiliar de enfermagem realiza retirada de pontos (12 pontos) a Enfermeira Azul verifica a pressão arterial e glicemia em outra pessoa da família.

Pergunta sobre a medicação de paciente pra filha.

11:40h Término da VD

Na situação acima, a enfermeira demonstra planejar a atividade ao organizar materiais para realizar VD. Apresenta conhecimento sobre a história da usuária (cirurgia), indicando a longitudinalidade na Saúde da Família. Observa a incisão cirúrgica, possivelmente a fim de avaliar a condição para realização de procedimento (retirada de ponto), auxilia a usuária a trocar de posição, afere a pressão arterial e faz o teste glicemia capilar. Demonstra habilidade e conhecimento técnico e científico para realizar procedimentos (aferição de PA, glicemia capilar) e para estabelecer condições para realização do cuidado. Coleta dados de forma dinâmica sobre: medicamentos em uso, hipertensão, investigando risco (tá sentindo dor de cabeça?). Observa o ambiente e identifica os medicamentos. Demonstra conhecimento sobre materiais necessários para realização do procedimento de retirada de pontos e a função de cada material. Faz supervisão da auxiliar de enfermagem. Identifica necessidade de material (lanterna) na maleta de visita domiciliar. Coleta dados com outra pessoa da família. Detém conhecimento de ferramentas para avaliação clínica, habilidade de comunicação, utilizando linguagem de fácil compreensão para orientação de aspectos técnicos científicos pela usuária. Detém conhecimento científico sobre farmacologia. Tem atitude de observar o domicílio.

No fragmento da observação apresentado, conseguimos captar a realização de ações e a mobilização de atributos voltados ao biológico, atendendo a uma necessidade desta usuária e presente na análise das situações que mais têm demandado a realização da VD, ou seja, de prestação de cuidado a pacientes em processo pós-cirúrgico (PEREIRA et al., 2004). Contudo ressaltamos que a realização desta VD proporcionou à enfermeira e auxiliar de enfermagem o conhecimento acerca da “concretude e a visibilidade da realidade que o usuário vive” (PEREIRA et al., 2004), no caso, o cenário de um barraco na favela.

Este aspecto merece ser destacado, pois, muitas vezes, as equipes de saúde apresentam dificuldade em se deslocarem do interior dos serviços de saúde, que certamente se constituem em espaços mais protegidos, para os domicílios, ambientes incertos e imprevisíveis, mas que apresentam a potencialidade de oferecer elementos para a construção de um olhar mais ampliado do contexto de vida das pessoas atendidas nos serviços de saúde e para a produção de cuidados na perspectiva da integralidade e da atenção mais humanizada (PEREIRA et al., 2004).

Visita domiciliar juntamente com a médica ao usuário com ferida em membro inferior direito, por solicitação da filha que compareceu na Unidade no dia anterior. Enfermeira Amarela observa o curativo drenando secreção purulenta, solicita material à família: saco plástico, bacia, banquinho, papaína 2%.

Enfermeira Amarela observa a ferida. Realiza curativo, utilizando SF 0,9% e papaína. Faz orientação de alimentação: uso de banana e laranja e evitar frituras. Observa medicamentos utilizados: digoxina, furosemida, AAS. Orienta o usuário e família verificarem a temperatura com termômetro. Também orienta a esposa do usuário o modo de fazer o curativo.

Enfermeira Amarela e a Médica inspecionam a assadura em região glútea.

Médica faz receita de calêndula para assadura.

Ficou combinado, visita domiciliar no outro dia para avaliar novamente a ferida.

Quando chega na unidade, enfermeira Amarela despreza o material contaminado na sala e reabastece mala de visita domiciliar.

Enfermeira Amarela: Auxiliar de enfermagem, a ferida do Sr Fulano ta com papaína 2%. Mas a papaína é cicatrizante e precisa tirar um tecido esbranquiçado.

Auxiliar de enfermagem: Usa papaína 6%.

ACS: Você foi no Sr Fulano?

Enfermeira Amarela: Fui. A Lauren foi e a Médica. Nós pensamos que ele estava bem pior. Até mesmo a assadura. O ferimento ta pior. Ele ta com papaína 2%, mas a auxiliar de enfermagem me falou pra passar papaína 6%.

A situação acima mostra que houve a organização para a realização da visita domiciliar em função da solicitação de um membro da família do usuário. Identificamos que, durante a visita, a enfermeira realiza o cuidado que inclui não somente a inspeção da ferida e a realização do curativo, mas também a orientação do usuário e família acerca de alimentação adequada e de como fazer o curativo, o que de certa forma, parece estimular a autonomia da família e a adaptação da rotina de alimentação.

Ao falar da VD realizada para a auxiliar de enfermagem, demonstra que fez uma avaliação da ferida, relacionando a situação da mesma em função do medicamento utilizado no curativo, ou seja, parece ter conhecimento sobre farmacologia. Ao ser questionada pela agente comunitária de saúde (ACS) acerca da visita, a enfermeira fala sobre sua percepção da ferida do usuário e apenas cita o medicamento em uso, não explicando sua função e a sugestão do motivo da troca do medicamento pela auxiliar de enfermagem, nem mesmo outros aspectos que poderiam ser incluídos na observação e acompanhamento do ACS quando de suas visitas a esta família.

Desse modo, para a **ação**: realiza visita domiciliar como estratégia de cuidado, identificamos o **desempenho**: planeja a atividade, organiza materiais para realizar visita domiciliar. Demonstra conhecimento sobre: serviços (dispensação de medicamentos), recursos humanos (assistente social), medicamentos disponíveis na rede de saúde, recursos disponíveis na unidade (notificação), princípios éticos (negligência), história da usuária e família e o contexto socioeconômico. Coleta dados de forma dinâmica com usuário e outra pessoa da família e nas receitas médicas. Tem habilidade para realizar uma avaliação ampliada, abordando o aspecto socioeconômico da família, e para propor trabalho conjunto com outros

membros da equipe. Demonstra conhecimento sobre os limites profissionais, materiais necessários para realização do procedimento (como por exemplo, retirada de pontos), função de cada material, ferramentas para avaliação clínica e farmacologia. Tem atitude de chamar o médico para passar e discutir o caso. Realiza inspeção (parte do exame físico) e procedimentos (exemplo: verifica a pressão arterial, faz glicemia). Investiga risco. Observa o ambiente. Faz supervisão da auxiliar de enfermagem. Identifica necessidade de material na maleta de visita domiciliar. Detém habilidade de comunicação, utiliza linguagem de fácil compreensão, para realização e orientação de aspectos técnicos científicos para estabelecer condições para realização do cuidado pela usuária.

Enfim, pudemos, através da observação do trabalho, identificar os atributos mobilizados pelas enfermeiras durante a VD. No entanto, percebemos que as VD não são realizadas frequentemente, já que algumas enfermeiras não fizeram nenhuma visita domiciliar na semana em que observamos o trabalho, e que não havia a indicação de alguma previsão para que estas fossem realizadas nas semanas seguintes. Desse modo, questionamos: a enfermeira tem dificuldades de organização do trabalho para realização de VD na Saúde da Família? Vê como necessária a realização da VD? Compreende a finalidade desta ação?

3.2.3 Avaliação com classificação de risco

Observamos que, no cotidiano do trabalho da enfermeira na ESF, essa trabalhadora também tem se responsabilizado por receber a demanda espontânea de usuários, fazendo avaliação da situação de saúde-doença e organização do fluxo no serviço de saúde.

Reiterando que estamos entendendo o trabalho em saúde como um trabalho vivo em ato, ou seja, um processo no qual a produção e o consumo de bens ocorrem simultaneamente, destacamos que a assistência aos usuários na ESF pode ser efetivada na construção de um espaço intercessor trabalhadores e usuários no qual ambos apresentam necessidades que determinam certo modo de agir e de ter atendidas suas necessidades (MISHIMA et al., 2004; NASCIMENTO; MISHIMA, 2004). Dessa forma, identificamos que esse encontro pode se constituir em um espaço onde a enfermeira pode realizar acolhimento.

O acolhimento apresenta várias definições, sendo que estamos compreendendo-o como uma “ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços” (BRASIL, 2006c, p.18).

Enfermeira Amarela: Fulano! O que tá acontecendo?

Paciente: Febre, dor no corpo, diarreia [...]

Enfermeira Amarela: Febre, tosse, congestão nasal. Queixa-se de febre, diarreia, cefaleia. As costas, onde dói?

Paciente: Onde eu tomei a raqui.
Enfermeira Amarela: E as articulações?
Paciente: Tudo.
Enfermeira Amarela: Chegou a doer em volta do olho? Quando começou tudo isso?
Paciente: Ontem às 10 horas da noite.
Enfermeira Amarela: Fez uso de algum remédio?
Paciente: Voltaren.
Enfermeira Amarela verifica temperatura: 38,5. A dor no corpo é por causa da febre.
Enfermeira Amarela anota no prontuário: “Esse quadro começou ontem 22h e fez uso de diclofenaco”.
Enfermeira Amarela: Hoje, quantas vezes evacuou?
Paciente: [...]
Enfermeira Amarela: Eu vou pedir pra você ir na medicação e te avaliar lá. Vamos medir a pressão.
Acompanhante: Ele faz uso de medicação.
Enfermeira Amarela: Enalapril. 9 por 6. Pra quem é hipertenso... Deve ser por causa da diarreia. Vamos pesar. Tira o chinelo. 80 Kg. 1,66.
Enfermeira Amarela: Tá tomando líquido? O ideal é tomar soro e água de coco. Tem que tomar 80 ml por quilo de peso. Eu vou dar soro.
Acompanhante: Pode ser de caixinha?
Enfermeira Amarela: Pode. Mas o natural é melhor. Vamos dar soro.
Acompanhante: Pode ser suco de laranja?
Enfermeira Amarela: Melhor não. Vou ver se a doutora te atende na medicação.
Enfermeira Amarela observa paciente se torcendo e diz: Tá com muita cólica?
Paciente: Dor no corpo.
Enfermeira Amarela: Vamos lá pra ver se pode fazer prova do laço e hematócrito. Talvez a doutora já vai pôr você no soro. Em outra sala, Enfermeira Amarela coloca luvas e verifica a pressão arterial. Faz a média das pressões, insufla o manguito e diz: 5 minutos [se referindo ao tempo da prova do laço].
Enfermeira Amarela faz o hematócrito e diz: Você começou sentir mal ontem.
Paciente: Ontem.
Enfermeira Amarela: Só lembrando. É no final do intestino que absorve água e potássio. A falta de potássio dá fraqueza. E o potássio tá no soro e água de coco. Tem gente que fala: coca-cola.
Enfermeira Amarela desinsufla. Observa o braço. Prova do laço negativa. Vamos ver o hematócrito. Abre a centrífuga. Pega a lupa. 49. Olha o protocolo colocado na parede: Tá alto. Acima de 45 é suspeita. O dele tá 49.
Enfermeira Amarela faz a notificação de suspeita. Colho o NS1. É um sangue que dá o resultado de um dia para o outro. Vamos pra sala de medicação.
Enfermeira Amarela: Auxiliar de enfermagem, o dele suspeita de dengue. Doutora passou um soro. Soro mais buscopam composto EV na primeira hora. Ele tem febre e dor de cabeça. Eu vou falar com a doutora para ver se ela vai acrescentar alguma coisa.
Enfermeira Amarela passa o caso pra médica e depois fala pra auxiliar: colher hemograma de urgência antes de começar o soro. E dar paracetamol comprimido. Vou ver se a família tem condição. Cadê a esposa dele?
Enfermeira Amarela: Beltrana, tem condição de fazer hemograma no X [fala o nome do laboratório]? [...]. A auxiliar colhe e vocês mandam. Tem que ser agora de manhã antes de coloca no soro. É melhor colher e depois a gente vê o que faz. Enfermeira Amarela passa as orientações para auxiliar de enfermagem.

Na situação acima, a enfermeira realiza coleta de dados (entrevista, verificação de sinais vitais, peso e altura e observação da linguagem corporal do usuário), identificando: sinais e sintomas, período da condição referida e medicamentos utilizados. Buscando realizar uma avaliação do risco para o encaminhamento ao diagnóstico a ser efetivado pelo profissional médico, tem atitude de realizar procedimentos (prova do laço e coleta de sangue para hematócrito) específicos para determinado agravo (dengue) de acordo com o protocolo estabelecido no

município, demonstrando conhecimento e habilidade técnico-científicos. Utiliza linguagem de fácil compreensão para realizar explicações e orientações ao usuário e à acompanhante. Tem atitude de fazer a notificação de suspeita de doença, o que permite inferirmos que detém conhecimento sobre importância da vigilância epidemiológica, no controle e tomada de decisão em relação às doenças de notificação. Demonstra interação com membros da equipe (médica e auxiliar de enfermagem) para condução do caso. Apresenta preocupação com a condição da família para dar os encaminhamentos ao adequado desfecho do caso.

Chamamos atenção que, durante o acolhimento, a enfermeira não coleta de dados voltados a aspectos do coletivo, como situação do domicílio (com identificação de possíveis focos de transmissão da doença) e casos de dengue na família e nos vizinhos. Além disso, não observamos orientação de ações voltadas ao ambiente as quais se relacionam com a epidemiologia e prevenção da doença. Dessa forma, podemos considerar que durante o acolhimento houve intervenção pontual e voltada para o modelo centrado na doença, o que também foi encontrado em outra pesquisa (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004). Isto, certamente, indicado a necessidade de se repensar as práticas desenvolvidas no acolhimento, já que o mesmo pode estar sendo executado de modo que não se constitui em um instrumento para desenvolver a autonomia do usuário “a enfrentar seu processo saúde-doença como protagonista e corresponsável (em parceria com o trabalhador de saúde) do mesmo (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004, p.147).

Apesar disso, na situação apresentada acima, podemos dizer que o acolhimento realizado vai ao encontro com as compreensões de Takemoto e Silva (2007) que acolhimento pode entendido de duas formas. A primeira como uma postura diante do usuário e suas necessidades, de contínua investigação e negociação das necessidades de saúde e modos de satisfazê-las. E a segunda, como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho, que tem como finalidade atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando a assistência.

Ainda, estudos têm mostrado que a reorganização do trabalho com acolhimento tem promovido maior resolubilidade no trabalho da enfermeira na assistência, por causa da definição de protocolos de conduta que favorecem o fluxo dos usuários, conforme visto na situação acima (TAKEMOTO; SILVA, 2007). Nesse momento, é importante salientarmos que, no caso descrito acima, a enfermeira utiliza o protocolo, já que o momento se constitui em uma situação em que o usuário tem suspeita de uma doença determinada, a dengue. Destacamos que, não identificamos o uso de outro protocolo como um guia de atendimento utilizado no acolhimento realizado pelas enfermeiras na Saúde da Família.

Durante os atendimentos realizados pelas enfermeiras, identificamos que, em alguns momentos, essas trabalhadoras realizam a classificação de risco em sua prática, uma ferramenta que tem como finalidades: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento, além de organizar a fila de espera na rede de atenção (BRASIL, 2009a).

Enfermeira Amarela: Fala. O que acontece com o menino?

Mãe: Não come [...]

Enfermeira Amarela: Você tem ideia do que pode ser? Ouvido? Garganta?

Mãe: Tosse. Não come.

Enfermeira Amarela: Criança quando começa com febre, tosse, vômito, pode ser pneumonia. A doutora pode orientar a ir tirar o raio X pra tirar a dúvida. A doutora não vai fazer o diagnóstico sem raio X.

Mãe: Será que precisa?

Enfermeira Amarela: Falta de apetite, tosse e febre pode ser pneumonia. Minha filha teve 7 pneumonias que é pus no pulmão.

Enfermeira Amarela anotando no encaminhamento: “Mãe refere criança com febre e fez uso de dipirona, alivium e polaramine sem melhora. Data de nascimento: 19.04”

Enfermeira Amarela: Eu prefiro errar por excesso. Eu faço o encaminhamento. Leva lá [no Centro de Saúde Escola – Unidade Distrital]. Eu podia falar pra aguardar, esperar 2 horas aí a doutora pede pra ir: já perdeu o Leve e Traz.

Mãe: Mas eu tô com o carrinho.

Enfermeira Amarela: A gente guarda aqui no almoxarifado.

Enfermeira Amarela verifica a temperatura: 36,6. Não tá com febre.

Mãe: Dei o remédio 6 horas (agora: 8:20h).

Enfermeira Amarela: Com que você medicou?

Mãe: Paracetamol

Enfermeira Amarela: A gente podia já mandar ela com o peso. Tira a roupinha e a fralda.

Enfermeira Amarela forra a maca: Eu tenho preocupação de deixar com febre sem diagnóstico.

Mãe: Eles dão atestado lá?

Enfermeira Amarela: Dão. Lógico.

Mãe: Eu Preciso de 3 atestados: pra mim e pra creche.

Enfermeira Amarela: Esses meninos são todos foliantes [interage com a criança].

Enfermeira Amarela: Pronto. Esse é o encaminhamento.

Enfermeira Amarela anota na ficha de atendimento.

Durante o atendimento realizado, a enfermeira realiza entrevista rápida para coleta de dados. Apesar de explicitar preocupação com a situação, não faz um exame clínico, apenas verifica temperatura e pesa a criança, deixando claro uma possibilidade diagnóstica. Demonstra conhecimento sobre o trabalho de outro membro da equipe (médica) em relação ao fluxo e tempo de espera na unidade e sobre os recursos disponíveis, tomando decisão sozinha. Ao ouvir um possível impedimento para o encaminhamento (o carrinho), tem atitude de apresentar uma solução rápida. Diante desse caso, refletimos: quais fatores levam as enfermeiras a não realizarem um exame físico? Que aspectos a trabalhadora pode ter

considerado para não discutir o caso com o médico? Será que uma avaliação mais acurada pode não excluir a possibilidade do exame complementar, o raio X?

O fragmento descrito indica que a escuta desenvolvida durante o acolhimento feito pela enfermeira é centrada na queixa clínica, o que corrobora com os achados de Fracoli e Zoboli (2004) em estudo que descreve e analisa o acolhimento no município de São Paulo –SP.

É importante destacarmos que a realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações, com a construção de fluxos claros por grau de risco (BRASIL, 2009a).

Mãe comparece na Unidade dizendo que o filho [criança de 6 anos] está piscando muito.
Enfermeira Azul: Ele tá na 1ª série?

Mãe: É.

Enfermeira Azul: Começou esse ano?

Mãe: É.

Enfermeira Azul: Fulano, a tia vai fazer uma exame com você pra ver se você enxerga bem. Na escola você enxerga na lousa?

Criança faz que não com a cabeça.

Enfermeira Azul: Você tá vendo aquele cartaz? [se referindo ao cartaz do teste de acuidade visual].

Enfermeira Azul faz o teste de acuidade visual. Antes, explica pra criança como ela vai mostrar. Pede pra imaginar uma perninha do macaco pra mostrar a direção.

O teste tem resultado normal.

Perguntei para enfermeira por que havia feito o teste. Enfermeira responde que a mãe tinha queixa de que o filho ficava piscando muito e que, como começou ir à escola, podia ter alguma relação. E como era quase 17 horas, se ela não fizesse, outro profissional poderia não fazer e perder oportunidade.

Na situação apresentada, a enfermeira, ao realizar uma breve coleta de dados, e estabelecer uma possível relação entre a queixa e a etapa do desenvolvimento e da vida de relação da criança, toma a decisão de aplicar um teste para identificar a acuidade visual da criança, demonstrar ter conhecimento técnico sobre o procedimento e recursos disponíveis na unidade. Demonstra habilidade de comunicação adequada para a idade da criança e preocupação com a situação da criança.

O fragmento acima demonstra que a enfermeira tomou uma conduta a partir de um raciocínio que envolveu a articulação de dados relacionados à saúde e à educação, indicando possivelmente uma ampliação do olhar para o processo saúde-doença-cuidado.

A avaliação de casos de demanda espontânea também se constitui um momento para se analisar a frequência dos usuários na unidade, conforme podemos ver na situação a seguir.

Enfermeira Amarela: Deixa eu chamar o Ciclano [criança de 1 ano e 7 meses]. O que acontece com esse menino? Esse olho (observa o olho).

Mãe: ...

Enfermeira Amarela: Só um [olho]. Ontem, como começou? Tinha coceira? Já tinha secreção ontem?

Enfermeira Amarela anota na ficha: “Desde ontem apresenta olho direito hiperemiado. Hoje amanheceu com secreção amarelada e com dificuldade de abrir.

Ao exame: conjuntiva hiperemiada e edema de pálpebra inferior”. Esse resfriado tá há quanto tempo?

Mãe: Há alguns dias.

Enfermeira Amarela: Ele tá de fraldinha? Então tira o shortinho e fraldinha pra pesar.

Enfermeira Amarela cobre a maca e diz: Pode deixar com a camisetinha.

Enfermeira Amarela coloca papel na balança. Organiza o prontuário.

Enfermeira Amarela: Olha lá em cima [interagindo com a criança]: 11,800kg.

Mãe: Isso aqui vai e vem [mostra a perna]. Passo calêndula, passa.

Enfermeira Amarela: Estranho que é só um local. Se fosse calor teria local ...

“Apresenta pontos hiperemiados com crostas com prurido em MIE.

Enfermeira Amarela: Quando ele tem retorno com a doutora? Você andou faltando [olhando o prontuário]. Muita falta pra criança de 1 ano e 7 meses.

Mãe: Quando eu falto, por exemplo: eu venho hoje, aí eu falto.

Enfermeira Amarela: 4 faltas. Hoje ele não tem só coisas agudas. Até 1 ano tem que fazer consulta direitinho de puericultura. Todo criança de 1 ano corre muito risco. Aguarda no corredor.

A enfermeira realiza coleta de dados por meio de entrevista e inspeção da criança. Realiza a anotação de enfermagem, utilizando linguagem técnica. Aproveita o momento para pesquisar outras morbidades presentes e para observar a frequência da criança na unidade. Demonstra habilidade para chamar a atenção da mãe acerca das faltas nas consultas agendadas, destacando a importância do comparecimento no seguimento de puericultura.

Destacamos que, na situação acima descrita, a enfermeira se atenta para chamar a atenção da mãe da criança para responsabilização no processo de cuidar. Nesse sentido, consideramos que a ação da enfermeira corrobora com um dos princípios preconizado pela Política Nacional de Humanização – PNH, ou seja, considera a importância e necessidade da autonomia, do protagonismo e da corresponsabilidade dos sujeitos pelo processo de produção de saúde (BRASIL, 2008).

A partir dos dados apresentados, para a **ação**: realiza avaliação com classificação de risco, identificamos o **desempenho**: realiza coleta de dados (entrevista, verificação de sinais vitais, peso e altura e observação da linguagem corporal do usuário - inspeção). Identifica: sinais e sintomas, período da condição referida e medicamentos utilizados. Busca realizar um diagnóstico; tem atitude de realizar procedimentos específicos para determinada patologia, de acordo com o protocolo estabelecido no município, demonstrando conhecimento e habilidade técnico-científicos. Utiliza linguagem de fácil compreensão para realizar explicações e orientações ao usuário e à acompanhante. Tem atitude de fazer a notificação de suspeita de doença, o que permite inferirmos que detém conhecimento sobre importância da vigilância epidemiológica. Demonstra interação com membros da equipe (médica e auxiliar de enfermagem) para condução do caso. Apresenta preocupação com a condição da família para dar os encaminhamentos ao caso. Realiza a anotação de enfermagem, utilizando linguagem técnica. Aproveita o momento para pesquisar outras morbidades presentes e para observar a

frequência do usuário na unidade. Demonstra habilidade para chamar a atenção acerca das faltas nas consultas agendadas, destacando a importância do comparecimento no seguimento.

3.2.4 Monitoramento e avaliação de vacina/reação adversa à vacina

O Programa Nacional de Imunização (PNI) do Brasil, criado em setembro de 1973, constitui-se em referência mundial por excelência comprovada (BRASIL, 2003). Com a implantação do PNI, o país investiu em: adequação da Rede de Frio, vigilância de eventos adversos pós-vacinais, universalidade de atendimento e sistemas de informação, descentralizando as ações e garantindo capacitação e atualização para os gestores (BRASIL, 2003).

Contribuindo para a implementação do PNI, a Saúde da Família consiste em uma estratégia de política pública que compõe o campo em que são desenvolvidas ações relativas à imunização nos diversos aspectos, tais como: administração de vacinas, orientação e acompanhamento da situação vacinal e eventos adversos, manutenção de rede de frio e educação em saúde, cabendo destacarmos que a estratégia tem contribuído para a ampliação do acesso à vacinação de qualidade no país.

A vacinação pode ser considerada uma ação voltada para o cuidado coletivo, contudo são raras as publicações que se voltam a esta discussão, tendo em vista que as evidências tratam mais enfaticamente dos aspectos relativos à resposta imune, estratégias em casos de epidemia, complicações dos imunobiológicos, organização de serviços como, por exemplo, a constituição e cuidado com a rede de frio, e não necessariamente para a prática da enfermagem.

Gonçalves, Almeida e Gera (1996), em estudo sobre municipalização da vacinação no município de Ribeirão Preto, identificaram, com relação aos recursos humanos, que a maioria dos enfermeiros sujeitos da pesquisa referiram realizar atividades na vacinação “sempre”, “a todo momento”, “diariamente.

Na direção de operacionalizar as ações relativas à vacinação, as enfermeiras que atuam na ESF podem ser consideradas sujeitos que se constituem em referência para equipe.

Médica passa para Enfermeira Verde o caso de uma criança de 5 anos com reação à vacina de Tétano. Enfermeira Verde observa o local da reação (deltoide).

Enfermeira Verde: Você chegou à ir na sala de vacina? Ela tem que preencher uma ficha de reação vacinal. Foi ontem?

Mãe da criança: Foi.

Enfermeira Verde: Você tá com a carteira de vacina aí?

Mãe da criança: Não.

Enfermeira Verde busca informação no Sistema Higya (olha no computador).

Enfermeira Verde: Ela não registrou no computador.

Enfermeira Verde liga na Vigilância epidemiológica da UBDS de referência.

Enfermeira Verde: Eu tô recebendo uma criança que recebeu segundo reforço da dupla. Tá com reação local. Eu não tenho o lote aqui. Tá vermelho. Eu vou pedir pra ela descer agora. Eu queria que você olhasse. Se você tiver SV 1, porque tô sem.

Enfermeira Verde desliga o telefone.

Enfermeira Verde: Eu falei com a pessoa que responde pela supervisão da sala de vacina. Ela vai preencher uma ficha. E vai ver se foi só com o Fulano ou se foi um problema de lote. Amanhã você vem e traz ele pra eu ver. Vai na sala de vacina e fala que eu já liguei [falando para mãe da criança].

Enfermeira Verde faz anotação no prontuário da criança.

Enfermeira Verde: Auxiliar de enfermagem, dá uma olhada aqui. Meus olhinhos não estão vendo a terceira dose da hepatite [olhando o programa de vacina no computador pra terminar de fazer anotação da reação]. E não fizeram a terceira dose da H1b.

Auxiliar de enfermagem: Agora o que faz? [falando sobre a reação da vacina]

Enfermeira Verde: Reza. Se tiver dor, febre ... Ela é diluída no hidróxido de alumínio, por isso dói mais. Pode dar uma celulite aqui. Precisa fazer IM profundo.

Na situação acima, a enfermeira, ao ser acionada pela médica, realiza coleta de dados em diferentes fontes (com a mãe da criança e no sistema de informação do município), provavelmente buscando identificar a história da criança.

Pedersolli, Antonialli e Vila (1998, p.104), ao analisarem a inserção do enfermeiro no Departamento de Vigilância Epidemiológica de Ribeirão Preto, consideram que a implantação da informatização no município constituiu-se na presença de “um instrumento de trabalho que facilita e oferece condições operacionais mais adequadas à organização das atividades e funcionamento da Vigilância Epidemiológica”.

Ainda com relação à situação descrita anteriormente, a enfermeira tem atitude de observar/inspecionar o local da reação vacinal, indicando fazer avaliação do local. Ao formular um problema (não tem acesso ao lote da vacina), tem atitude de realizar contato com o setor de vigilância epidemiológica da área para conversar sobre a situação e discutir sobre a conduta a ser tomada. Tem atitude de buscar informação sobre o lote e realizar orientação para mãe da criança. Desse modo, inferimos que a enfermeira preocupa-se com o coletivo (“problema de lote ou só com a criança”). Além disso, agenda retorno na unidade para acompanhamento, deixando registrado no prontuário da criança. Realiza orientação a mãe da criança para ir à sala de vacina da unidade de referência, explicando o processo, utilizando linguagem de fácil compreensão. Detém conhecimento sobre: calendário vacinal, reação vacinal, administração da vacina (técnica, via, diluição), documentos necessários para notificação, o fluxo entre os serviços, a rede de serviços (vigilância epidemiológica), o sistema de informação disponível no município.

Destacamos que as reações adversas apresentadas pelas crianças foram apontadas por enfermeiras entre os principais problemas vivenciados no processo de vacinação, em estudo realizado Oliveira et al. (2010) em Natal-RN sobre vacinação e o fazer de enfermagem.

No fragmento da situação descrita anteriormente, não observamos a atuação da enfermeira no sentido de realizar orientações à mãe da criança acerca de cuidados em caso de outras possíveis reações como febre e dor local. Talvez a enfermeira não tenha realizado outras orientações por ter encaminhado a mãe e a criança ao setor de Vigilância Epidemiológica,

esperando que os trabalhadores deste serviço fizessem uma abordagem específica. Também podemos questionar: a enfermeira tem conhecimento para tomar a conduta de realizar orientações específicas acerca de reações adversas à vacinação?

Gonçalves, Almeida e Gera (1996), estudando a organização das atividades de vacinação em Ribeirão Preto, identificaram que a maior parte dos enfermeiros entrevistados relatou receber supervisão de outros níveis, principalmente quando solicitam. Na situação acima, observamos essa integração entre as trabalhadoras dos diferentes serviços (Saúde da Família e Vigilância Epidemiológica do distrito de saúde). O estudo de Gonçalves, Almeida e Gera (1996) também mostrou carência de treinamentos na fala da totalidade dos enfermeiros pesquisados.

No caso descrito anteriormente, consideramos a habilidade e a atitude da enfermeira em orientar o fluxo da criança no sistema de saúde, no entanto, corroboramos com Gonçalves, Almeida e Gera (1996, p. 84) acerca de que “espera-se, quando os enfermeiros de nível local são capacitados, eles tenham autonomia para tomar decisões no seu dia-a-dia, visando a dar maior agilidade e resolutividade aos procedimentos sobre vacinação”.

Dentre as ações relativas à imunização, também se encontra a manutenção da rede de frio cuja finalidade final é assegurar que todos os imunobiológicos administrados mantenham suas características iniciais, com objetivo de atribuir imunidade, tendo em vista que são produtos termo lábeis, ou seja, se deterioram depois de certo tempo se expostos a variações de temperaturas inadequadas à sua conservação (BRASIL, 2001).

Destacamos a situação abaixo em que o acompanhante do usuário demonstra preocupação conservação das vacinas diante da falta de energia na unidade.

Acompanhante do usuário: Não tá funcionando o ventilador?

Enfermeira Amarela: Tá sem energia

Acompanhante: E as vacinas? Não é perigoso?

Enfermeira Amarela: Já colocamos mais gelo.

Minutos depois, auxiliar de enfermagem fala sobre a falta de energia, vacinas, estoque que recebeu.

Enfermeira Amarela: Enfermeira Gerente, eu tô preocupada com as vacinas.

Enfermeira Gerente: Já vai voltar a energia. Eu falei pra não abrir a geladeira.

No fragmento descrito acima, a enfermeira, a partir do questionamento do acompanhante do usuário, demonstra conhecimento sobre as ações realizadas na unidade para manutenção da rede de frio, considerando a situação local (falta de energia). Apesar disso, tem atitude explicitar sua preocupação com os imunobiológicos para a gerente da Unidade, provavelmente considerando o estoque e conservação das vacinas, a fim de buscar outras informações para conduta.

Durante as observações do trabalho da enfermeira que atua em Unidade com sala de vacina, vivenciamos apenas situações pontuais da presença dessa trabalhadora na sala de vacina, dado que corrobora com os resultados apresentados em estudo de Oliveira et al. (2010). As autoras indicam, dentre suas conclusões, que a presença reduzida dos enfermeiros na sala de vacinação pode ser considerada um dos entraves em relação ao processo de vacinação que acontece nas Unidades Básicas de Saúde do país.

Finalizando, para a **ação**: monitoramento e avaliação de vacina/reação adversa à vacina, identificamos o **desempenho**: coleta de dados: com a mãe da criança, no sistema de informação do município. Transmite informação. Observa/Inspecciona o local da reação vacinal para fazer avaliação do local. Formula um problema (não tem acesso ao lote da vacina). Tem atitude de: fazer contato com a Vigilância Epidemiológica da área para apresentar o caso e saber conduta tomada, agendar retorno na unidade para acompanhamento, deixar registrado no prontuário. Orienta a mãe da criança a ir à sala de vacina da unidade de referência e explica o processo, utilizando linguagem de fácil compreensão. Detém conhecimento sobre: calendário vacinal, reação vacinal, administração da vacina (técnica, via, diluição), documentos necessários para notificação, o fluxo entre os serviços, a rede de serviços (vigilância epidemiológica), o sistema de informação disponível no município, a história da criança e da família.

3.2.5 Realização de atendimento para grupos educativos com indivíduos vulneráveis

As atividades em grupo, na ESF, conformam-se em espaços coletivos cujos desenvolvimentos são preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

É importante salientarmos que para a realização de grupos faz-se necessário que os trabalhadores tenham conhecimento acerca da estrutura do grupo que pode estar sustentada em alguns pressupostos/elementos essenciais na determinação do funcionamento da estratégia, dentre eles: tipo de participante, nível de prevenção, variáveis físicas e orientação teórica (MUNARI; FUREGATO, 2003). Além do conhecimento, o desenvolvimento de atividades grupais exige planejamento que, segundo Munari e Furegato (2003), deve ser realizado de acordo com os elementos estruturais, tendo como etapa básica a seleção dos participantes. Cabe destacarmos que as mesmas autoras consideram que decisão pela abordagem em grupo deve ser tanto do enfermeiro quanto do participante.

Nesse sentido, a situação abaixo descreve a realização de atendimento individual para introdução de uma usuária no desenvolvimento do grupo de reeducação alimentar, sendo este

um momento de orientações sobre o grupo (finalidade, funcionamento, organização, número de encontros) e de coleta de dados que podem auxiliar o preparo do grupo. Dessa forma, inferimos que a enfermeira realiza o planejamento da atividade, possivelmente considerando alguns dos aspectos apresentados (pressupostos estruturais, etapa primordial do plano).

Enfermeira Rosa: Nome da Senhora? A senhora já fez o grupo? [...] O principal objetivo da conversa é explicar o que é. A Fulana explicou pra senhora?

Usuária: [...]

Enfermeira Rosa: São 8 encontros. É um grupo fechado [...] Como a senhora se vê na possibilidade de fazer reeducação alimentar?

Usuária: Eu consulto com Dr. Fulano. Aí ele me falou do grupo.

Enfermeira Rosa: A senhora já fez alguma dieta antes? ... Se a senhora tivesse que dar uma nota pensando numa régua, quanto a senhora daria pra importância de perder peso?

Usuária: 10.

Enfermeira Rosa: Pensando de novo na régua, qual é nota que a senhora daria na confiança da senhora perder peso?

Usuária: [...] Uns 8.

Enfermeira Rosa: [...] A reeducação trabalha com a ideia de diminuir excessos. O principal objetivo não é perder peso, mas perde [...] Mudança de estilo de vida. Aí quando faz tudo, a consequência é perder peso. Mas não é perda rápida. [...] A reeducação não pode avaliar em 8 semanas. A expectativa da perda não pode ser imediata. Não pode ser de uma vez também.

Usuária: Eu quero emagrecer também por estética, mas não quero ser magra. É bom a gente fazer porque a gente passa pra família.

Enfermeira Rosa: Isso é legal. Porque muda também os hábitos da família.

Na situação acima, a enfermeira realiza orientações acerca do desenvolvimento do grupo (finalidade, duração, participação) possivelmente visando buscar a adesão da usuária. Tem atitude de fazer uma breve coleta de dados com a usuária acerca de expectativas, motivações, confiança e dieta anteriores, buscando interação e utilizando linguagem de fácil compreensão. Ao considerar positivo o pensamento da usuária de compartilhar o aprendizado adquirido no grupo com a família, inferimos que a enfermeira desenvolve a ação tendo em vista não somente o aspecto individual, mas também coletivo.

Munari e Furegato (2003), caracterizando os aspectos estruturais dos grupos, consideraram que os mesmos podem ser desenvolvidos com diferentes objetivos como: oferecer suporte (em momentos de adaptação a novas situações, por exemplo), realizar tarefas, socializar, aprender mudanças de comportamentos, oferecer psicoterapia e treinar relações humanas. No fragmento descrito acima, a fala da Enfermeira Rosa deixa claro que a proposta de realização do grupo consiste na mudança de comportamento. Cabe ressaltarmos que possivelmente outros objetivos podem estar presentes na realização dessa ação, no entanto, não conseguimos captá-los somente por meio da observação participante.

Enfim, considerando o material apresentado, para a **ação**: realiza atendimento para grupos educativos com indivíduos vulneráveis, identificamos o **desempenho**: coleta dados sobre: participação em grupos anteriores, disponibilidade de horário, uso de medicamentos,

bebidas alcoólicas. Explica a finalidade e o funcionamento do grupo. Detém conhecimento sobre alimentação e nutrição. Tem habilidade para questionar usuário sobre expectativa de participar do grupo; para sugerir modo de controle de peso; explicitar aspecto positivo da atitude da usuária.

Durante a observação do trabalho das enfermeiras na Saúde da Família, não identificamos a realização de grupos pelas enfermeiras nas unidades, o que levanta a seguinte reflexão: há dificuldades em desenvolver grupos na ESF? As enfermeiras têm treinamento/formação para o desenvolvimento desta atividade?

3.2.6 Ações de vigilância epidemiológica

A epidemiologia, considerada ciência básica da Saúde Coletiva, tem se configurado como disciplina fundamental para todas as ciências clínicas (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). Consideramos a epidemiologia como:

Ciência que estuda o processo saúde-enfermidade na sociedade, analisando a distribuição populacional e fatores determinantes do risco de doenças, agravos e eventos associados à saúde, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de enfermidade, danos ou problemas de saúde e de proteção, promoção ou recuperação da saúde individual e coletiva, produzindo informação e conhecimento para apoiar a tomada de decisão no planejamento, administração e avaliação de sistemas, programas, serviços e ações de saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006, p.4)

Segundo a Lei 8080/90 (BRASIL, 1990, p.3), a Vigilância Epidemiológica (VE) consiste em:

um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Destacamos que a VE está proposta na organização do SUS e que descentralizar as ações da mesma para a ESF “implica valorizar a realidade loco regional, identificando problemas e criando possibilidades de aumentar a capacidade de intervenção sobre estes” (SANTOS; MELO, 2008).

Diante das definições e considerações acima, e partindo da compreensão que a epidemiologia sustenta não apenas as áreas de trabalho específicas como o Setor de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Controle de Vetores, observamos que o mesmo faz parte do cotidiano das ações da enfermeira na Saúde da Família em distintas dimensões (o trabalho na clínica, no território, nos grupos específicos, nas ações de prevenção, nas doenças de notificação compulsória). Contudo, apresenta-se, muitas vezes, focado em aspectos singulares.

Usuária: Preciso marcar uma consulta pra mim urgente.

Enfermeira Rosa: O que aconteceu?

Usuária: Olha aqui (mostra o punho edemaciado). Vou te mostrar o pé. (mostra o pé edemaciado com lesões e hiperemiado). [...]

Enfermeira Rosa: Não sei se tem cara de escabiose. Se for escabiose, passa. Tá parecendo. Deixa que achar um encaixe pra você. Você não reparou se lá na escola alguém tá com isso?

Usuária: Não.

Enfermeira Rosa: [...] Já atendeu 2 crianças com escabiose. A gente até pensou em ligar na escola, mas a família inteira tava com escabiose. Agora a senhora também trabalha na escola.

Enfermeira Rosa: Amanhã você tá aqui? [falando para Aluno do 6º ano de medicina]

Aluno: Tô.

Enfermeira Rosa: Apesar de não ter consultório, você pode atender? Aquela senhora está com [...] parece escabiose. E ela trabalha na mesma escola que aquelas crianças que tiveram aqui. [...] Aí quando eu falei que podia ser escabiose, ela disse que já teve e foi parecido. Não vai precisar de divã. Tá em extremidades. Não precisa de consultório. Posso marcar às 3? Enfermeira Rosa mostra a agenda para aluno do 6º ano de medicina.

Enfermeira Rosa: Antes de você atender ela, me lembra de falar com você. Eu sei a história dela.

No fragmento acima, identificamos que a enfermeira faz coleta de dados rápida e simplificada com a usuária. Detém conhecimento sobre: dados epidemiológicos da área, recursos físicos da unidade, a história da família e da usuária, aspectos clínicos da doença (escabiose). Explicita dúvida quanto ao reconhecimento do diagnóstico da doença, orienta a possibilidade de transmissão. Ao questionar a usuária sobre outras pessoas que frequentam o mesmo espaço de trabalho e que apresentam os mesmos sinais/sintomas, parece preocupar-se com o aspecto coletivo. Tem atitude de apresentar o caso para aluno do curso de Medicina, solicitando consulta, explicando as condições de infraestrutura da unidade (não haverá consultório disponível).

Gomes (1994), ao discorrer sobre a epidemiologia para o enfermeiro, considera que o mesmo, em sua prática, trabalha rotineiramente com dados coletados que, se relacionados à população atendida pelo serviço e submetidos a uma análise epidemiológica, poderão identificar tanto problemas de saúde já contemplados pelo serviço quanto aqueles ainda não atendidos e que merecem ser considerados. Dessa forma, na situação descrita anteriormente, a atuação da enfermeira corrobora com Gomes (1994), já que a trabalhadora deixa explícita a identificação de dados sobre atendimentos de escabiose já realizados na unidade, como também, ao falar sobre possível contato com a escola, implicitamente demonstra preocupação com outros casos que possam surgir ou até mesmo existir e não foram atendidos.

Ainda, a mesma autora citada a considera que a epidemiologia pode se constituir uma forma de pensar e entender os problemas e as ações de saúde, onde se identifica um conjunto de determinantes biológicos, ecológicos, culturais, econômicos, psicológicos e sociais em torno da explicação do fenômeno saúde/doença na população.

Destacamos que os dados das observações indicam que ações de VE estão mais centradas no controle de doenças e agravos, o que também foi identificado em estudo realizado por Santos e Melo (2008) em um município da Bahia com a finalidade de avaliar a descentralização das ações de VE para a equipe do PSF.

Diante do exposto, para a **ação**: realiza ações de vigilância epidemiológica, identificamos o **desempenho**: detém conhecimento sobre doenças contagiosas (tuberculose, escabiose), dados epidemiológicos da doença na área, história da família. Faz avaliação de risco de contágio. Orienta paciente e equipe.

Considerando o desempenho descrito, concordamos com Santos e Melo (2008): as ações de VE devem ultrapassar o enfoque da doença, de modo que os trabalhadores identifiquem fatores que determinam o processo saúde-doença e, assim, desenvolvam práticas voltadas para a promoção da saúde. Nesse sentido, compreendemos que a atuação da enfermeira no desenvolvimento de ações de VE na ESF pode contribuir efetivamente para que tais ações possam ser realizadas com a superação do foco no patológico, tendo em vista que a ESF foi implementada com a proposta de modificar as práticas sanitárias.

Com essa perspectiva, a ESF apresenta a potência para que os trabalhadores tenham maior proximidade com a população, desenvolvendo ações direcionadas às famílias em um território específico, o que permite uma convivência mais de perto com os problemas de saúde da comunidade, com condições de intervir oportunamente sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença (SANTOS; MELO, 2008).

Finalizando, cabe ressaltarmos que não identificamos durante a realização das observações do trabalho das enfermeiras, muitas ações coletivas no cotidiano do trabalho. A partir disso, questionamos: as ações de caráter coletivo são menos frequentes no dia a dia do trabalho da enfermeira na Saúde da Família? Por quê?

4 O TRABALHO SEGUNDO A ÓTICA DAS ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO BÁSICA COM FOCO NA SAÚDE DA FAMÍLIA – VALIDANDO OS DESEMPENHOS IDENTIFICADOS

O movimento de realizar as entrevistas e as oficinas foi desencadeado pela necessidade de se validar as ações desenvolvidas e os desempenhos realizados pelas enfermeiras na Atenção Básica, com foco na Saúde da Família no município de Ribeirão Preto.

Dessa forma, a análise do material captado nas observações do trabalho cotidiano das enfermeiras direcionou um trajeto em que buscamos verificar se as ações e os desempenhos observados eram pertinentes sob a ótica das enfermeiras, tentando compreender os determinantes presentes no trabalho em saúde e em enfermagem. Consideramos que o caminho escolhido (entrevista e oficina) para esse movimento de confirmação provocou um processo de reflexão nas enfermeiras acerca do trabalho desenvolvido.

Acho que a equipe tem olhado pra si. Muito por processos de investigação como o seu, a Fulana que fez um processo, a Ciclana e a Beltrana. [...] momentos que trouxeram a equipe pra refletir. Enfermeira Verde

A apresentação dos dados captados na observação e analisados também disparou um estranhamento expresso pelas enfermeiras, no sentido destas, algumas vezes, não se reconhecerem nos atributos que caracterizam os desempenhos.

[...] isso [falando sobre um desempenho apresentado] não tem cara de Saúde da Família. Pode ser que acontece em alguns momentos, mas ... porque entre a gente falar e fazer tem uma distância, né, então, de repente, a gente idealiza algumas coisas, acha que faz e não faz. [...] Eu acho que não acontece isso. Enfermeira Rosa

Eu achei esquisito isso aqui [falando de um atributo apresentado]. OFG1

Outra reação apresentada foi a surpresa em relação a alguns aspectos presentes no trabalho realizado no interior das USF e observado nesta investigação.

Não sei. Nunca tinha pensado nisso [falando sobre um atributo apresentado]. Enfermeira Verde

Ainda, esta surpresa originária de movimentos da pesquisa deixou explícito que esta possibilitou um momento para que a enfermeira, ao olhar para as observações de seu trabalho, refletisse e lançasse ideias para discussão do processo de trabalho com a equipe.

Ah, mas eu tô achando tão bom [dados apresentados]! Eu acho que eu vou botar esse tema na próxima reunião! [Risos]. Enfermeira Amarela

As falas acima indicam que o processo desenvolvido nesta pesquisa, ou seja, a apresentação dos atributos captados através da observação com a investigação dos

determinantes dos desempenhos expostos pode se constituir em um dispositivo¹³ para o movimento de educação permanente em saúde (EPS). Este se baseia na possibilidade de transformar as práticas a partir da problematização do processo de trabalho, colocando as pessoas como sujeitos ativos de reflexão (BRASIL, 2009b).

Enfim, sem nenhuma arrogância, mas apoiadas nas evidências proporcionadas pelos dados, consideramos que a pesquisa levou as enfermeiras a olharem para o cotidiano do seu trabalho, disparando análise reflexiva dos desempenhos na prática. Além disso, ao olharem para as ações e para os desempenhos apresentados, as enfermeiras demonstraram curiosidade de saber se todo o material exposto era proveniente apenas da observação do trabalho de cada uma.

E: [...] eu acho que faz parte das ações do nosso cotidiano. É a enfermeira. [falando sobre um desempenho apresentado] OFG2

Esses desempenhos, essas ações são coisas que você observou só meu trabalho? [...] parece que a gente vai se vendo mesmo nisso, por isso que to perguntando se isso é só meu. Porque eu me identifico muito com tudo isso. Com exceção lá das decisões centralizadas, todo o resto eu me identifico muito, né. Enfermeira Branca

A fala da enfermeira chamou nossa atenção, pois além da “curiosidade” e de certo estranhamento já apontado, há ao mesmo tempo o reconhecimento de si nas ações desenvolvidas. Cabe destacarmos que a presente investigação não tem a preocupação de apontar o certo ou o errado da prática das enfermeiras, nem mesmo da generalização, mas, ao percorrer as falas e a observação do trabalho individual, busca apontar para um processo que se dá na organização do trabalho em saúde que é coletivo, e lançar apontamentos para a reflexão sobre o trabalho da enfermeira na direção de reflexões e ações para sua qualificação. Acreditamos que a realização da Oficina de Trabalho possibilitou, além da reflexão, a discussão do processo de trabalho e o conhecimento sobre o trabalho do outro, ou seja, permitiu o reconhecimento de cada uma em relação ao seu trabalho e ao trabalho do outro além da troca de experiências.

4.1 Estratégias do cuidado

Os dados das entrevistas e da oficina confirmam que as enfermeiras utilizam diferentes estratégias de cuidado na Saúde da Família, sendo uma delas o acolhimento.

Quando eu chego na unidade, eu já me coloco no acolhimento. Enfermeira Amarela

¹³ Estamos definindo como dispositivo qualquer arranjo que possa levar à produção de falas, reflexões, atos, que possam recompor o trabalho (BAREMBLITT, 1994).

Além do acolhimento, as enfermeiras também ratificaram que realizam atendimentos individuais em espaço mais privativo, indicando o desenvolvimento de consulta de enfermagem.

Tem momentos que eu estou diretamente ligada no atendimento individual dentro de sala. Enfermeira Verde

Segunda feira, minha agenda fica assim: de manhã pra 4 atendimentos individuais de enfermagem. Então, pode ser qualquer coisa: pré-natal, puericultura, triagem de psiquiatria e psicologia, pode ser citologia, pode ser algum eventual que eu possa tá ajudando [...] Enfermeira Azul

Facilitadora: Todos fazem? [se referindo à consulta de enfermagem]

E: Todos fazem. A gente faz consulta de pré-natal, primeira consulta, com peso [...] OFG2

Compondo as estratégias para o cuidado, as enfermeiras relataram realizar assistência fora na unidade, através de visita domiciliar.

Na quinta-feira é o dia que eu separo pra visita domiciliar. Enfermeira Branca

Ainda, além dos atendimentos voltados mais para o individual, as enfermeiras descreveram o desenvolvimento de grupos, indicando uma forma de cuidado coletivo.

E: [...] tem um dia de grupo que eu deixei riscado pra grupo, independente de ter o grupo, porque assim: se não tiver o grupo, a gente tá planejando o grupo. Enfermeira Rosa

Facilitadora: Tem sido possível realizar grupos?

E: Nós realizamos grupo de gestante. Isso já é rotina. A gente faz sim. OFG1

As falas acima evidenciam a utilização de diferentes espaços (recepção, consultório, domicílio e outros locais da unidade) para o cuidado.

Nas entrevistas e nas oficinas, as enfermeiras apontaram possibilidades que se fazem presentes e as dificuldades encontradas nas diferentes estratégias de cuidado, indicando limites, necessidades e percepções do trabalho.

4.1.1 Acolhimento: reduzindo ou ampliando a ação da enfermeira?

O acolhimento realizado na Saúde da Família de Ribeirão Preto, apesar de fazer parte do trabalho da enfermeira, consiste em uma estratégia de cuidado que pode ser desenvolvida por outros membros da equipe.

[...] Tem momentos dessa semana, aliás, todos os dias, [...] eu sou responsável pelo recebimento do acolhimento, mas a gente aqui entende o acolhimento como uma atitude de toda a equipe. Enfermeira Verde

A compreensão do acolhimento como uma prática da equipe vai ao encontro com Fracolli e Zoboli (2004) que entendem o acolhimento como uma prática da Saúde da Família, o que chama para a responsabilização de todos os trabalhadores, pois consideram que acolher não se restringe ao aspecto clínico, embora incorpore esse fator durante o atendimento.

Apesar da compreensão do acolhimento como uma atitude de toda a equipe, destacamos que essa estratégia de cuidado, quando utilizada pela enfermeira, pode envolver avaliação com classificação de risco e definição de prioridades para que a produção do cuidado se processe.

Coleta dados de forma dinâmica, sim, né, quando a pessoa chega, o acolhimento já foi feito pra isso mesmo. Pra gente tentar investigar o risco mesmo. Paciente chegou com queixa, a gente leva pra lá e faz toda a história dele. A vantagem de ter o prontuário pra gente ver como é que tá o atendimento, saber a história, até pra poder priorizar ou não aquele atendimento. Enfermeira Rosa

Então, você chegou aqui dizendo que está com dor no peito. Eu vou fazer uma entrevista, eu vou verificar sua pressão, vou verificar sua frequência cardíaca e vou querer saber dos seus antecedentes familiares essa coisara toda. Vou descartar o fato de você tá tendo um infarto. É lógico que eu não posso fazer esse diagnóstico, mas eu posso fazer essa classificação no risco. Se você me disser assim: ah, porque ontem eu caí e bati o peito. Pronto. Então, pra mim o risco já é muito menor. Enfermeira Branca

As falas descritas indicam que as enfermeiras compreendem a classificação de risco é um dos elementos do acolhimento de acordo com a definição da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008) que considera o agravo à saúde como critério de priorização da assistência e não a ordem de chegada ao serviço de saúde.

Cabe destacarmos ainda que a classificação de risco se constitui em uma ação específica da enfermeira, uma vez que a esta profissional, segundo a lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Lei nº 7.498/86 (COFEN, 1986), é privativa a realização da consulta de enfermagem e a realização de ações de maior complexidade, que exijam conhecimentos científicos, habilidades e atitudes que permitam a tomada de decisão ágil frente à situação de saúde.

No dia a dia e na fala da Enfermeira Branca não é esta a argumentação utilizada para diferenciar ações desenvolvidas na USF. A possibilidade de realizar avaliação com classificação de risco e a definição de prioridades diferencia o acolhimento da pré-consulta.

Acho que a gente faz isso [avaliação com classificação de risco] assim: esse é o dia a dia, né, da demanda espontânea. Acho que tem uma diferença grande na história da pré-consulta. Algumas pessoas acabam tendo isso muito sistematizado. Então, entrou na unidade, se faz uma pré-consulta. Pergunta o que você tá usando, o que tá sentindo, verifica todos os seus sinais vitais, deixa você prontinho pra uma consulta médica. Não é o caso aqui, né. Acho que a gente aqui faz uma avaliação que eu não considero uma pré-consulta, né. [...] eu faço a minha avaliação. Quando a gente sistematiza isso muito de pré-consulta, a gente corre o risco de botar uma pessoa com dor no peito muscular, achando que é um infarto. Enfermeira Branca

A fala acima chamou nossa atenção para a diferença entre avaliação com classificação de risco e pré-consulta. Concordamos com a compreensão da enfermeira, considerando que também estamos entendendo que a pré-consulta antecede a consulta médica com a realização de procedimentos estabelecidos como a verificação de sinais vitais e a identificação da queixa principal, o que não envolve a ampliação da escuta e avaliação clínica, atributos que devem estar presentes no cotidiano do trabalho da enfermeira na ESF.

Outro aspecto a ser destacado é a finalidade da pré-consulta, que foi introduzida na atenção à saúde, no modelo de programação em saúde (SCHRAIBER, 1990), presente no estado de São Paulo na década de 80. Na Programação em Saúde, baseada na perspectiva de ampliação da atenção e na otimização dos recursos existentes, o médico, seu recurso mais caro, deveria ter seu trabalho focado no núcleo de sua ação, ou seja, o diagnóstico e aplicação de tratamento, sendo que parte da coleta de dados (parte da anamnese, por exemplo) poderia ser realizada por outro profissional de saúde. Desta forma, a pré-consulta surge com a finalidade de ampliar a capacidade de produção do recurso mais caro e baratear os custos da atenção à saúde, uma vez que passa a ser realizada majoritariamente pelo auxiliar de enfermagem.

É importante destacarmos este aspecto, uma vez que a fragmentação do trabalho presente na quebra da atividade médica (e no trabalho em saúde em geral), certamente, fere a perspectiva da integralidade da atenção, e gradualmente leva o trabalhador à alienação de seu trabalho.

Dessa forma, reiteramos que as observações do trabalho das enfermeiras mostraram tanto situações com realização do acolhimento com desenvolvimento de ações voltadas para procedimentos técnicos pontuais (como verificação de sinais vitais), assumindo mais a direção de uma ação de pré-consulta, quanto momentos em que houve ampliação da clínica, com escuta mais aberta. Nesse sentido, ao articulamos as observações realizadas com as falas das enfermeiras nas entrevistas e/ou na Oficina de Trabalho, concordamos com Schimith e Lima (2004) que, em estudo realizado com a finalidade de identificar o potencial do acolhimento entre profissionais de uma equipe de PSF, concluíram que atividade clínica aumenta a possibilidade de vínculo e da responsabilização com as necessidades do usuário e sugeriram a aproximação da enfermeira a essas atividades, a fim de que suas ações tenham mais impacto na saúde da população, produzindo cuidados resolutivos.

4.1.2 Consulta de enfermagem: dificuldades e possibilidades

A leitura dos desempenhos apresentados em relação à ação na consulta de enfermagem provocou a fala das enfermeiras sobre a compreensão das mesmas acerca das perspectivas dessa estratégia de cuidado, sendo uma delas a de apresentar a possibilidade somar ao trabalho médico.

[...] e aí eu fico pensando: o que a consulta do enfermeiro deve fazer? Na minha opinião, não substitui consulta médica. Aliás, quem substitui consulta médica é consulta médica. Eu me lembro há muitos anos atrás, conversando com uma pediatra que é bem próxima da enfermagem [...], ela entendia que a consulta do enfermeiro, ela ia somar. Ela não ia substituir. E que eu poderia estranhar algumas questões, por exemplo, do crescimento e desenvolvimento infantil. [...] Enfermeira Verde

A fala acima indica uma importante reflexão que pode ser feita através do questionamento: Qual a função da consulta de enfermagem?

No fragmento descrito, a enfermeira mostra sua compreensão acerca dessa estratégia de cuidado, mas, ao trazer um exemplo de estranhamento, parece indicar que o foco ainda é assistência centrada no modelo biológico (crescimento e desenvolvimento).

Matumoto et al. (2011), em estudo realizado também no município de Ribeirão Preto-SP, ao apresentarem o movimento de ressignificação dos sentidos da prática clínica dos enfermeiros na Atenção Básica, mostram que as enfermeiras ao prestarem assistência, como na consulta de enfermagem, voltam-se para o modelo hegemônico, ou seja, a prática da clínica realizada pelo médico, o que parece estar presente na fala acima da enfermeira.

Apesar de parecer executar uma prática com modelo de centrado no biológico, a fala acima também indica que a enfermeira faz uma distinção entre seu trabalho e o do médico, possivelmente se remetendo às especificidades do trabalho de cada profissão, mostrando a necessidade do trabalho em equipe, ao considerar a soma do trabalho.

Aqui poderíamos apenas sinalizar que compreendemos que o trabalho em equipe se dá pela possibilidade da articulação das ações e interação dos agentes caracterizadas pela recomposição dos saberes e dos trabalhos especializados, produzindo a interação e integração destes saberes e práticas no trabalho (PEDUZZI, 2001).

Um dos grandes desafios postos às equipes de Saúde da Família é a organização do trabalho de equipe, a ponto de ser constituir em uma equipe integração, visando superar a fragmentação do trabalho, a justaposição das ações, o cuidado centrado na doença e não na pessoa, assim como o estabelecimento de projetos terapêuticos que não considerem o saber do conjunto dos trabalhadores da saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), ao apresentar a Política Nacional de Atenção Básica, reafirma a necessidade do trabalho interprofissional, da conformação do trabalho em equipe, como uma possibilidade de viabilizar a integralidade da atenção à saúde. Outros autores que têm discutido a questão do trabalho em equipe, ou trabalho interprofissional como tem sido destacado, apontam que a ESF tem se mostrado com potência para constituir-se “uma prática menos reducionista sobre a saúde, avançando para além da simples intervenção médica”, e neste sentido, “numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família” (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, p. 646).

Em relação às particularidades dos trabalhos dos diferentes profissionais no cotidiano da Atenção Básica, Matumoto et al. (2011) mostram que as enfermeiras fazem uma distinção entre clínica do cuidado e pseudoconsulta médica, sendo que a primeira considera a escuta, o

contexto, a família, não focando apenas a doença, e assim, poderíamos dizer, no mesmo sentido da prática de atenção à saúde esperada pela equipe integração.

Nessa direção, identificamos na presente investigação, a visão acerca da consulta de enfermagem como uma estratégia que possibilita ampliação da escuta e resolubilidade.

E toda vez que eu recebo alguém da família que eu percebo ... e as pessoas falam, pra elas não é didática a consulta, né. Ela não veio pra consulta de puericultura, ela te enxerga como profissional da saúde. Então, se ela faz uma queixa de filho ou dela mesmo, eu tento acolher e resolver. Não necessariamente eu vou pôr tudo naquela consulta, mas eu acolho aquela queixa e tento administrar da melhor forma possível: encaminho pro médico, agendo pra um próximo horário, tomo alguma conduta. Eu acho que sempre que tem que dar uma orientação pra família, sempre aproveito as oportunidades com certeza. Enfermeira Azul

Destacamos que, na observação do trabalho das enfermeiras, identificamos momentos de ampliação da escuta e resolubilidade na consulta de enfermagem, confirmando a consideração da enfermeira sobre tentar acolher e resolver a queixa do usuário, o que mostra preocupação da trabalhadora com a resolubilidade da ação em saúde. Aspecto este no SUS que considera a capacitação do serviço e da equipe para enfrentar o problema apresentado pelo usuário e resolvê-lo em seu nível de competência (BRASIL, 1990).

Apesar das diversas possibilidades da consulta de enfermagem, identificamos durante a observação do cotidiano das enfermeiras, que essa estratégia de cuidado tem sido realizada tendo como usuários-alvo principalmente as mulheres e as crianças, fato que foi confirmado pelas enfermeiras nas entrevistas e na Oficina de Trabalho.

Na unidade onde eu trabalho [...] é feito todo exame físico, inclusive com avaliação neurológica desse RN, avaliação da puérpera, involução uterina, situação das mamas, questão psicológica, condição social, ver a necessidade dela. Só que isso acontece mais com a questão de mulher e saúde da criança. Mais voltado a isso. OFG2

Cabe destacarmos que esses resultados corroboram os achados de Ermel e Fracolli (2006) que, em pesquisa realizada no município de Marília-SP, também identificaram que, no processo de trabalho das enfermeiras que atuam na Saúde da Família, a consulta de enfermagem é desenvolvida principalmente para mulheres e crianças, o que mostra semelhança na prática das enfermeiras em diferentes locais do país.

Ao apresentarem as justificativas de realizarem mais frequentemente consultas para mulheres e crianças, as enfermeiras relatam dentre estas o fato da mulher ser considerada responsável pelo cuidado na família.

Eu acho assim, primeiro porque a mulher, ela tem mais esse cuidado com ela e com a criança. Ela se sente meio que responsável pela saúde. Enfermeira Amarela

O fragmento acima indica uma relação entre gênero, saúde e responsabilidade também encontrada na fala “*A mulher é mais responsável pela sua saúde*” emitida por um enfermeiro

em estudo realizado no município do Rio de Janeiro-RJ (GOMES et al, 2011, p.5) que discute a ausência/invisibilidade do homem na atenção primária.

Embora ocorra efetivamente uma ação mais voltada ao atendimento à mulher, não apenas por parte da enfermagem, também foi considerada a necessidade de se atentar para oferecer o cuidado ao homem, considerando a cultura do Brasil, onde o homem não procura espontaneamente o serviço de saúde, a não ser em situações específicas de aparecimento de um agravo que necessite imediatamente de atendimento médico.

Eu acho que a gente precisa oferecer pro homem. Eu tenho tido esse cuidado de oferecer para o homem que vem amarrado, ele vem amarrado ou pra acompanhar a mulher na primeira consulta de puericultura pra trazer a sacolinha ou ele vem amarrado porque ele tem que aceitar que ela faça a laqueadura. Eu ofereço pra ele. Então, não é cultural oferecer avaliações periódicas para o homem adulto. [...] Então, é a história da saúde pública que o Ministério quer mudar. Mas essa mudança não será rápida e nem fácil. Ela primeiro precisa mudar cultura também. O homem precisa aprender a cuidar de si próprio, né, cuidar de sua saúde. Isso a mídia tem trazido aí. Enfermeira Verde

Considerando a fala acima sobre oferecer o cuidado ao homem, parece que as enfermeiras apresentam certa compreensão da necessidade de se tentar trazer o homem ao serviço de saúde, diferindo da opinião de um enfermeiro, na pesquisa realizada por Gomes et al. (2011), que fala da falta de conscientização dos trabalhadores (não somente da enfermagem) da necessidade de atrair o homem aos serviços de saúde.

Além disso, o fragmento acima também faz menção às políticas de saúde, cabendo lembrarmos especificamente daquela definida mais recentemente voltada ao cuidado à saúde do homem, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, no âmbito do SUS, instituída pela Portaria nº 1.944, de 27 de Agosto de 2009 (BRASIL, 2009c).

Cabe ressaltamos que historicamente muitas das ações de saúde foram implementadas tendo como foco a saúde materno-infantil, com uma finalidade implícita de manter a força de trabalho (mulheres e crianças) atuando sobre riscos e danos desta população. Atualmente, pode-se observar um esforço do Ministério da Saúde para inclusão do homem em ações preventivas e de promoção à saúde, não se restringindo a aspectos do adoecimento. Assim, diante da busca pela implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem alinhada à Política Nacional de Atenção Básica, as enfermeiras também falaram de ações implantadas nas unidades para chamar o homem para o serviço de saúde.

Tanto é que, umas das coisas que a gente fez, acabamos criando na unidade, é o pré-natal do companheiro. É uma maneira de fazer com que o companheiro, o parceiro, o marido da gestante, ele também venha na unidade. Então, nós temos inclusive uma bateria de exames que a gente oferece pro parceiro e justamente a gente fala sobre isso. Eu acho que é por isso. Mas nós percebemos isso e é por isso que a gente tem tentado trazer o homem pra consulta. Enfermeira Amarela

Além dos motivos relacionados às questões culturais e da necessidade de implantar rotinas voltadas à saúde do homem, justificando uma maior frequência de atendimento ao grupo materno-infantil, também foi apontada a questão do conhecimento técnico-científico necessário para o desenvolvimento de consulta de enfermagem para o usuário com doença crônica.

[...] a gente não consegue lidar com eles [hipertenso, diabético, idoso], né. Não sei se é uma questão de conhecimento técnico-científico, não sei se é uma questão de aceitação, não sei dizer pra você mesmo não. Enfermeira Branca

Diante da fala acima, questionamos: quais as dificuldades que determinam a não realização de consulta de enfermagem para usuários com doenças crônicas, como, por exemplo, hipertensos e diabéticos?

Chamamos a atenção para a maior frequência de consultas voltadas para saúde materno-infantil, ao verificarmos na fala das enfermeiras o reconhecimento da necessidade de realizarem atendimento para grupos que se constituem em uma demanda numericamente significativa na unidade.

Com os adultos, talvez a unidade ainda não tenha conseguido ainda se organizar para fazer um tipo de atendimento semelhante para os hipertensos e diabéticos. Até porque haveria necessidade, porque nós temos um número muito grande de pessoas com essas patologias. OFG2

[...] é a população [hipertensos] que a gente tem em maior número aqui. Eu tenho muito hipertenso. Eu tenho 5 gestantes, 2, 3 nenês, planejamento familiar quando tem é um por semestre, planejamento familiar do método definitivo, dos outros métodos, aí tem bastante. Se quem tá vindo mais aqui é o hipertenso, no que a enfermagem pode colaborar na assistência ao hipertenso. Enfermeira Rosa

Diante da identificação pelas próprias enfermeiras da necessidade de implementar a consulta de enfermagem como estratégia para o cuidado voltado a grupos predominantes (como hipertensos e diabéticos) da área adscrita da USF, consideramos que muitas das ações realizadas no interior da Saúde da Família do município de Ribeirão Preto podem não estar sendo desenvolvidas tendo em vista a realidade local, tomando a população e suas necessidades presentes no território, o que de certa forma indica um distanciamento dos princípios e diretrizes preconizados para essa estratégia na Atenção Básica.

Ainda sobre os motivos de não realizarem consulta de enfermagem para os grupos específicos de usuários portadores de hipertensão arterial ou diabetes, assim como para idosos, chamou nossa atenção a fala abaixo sobre a falta de compreensão sobre a finalidade do atendimento. Além disso, também salientamos a consideração sobre a complexidade da demanda do usuário portador de hipertensão e sua relação com a organização do serviço de saúde.

Agora o hipertenso é um atendimento que eu não consigo sistematizar. Não consigo ver um objetivo em fazer esse atendimento. Porque na Saúde da família, o hipertenso vem e não vem só pra ver hipertensão. Ele vem com milhões de queixa. Então, às vezes que eu tentei atender o hipertenso, na hora que ele chega aqui, ele

fala: ah, aproveitei que eu vinha aqui e deixei pra ver uma lesão de pele. Aí você tem que chamar o médico e tem que virar um eventual esse atendimento. Porque não vem pra ver hipertensão. Não é como um programa de hipertensão que o paciente vem pra ver hipertensão e ponto. [...] Ele sabe que aqui já vai resolver tudo [...] Então, ele vem com muitas outras demandas. Enfermeira Rosa

A situação acima mostra, mais uma vez, a preocupação com a resolubilidade da assistência. Nesse caso, destacamos que a resolubilidade envolve a necessidade de atendimento médico, provocando certo incômodo em gerar demanda de atendimento eventual, o que possivelmente está relacionado à organização do serviço.

Vale a pena um pequeno parêntesis e apontarmos que, se de um lado temos atuado na área da saúde numa lógica de atenção às condições agudas, de outro as condições crônicas tem sido responsáveis por 60% do ônus devido às doenças no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003). Segundo a OMS, espera-se que até 2020, “80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos”, sendo que os dados têm apontado que nestes países “a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%”, gerando gastos elevados para os governos e para a sociedade em geral. “Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas; simplesmente tratam os sintomas quando aparecem” (OMS, 2003, p. 5).

Considerando estes aspectos, a OMS (2003) publicou o relatório *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas*, indicando que

[...] nos países em desenvolvimento, as condições crônicas surgem basicamente no nível de atenção primária e devem ser tratadas principalmente nesse âmbito. No entanto, grande parte da atenção primária está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes. [...] De fato, a atenção primária deve ser reforçada para melhor prevenir e gerenciar as condições crônicas (OMS, 2003, p.8)

Esta constatação do foco nas condições agudas parece ser objetivada na fala das enfermeiras, como na da Enfermeira Rosa, ao se referir à dificuldade de atuar e compreender o objetivo do atendimento ao usuário portador de HA. Certamente a mudança de lógica passa não apenas pela prática da enfermeira, mas pela prática da saúde, nas dimensões da prática assistencial, da formação e da pesquisa, buscando o estabelecimento de outras estratégias de produção de cuidados em saúde e de se criar uma cultura junto aos usuários das ações de promoção à saúde e da prevenção de agravos em geral, realizadas pela equipe de saúde e não necessariamente apenas pelo profissional médico.

Esta questão parece estar presente na fala das enfermeiras, como por exemplo, no fragmento abaixo, onde fica explícita uma dúvida da Enfermeira Rosa sobre como realizar o atendimento ao usuário portador de hipertensão, indicando um não saber desenvolver a consulta para esses usuários.

[...] Mas o hipertenso é o mesmo. Então, quer dizer, o mesmo hipertenso que começou aqui em 2001 é o hipertenso que tá aqui em 2011. O que fazer com ele todo esse tempo se a gente tiver consulta de rotina com ele comigo, se eu não vou pedir exame, se eu não vou trocar receita, se eu não vou... Então, quer dizer, eu orientei, fiz aquele atendimento pra que eu vou marcar ele daqui 6 meses? Eu vou fazer o mesmo atendimento daqui 6 meses? Entendeu? Então fica um nó na minha cabeça de como atender esse hipertenso. Enfermeira Rosa

Nesse momento, pela fala da enfermeira parece que a compreensão acerca do atendimento ao usuário portador de HA fica restrita apenas a aspectos técnicos (solicitação de exames, troca de receita de medicamentos) que não competem ao exercício profissional do enfermeiro e da enfermagem (exceto em situações que contam com a presença de protocolos estabelecidos) e que se voltam para o modelo hegemônico que foca o recorte biológico. Diante disso, ressaltamos que o enfermeiro pode ter um leque de ações a ser desenvolvido junto ao usuário portador de hipertensão, considerando o manejo dos medicamentos, o acompanhamento dos resultados de exames e sua relação com a vida diária (tendo em vista o trabalho, a alimentação, a família), entre outros aspectos.

Ainda com relação à consulta de enfermagem, parece que há uma preocupação com o fazer, ou seja, com a mobilização de atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) para realizar um atendimento efetivo, que apresente impacto na qualidade da atenção prestada.

Que pode, pode [ser feito o atendimento aos usuários de grupos específicos]. Mas eu quero saber um jeito que seja efetivo, que não seja fazer por fazer. Enfermeira Rosa

A fala de Enfermeira Rosa é importante, pois, de certa forma, denuncia a urgência de uma revisão do processo de trabalho e do processo de formação, no sentido de se atentar ao modo que se produz o cuidado para que este possa atender às necessidades do usuário. Ao mesmo tempo, indica a prática reiterativa, reprodutiva, capturada pela lógica centrada na perspectiva biológica, onde se vislumbra poucas brechas para uma perspectiva como a proposta pela OMS de construção de cuidados inovadores para as condições crônicas.

Também destacamos a fala de uma enfermeira que aponta a falta de apoio da equipe médica, identificando a necessidade de se conquistar espaço para a realização de consulta de enfermagem aos grupos específicos.

Agora essa coisa do hipertenso e do diabético, acho que a gente ainda não se acostumou a fazer isso. E ainda não foi, de certa maneira, apoiado pela equipe médica pra fazer isso. Acho que é um espaço a ser conquistado. Enfermeira Branca

Considerando o fragmento acima e as próprias falas das enfermeiras, identificamos a necessidade de uma reflexão e ação conjuntas entre trabalhadores de diferentes categorias profissionais e gestores sobre possibilidades da assistência multiprofissional e interdisciplinar, ou seja, da ação interprofissional a grupos como de usuários portadores de hipertensão e diabetes. Cabe

destacarmos que tal preocupação, como já apontado, tem estado presente nos documentos oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, na definição de suas políticas e ações estratégicas.

Ainda, paralelamente a essa discussão, deve-se também trabalhar com o usuário, já que também chamou-nos a atenção o fato de uma enfermeira ter falado sobre a necessidade de o usuário compreender a finalidade da consulta de enfermagem para aderir ao atendimento.

Colocar consulta [para o usuário hipertenso] porque tem que colocar, porque eles vão faltar se ficar aquela coisa que tem que ir lá. Mas o que a enfermeira tem que fazer? Mas que chatice tem aquela consulta da enfermeira. Eu vou na consulta do médico que é mais importante, né. E falta na da enfermeira, né. Enfermeira Rosa

A compreensão acima acerca da importância da percepção do usuário sobre a consulta é pertinente, no entanto, destacamos o estudo de Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010) realizado com enfermeiras na Saúde da Família de Recife, mostrando que, especificamente entre as profissionais com maior tempo de formação, a consulta de enfermagem provoca sensação de vulnerabilidade profissional causada por dois motivos: falta de capacitação para o exercício da clínica e indefinição dos limites de sua competência (técnica) para a clínica na consulta.

Finalizando, podemos afirmar que as enfermeiras apontaram a consulta de enfermagem como uma estratégia importante para a produção de cuidado em saúde sendo, contudo, necessário construir de forma clara a finalidade desta ação, bem como a identificação dos conhecimentos, habilidades e atitudes que são necessárias a uma prática que não reproduza a clínica do médico, mas que possibilite uma lógica de atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

4.1.3 Visita domiciliar: construindo o cuidado no domicílio

A visita domiciliar (VD) também é confirmada pelas enfermeiras como uma estratégia de cuidado utilizada para diferentes finalidades dentre elas para a realização de procedimentos técnicos.

[...] a agente acaba fazendo até um pouco mais [na visita domiciliar]. Como por exemplo, passagem de sonda, porque tem pacientes acamados que são usuários de sonda ... eles colocam como ... é uma sonda nasoentérica, mas na verdade ela fica numa posição nasogástrica. Então, às vezes, a gente vai e faz a troca. Faz também a troca de bolsas de ostomias. Já aconteceu de paciente fazer uma cirurgia de pâncreas e ter colocação de uma bolsa para coleta de líquido biliar. São coisas mais específicas e a gente precisou até ver como é que usava. Sabe assim? Curativos também a gente faz. [...] Traqueostomia também. Enfermeira Amarela

Apesar de considerarem a VD como uma estratégia para cuidado que pode ser voltada ao biológico, destacamos que as enfermeiras também se atentam para outros tipos de cuidado necessários, de acordo com a demanda dos usuários.

A visita ela pode ser um cuidado do corpo, mas pode ser de um cuidado da alma. Acho que a visita tem o aspecto de melhorar vínculo, estabelecer relações, ela tem o aspecto de você faz a visita pra compreender a dinâmica familiar. Enfermeira Verde

A fala acima corrobora o colocado por Pereira et al. (2004, p.78) que compreendem a assistência no domicílio (sendo que estamos entendendo a VD como uma das formas de realizar assistência no domicílio) como uma estratégia que pode proporcionar o estabelecimento de vínculo e de uma relação mais personalizada e humanizada, além do “reconhecimento de processos de subjetivos que estão presentes na relação familiar”.

Outro aspecto que a fala descrita anteriormente nos leva refletir refere-se ao apontado por Franco e Merhy (2003) quando sinalizam que a VD na prática em saúde, mais especificamente na Saúde da Família, assume um caráter compulsório, e que este aspecto merece uma atenção especial, pois podemos reproduzir ações de controle no interior do domicílio, quebrando com a possibilidade de autonomia do usuário. Estes autores ainda sinalizam sua compreensão de que esta estratégia quando realizada pelo médico ou pelo enfermeiro deve se voltar a uma atenção específica e em função do conhecimento, habilidade e atitude destes profissionais em benefício àquilo que é demandado pelos usuários.

Por outro lado, chamam-nos a atenção ainda, as experiências relatadas pelas enfermeiras nas quais desenvolveram ações que mostram a possibilidade de ressignificação do cuidado.

Uma família ligou e pediu consulta médica. Óh, doutor fulano veio aqui quinta feira e, desde que ele veio, minha mãe não aceita comer e tomar banho. Nós estamos precisando de uma nova consulta. Aí eu fui falar com ele, ela falou: olha, o problema não é consulta médica, é o manejo do cuidado da idosa. Eu falei: ah, posso ir? Pra ver ... Realmente havia uma questão do cuidado clínico e aí era pra ser feito e uma questão do cuidado do manejo. Eu fiz uma orientação da cuidadora e da família, dos dois cuidadores que estavam presentes. Ressignificando os ciclos de vida, autonomia, independência e marquei uma segunda vez pra ir. Enfim, esse tipo de ressignificação, o enfermeiro faz. Enfermeira Verde

O fragmento da fala acima parece exemplificar o que Sakata et al. (2007) identificaram em estudo realizado na atenção básica do município de Ribeirão Preto SP: a visita pode ser uma oportunidade de compreender melhor o modo de vida do usuário e as relações intrafamiliares; contemplando aspectos que não envolvam somente a doença física, mas também que abordem problemas emocionais; o que permite fazer orientações mais condizentes para as reais necessidades de saúde do usuário e família, proporcionando singularidades no modo de cuidar.

Ainda, parece ficar explícita na fala abaixo a consideração do domicílio como um importante espaço que pode contribuir para desenvolvimento de ações de orientação que possibilitam o sucesso do cuidado prestado.

Então é muito difícil a mãe sair de casa, com o nenê novinho e ir colher o teste do pezinho no lugar ideal que seria a sala de coleta. Então, eu acho que não é uma questão de caridade, mas é uma questão de juntar uma coisa com a outra. Já tá provado cientificamente que é melhor colher o teste do pezinho nesse período. Também já tá provado cientificamente que esse é o período de apojadura que é o pior período aí pra

mãe começar o aleitamento. Então, se eu for pra dentro do território dela, a casa dela e lá dentro conseguir mostrar pra ela, conseguir fazer essas coisas de orientação, a importância do teste do pezinho, a importância do aleitamento, como é que ela pode fazer isso, como é que ela pode fazer aquilo sem ela ter que tirar a camisolinha dela, pra mim já é uma coisa imensa. Porque eu acho que a gente consegue fazer muito mais coisa dentro da casa dela do que fazer ela sair. Enfermeira Branca

A fala da Enfermeira Branca chama atenção pelo fato da enfermeira deixar claro que não compreende a VD como uma estratégia desenvolvida por caridade. Além disso, parece ir ao encontro da ideia de que “ao adentrar no domicílio, os trabalhadores podem desenvolver e exercitar maior sensibilidade e percepção para as necessidades de investir em formação/educação permanente” (PEREIRA et al., 2004, p.78). Desse modo, inferimos que a enfermeira não executa a VD apenas para o cumprimento de uma atividade inserida no rol de ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para os trabalhadores da ESF, mas possivelmente buscando a realização de um cuidado de acordo com as necessidades do usuário em seu contexto de vida.

Apesar das enfermeiras falarem sobre diferentes e importantes aspectos da visita domiciliar, as mesmas confirmam que apresentam dificuldades para sair da unidade de saúde para a realização do cuidado no domicílio, conforme observado no dia a dia do trabalho.

Sim. Temos sim dificuldade fazer visita sim. Não realizamos a quantidade de visitas que a gente gostaria. Enfermeira Amarela

As falas mostram que as dificuldades envolvem a demanda de trabalho na unidade, dentre as quais estão aquelas decorridas por férias do auxiliar de enfermagem, ou da ausência do pessoal de enfermagem por outro motivo.

Eu acho que a gente é tomado pelas coisas da unidade, né. Então, essas duas últimas semanas, eu não fiz visita, por exemplo. Porque tem uma auxiliar de férias. Eu não dou conta de sair daqui. Ontem tinha que ter visitado um nenê que saiu do hospital, prematuro, não fui. Hoje tem que ver esse nenê de qualquer jeito, mas não sei como, porque a gente tá aqui, mas a unidade deve tá pegando fogo lá fora. [...] Muitas coisas tomam nosso horário de visita. Enfermeira Rosa

Além disso, também há falas de demanda de trabalho administrativo na unidade e atendimento de pesquisadores.

Eu tenho dificuldade sim. Por exemplo, uma das visitas que é minha obrigação, é a visita da primeira semana do RN, é difícil, às vezes, eu conseguir sair. É bem difícil. Se eu tiver um treinamento, que nem hoje [...] Demanda administrativa, porque muita gente vem na unidade e me procura pra conversar, muita gente ... todo mundo que é igual você de pesquisa, se não for específico [...] o entrevistado sou eu. Todo mundo de tudo. A não ser que seja direcionado. A pesquisa tem que ser com aquela pessoa, se não for, sou eu. Enfermeira Azul

A grande demanda gerada por desenvolvimento de pesquisa pode estar relacionado ao fato do município de Ribeirão Preto sediar várias Universidades que oferecem cursos de graduação e

pós-graduação, somado ao contexto brasileiro de crescimento e fortalecimento da Saúde da Família, fazendo com que o cenário da Estratégia seja foco dos mais variados estudos.

Apesar das dificuldades encontradas para sair da unidade para realizar o cuidado no domicílio, fica explícita a consideração de que organização do trabalho para a VD é uma decisão que deve partir da própria enfermeira, mostrando uma conscientização das trabalhadoras acerca necessidade de ter momentos destinados para a assistência domiciliar.

Eu aprendi o seguinte: quando o enfermeiro se propõe a fazer cuidado direto, ele tem que achar lugar na agenda. Senão ele vai fazer sempre a mesma coisa. O administrativo é sedutor e te segura. Então isso é uma decisão que o enfermeiro tem que tomar. Enfermeira Verde

[...] a gente tinha, sempre teve uma demanda de eventual mesmo na unidade, muito grande e isso, de certa forma, servia de desculpa pra gente não sair pra visitas. Atualmente eu tenho feito [...] Atualmente eu tenho, deixei um dia: este dia vou sair pra visita. Então hoje eu tenho isso um pouco mais sistematizado na minha agenda. [...] a gente acaba sendo absorvido pelo trabalho dentro da unidade e não sai. Se não for assim: eu vou sair, eu vou fazer, a gente não faz. Enfermeira Branca

Considerando as dificuldades para realização de VD, chamou-nos a atenção que uma enfermeira escolheu essa estratégia como um aspecto que pode ser investido em seu trabalho para qualificá-lo.

Se eu tivesse que escolher alguma coisa pra investir, acho que as visitas domiciliares. Não sei se uma coisa sistematizada, mas talvez aumentar a frequência, aumentar as possibilidades de visita domiciliar [...] do trabalho em equipe na visita domiciliar. Enfermeira Branca

Finalizando, os fragmentos apresentados das falas das enfermeiras acerca da VD indicam que as mesmas utilizam essa estratégia de cuidado com diferentes finalidades (para: realização de procedimentos, ressignificação do cuidado, melhorar o vínculo, compreender a dinâmica familiar, entre outras), o que demonstra a potência da execução da VD como estratégia que pode proporcionar modos de cuidar na saúde mais condizentes com as necessidades dos usuários/famílias. Nesse sentido, ao analisarmos o entrelaçamento do material captado nas observações com aquele advindo das entrevistas e da oficina, concluimos que o desempenho da enfermeira na ação em VD na ESF é composto por um conjunto de atributos mobilizados na direção de conhecer o usuário no seu ambiente e na sua família; prestar cuidado e acompanhar os usuários/famílias em situações de risco e agravos.

Ressaltamos que a observação do trabalho das enfermeiras também indicou uma deficiência na frequência de realização de VD, de modo que as trabalhadoras reconheceram o limite desse aspecto de seu trabalho, apontando a necessidade de assumirem uma posição para colocar essa estratégia de cuidado na agenda de trabalho. Dessa forma, os dados identificados corroboram com Sakata et al. (2007) que, em estudo com objetivo de compreender as

concepções de uma equipe de Saúde da Família sobre VD, concluíram que a essa estratégia de cuidado, apesar de ter o tempo cronológico como um fator limitante de realização, possibilita aproximação entre profissionais e usuários, espaço de escuta e de conversa, acolhimento e de criação de vínculo, considerando as singularidades de cada família.

4.1.4 O desenvolvimento de grupos pela enfermeira

O desenvolvimento de grupos de usuários coordenados pelo enfermeiro envolve uma prática aprendida em vivência de grupos anteriores, o que corrobora com estudo de Munari e Furegato (2003) que identificaram, dentre as fontes de aprendizagem para a formação para o trabalho grupal, o aprendizado oriundo da prática.

Aí eu aprendi outra coisa. Quero já fazer o contrato que toda fala realizada aqui, fique aqui. E tudo que for dito no grupo será acolhido e respeitado. Mas que eu, enquanto coordenador, só falarei de conhecimento científico e consolidado. Por que eu aprendi isso? Porque eu tinha pessoas que vinham para o grupo com a fala do Pastor evangélico. Tinha um senhor, ele até parou de vir aqui, a gente achava que ele tinha um perfil de transtorno psiquiátrico, ele era curandeiro, ele curava tudo. A partir desse contrato, ficou estabelecido por mim e eu prefiro fazer, que toda opinião será respeitada, mas que eu falarei de conhecimento científico consolidado. Foi uma forma de sair de uma saia justa, né. Principalmente pastor que cura AIDS né. Vivendo e aprendendo. Difícil. Enfermeira Verde

A situação descrita acima mostra que a enfermeira tem utilizado o contrato de trabalho no desenvolvimento de grupos, seguindo a compreensão de Munari e Furegato (2003, p.19) acerca da função desse recurso, ou seja, definir as regras e normas para a convivência durante o funcionamento do grupo. Além disso, a enfermeira, enquanto coordenadora do grupo, ao assumir uma posição de falar sobre conhecimento científico consolidado, justificando-a, parece tomar uma atitude para lidar “com a incerteza do que irá acontecer”, “desempenhando papéis que lhes são familiares” (MUNARI, FUREGATO, 2003, p.20).

Nessa direção, diante da atitude da enfermeira, inferimos que a mesma tem noção de seus limites e capacidades, elaborando um planejamento que lhe permita o desenvolvimento do grupo com mais tranquilidade e segurança, o que está de acordo com a compreensão de Munari e Furegato (2003) sobre a atuação da enfermeira enquanto coordenadora no trabalho grupal.

Parece muito comum as enfermeiras das unidades de saúde cenários desta investigação contarem com a participação de alunos de cursos da área da saúde na organização e coordenação dos grupos oferecidos pela unidade.

Agora grupo de gestante e grupo de puérperas é um grupo que nós fazemos assim: a unidade é que faz. Aí nós fazemos sempre em parceria com a Escola de Enfermagem. Enfermeira Amarela

Aí agora com a residência multi, eu divido com elas, com as alunas da enfermagem, com a residência multi. Então, vamos supor, eu tento participar de todos os

encontros, mas não sou eu que coordeno todos os encontros, nem sou responsável por todos os temas. Enfermeira Azul

Apesar de contarem com a participação de alunos de graduação e residentes, chamou-nos a atenção a fala de uma enfermeira acerca da formação voltada para a doença e influência no modo de desenvolver o grupo, apontando que não é possível no desenvolvimento desta atividade uma ação estritamente prescritiva.

[...] você sabe que isso [grupo] é muito difícil. Primeiro que a gente trabalha com um monte de outras pessoas, residentes, estudantes e a formação na graduação ainda tá muito voltada pra doença. Então, quando eles têm as ideias, eles têm as ideias desse tipo. E normalmente eles fazem grupos prescritivos, porque esse é o costume. [...] Então, ele vai fazer um grupo de adolescente, ele vai chegar pro adolescente e vai dizer: droga é uma porcária, o cigarro é uma porcária, o sexo precisa ser seguro. E não adianta você fazer isso. O adolescente vai entrar num buraco e sair do outro e falar: ah, não vim aqui pra esse cara falar disso. Ele quer conversar de outras coisas. Enfermeira Branca

Corroborando com a fala acima, Moretti-Pires (2009), em estudo visando debater a formação de estudantes de medicina, enfermagem e odontologia e sua adequação à visão ampliada de saúde implicada no SUS e na ESF, identificou que a educação em saúde, algumas vezes realizada em grupos, foi caracterizada pelos acadêmicos investigados por palestras e a narração de conteúdos teóricos, indicando que a estrutura didático-pedagógica da formação universitária ainda utiliza métodos tradicionalistas em detrimento de estratégias pautadas na problematização, conscientização e horizontalidade.

Em relação aos grupos, as enfermeiras também falaram sobre a adesão dos usuários a essa estratégia de cuidado, sendo que esta acaba não tendo muita ressonância junto à população.

[...] tem aquelas caixinhas de tentar ver na comunidade preferência de data e horário, só que a gente percebeu [...] que, às vezes, a questão de você oferecer, a questão de muita flexibilidade pra essa população, não é muito adequado, porque já é uma população que não tem vontade. Se ela tiver muita opção, aí que ela não vem. Então, às vezes, é preferível aqui nessa população, nessa comunidade, a gente fechar um horário e começar com temas mais pré-estabelecidos e depois que tiver mais organizado, abrir. Do que a gente abrir. Enfermeira Azul

Ainda sobre falando sobre a adesão, as enfermeiras discutiram possível motivo para baixa demanda para grupos, vinculado ao fato dos usuários por vezes terem o horário de trabalho como impeditivo.

A gente tem que ter gente que se interessa. Os pacientes, às vezes, até se interessam, mas não tem horário, muitos estão em vida produtiva, tem trabalho, não vai perder horário de trabalho pra ir em grupo educativo. É complicado, a gente vê a baixa adesão. OFG1

As duas falas são de certa forma contraditórias uma vez para a Enfermeira Azul se faz necessário restringir o horário destinado aos grupos educativos, enquanto que, para a

Enfermeira que participou da Oficina de Trabalho, há implicitamente a crítica quanto à restrição dos horários, considerando a vida produtiva dos usuários.

Os motivos para a baixa adesão dos usuários podem encontrar várias justificativas, sendo que o estudo de Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010) sobre a superposição de atribuições entre enfermeiras da ESF, identificaram que, dentre os obstáculos para efetivação das práticas educativas grupais, estavam presentes: o tempo gasto nas consultas e em funções gerenciais, falta de espaço nas unidades e desinteresse da comunidade, ACS e médicos.

Com relação à participação dos usuários nos grupos, também foi apontado sobre formas utilizadas como moeda de troca que influenciam a adesão, estando presente um tom de crítica nesta estratégia de obter a adesão da comunidade ou grupos específicos aos grupos educativos.

A gente tem uma adesão boa do grupo de gestantes, mas a gente sabe também que o enxovalzinho também que a Fulana consegue é um dos estímulos pra elas.
Enfermeira Branca

E: Do planejamento dá certinho, sabe por quê? Porque consegue a laqueadura. Da gestante no finalzinho tem o kit.

E: Mas eu não sei se isso é adesão também. Eu não chamo isso de adesão. Tem coisas que eles são obrigados a participar. Diferente de adesão. Planejamento se não for não é aprovado. OFG1

Considerando a “moeda de troca” como fator relacionado à adesão, também foi levantada a consideração de diferenciar grupos educativos destinados a populações vulneráveis de grupos de promoção à saúde.

E: Por isso eu acho que é diferente de grupo de promoção. Porque eu acho que merece atenção específica.

Facilitadora: Como seria diferente?

E: Não teria essa moeda de troca. Ele é aberto, ele vai ao encontro acho que à necessidade do outro, sem ter esse foco da doença. A Fulana sempre fala: ele é diabético, mas ele não tá no grupo de diabético, tá no grupo da ioga, do artesanato, no grupo de dança. Eu acho que isso faz diferença. É difícil relatar isso como procedimento. A gente relata isso lá no Higya, registra vários procedimentos, mas com grupo de promoção não tem isso. Eu acho que tem que ser discutido, né, como a gente conta isso como produção de saúde. OFG1

Este último aspecto mostra-se bastante interessante, pois traz uma concepção de atuação em grupos voltados para tratar da saúde e da promoção desta e não preocupados estritamente para questões ligadas a doenças. Certamente implica em uma lógica e em uma abordagem diferenciada do conhecido, pois nos leva a desenvolver outras habilidades e conhecimentos para o trabalho em saúde.

Teixeira, Mishima e Pereira (2000), em estudo sobre o trabalho da enfermagem na ESF, discutem que a Saúde da Família trouxe novas possibilidades para o trabalho da enfermagem e da enfermeira, sendo que outros instrumentos de trabalho certamente se fazem necessários, como por exemplo, “linhas e agulhas” para que os usuários possam desenvolver outros interesses para

cuidar de saúde, sendo o trabalho de enfermagem aquele que apresenta potência para esta nova direção que se coloca como necessária para a produção do cuidado em saúde.

4.2 Ferramentas para o trabalho

A apresentação dos atributos que compõem os desempenhos da enfermeira na ESF possibilitou que estas refletissem e falassem sobre as diferentes ferramentas utilizadas no seu trabalho cotidiano, e que de certa forma vão conformando a utilização de tecnologias do trabalho em saúde e em enfermagem.

4.2.1 Conhecimento e aprendizado - processos permanentes no cotidiano de trabalho

A ESF preconiza, dentre outros aspectos, que a equipe tenha conhecimento acerca da comunidade assistida e do território adscrito. Na observação do trabalho das enfermeiras, ficou evidente esse conhecimento por parte das trabalhadoras o qual pode ser reiterado pelas falas a seguir.

Ontem até o Fulano veio aí [...] a gente tava conversando, ele me perguntou sobre o diagnóstico da comunidade. [...] vocês não sabem quantas famílias tem? Tem tantas. E quantas pessoas? Tantas. E quantos hipertensos? Tantos. E o que tem mais? Tem mais crianças. Então assim: o diagnóstico tá dentro da gente. E não sou eu. Se você perguntar isso pra qualquer uma das agentes, elas vão saber dizer isso pra vocês: onde o território tem problema, qual é a área de risco, como é o diagnóstico de saúde da comunidade. [...] é uma coisa que a gente discute tão permanentemente [...] Enfermeira Branca

A maioria dos usuários, as famílias eu conheço. Enfermeira Azul

Eu ando pela rua, eu sei todas as casas, todos eles frequentam o posto. Então, é uma população carente mesmo. [...] A gente assim, por conta de ter todos os dados que as agentes comunitárias passam e nós sabemos, a gente tenta fazer os nossos pequenos planejamentos: quantos hipertensos, quantos diabéticos, quantos já tem Hipertensão, quantos não tem, quando você tem diabetes e hipertensão associados, enfim, nós temos isso já tem tabuladinho, né. Gestantes, quantas gestantes no mês, quantas gestantes menores de idade, adolescentes. Então, a gente tem como buscar tudo isso e a gente sabe dessa situação. A gente tem essa situação muito presente até porque tem a participação dos agentes muito próximos da gente. A gente tem isso mensalmente. Mensalmente a gente sabe quantos acamados, quantos internados. Enfim, a gente tem esse leque. Enfermeira Amarela

Conhecer as características do território, os dados populacionais, de que adoecem e morrem as pessoas que vivem no território, aparece na fala das enfermeiras como um aspecto importante no trabalho na ESF, pois este conjunto conforma o diagnóstico do território, ferramenta necessária ao trabalho da equipe.

Com relação ao diagnóstico da área, Benito et al. (2005) em estudo sobre o conhecimento gerencial requerido à enfermeira no PSF do litoral catarinense, identificaram que 100% dos sujeitos da pesquisa (médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem e ACS)

consideraram ser de muita ou extrema importância o conhecimento do perfil epidemiológico da população do território.

Apesar das enfermeiras apresentarem o conhecimento sobre o diagnóstico da comunidade, identificado durante a realização da observação do trabalho e validado nas entrevistas e Oficina de Trabalho, não ficou claro o desenvolvimento do planejamento e realização de ações a partir do diagnóstico da população da área adscrita, ou seja, parece que este não se constitui em um instrumento de trabalho presente no dia a dia de trabalho. Nesse sentido, as falas das enfermeiras indicam que muitas ações realizadas ocorrem a partir de um disparador da gestão municipal (Secretaria Municipal da Saúde), ou seja, não são desenvolvidas levando em consideração, principalmente, o diagnóstico específico de cada região local.

E: Isso assim, desde quando começou, a gente tem anotado nos prontuários aqueles que já foram cadastrados no Hiperdia, aqueles que não são, na medida do possível, foi o que eu falei: na saúde do adulto, hipertensão e diabetes tem que ser melhorado sim. Isso a gente não tem. [...] Diferente da ginecologia. Lá a gente vai atrás de gestante com Tb positivo, RN de risco, isso a gente tem todo controle. Lista de faltosos ...

Facilitadora: Isso também foi definido a partir de um problema identificado pela equipe, a partir de um problema levantado pelo território? Ou isso foi definido também e ponto.

E: Na verdade, na unidade onde eu trabalho, isso foi, assim como todo município, as questões começaram a ser cobradas das unidades, dentro do levantamento realizado pela Secretaria da Saúde. E as unidades tiveram que se organizar pra que as coisas acontecessem melhor na sua área de abrangência. Pra que a gente tivesse um pouco mais controle dentro dos nascidos vivos, casos de óbito materno, fetal, a gente tem que ir atrás também ...

Facilitadora: Já veio definido pra equipe?

E: Foi. Veio definido. OFG2

Ainda considerando o conhecimento necessário para o desenvolvimento das ações, também foi apontado sobre seu aspecto técnico para realização de procedimentos, como o exame físico, já que as observações indicaram que, muitas vezes, o exame físico não é desenvolvido completamente, ficando restrito a ações como pesar, medir e verificar sinais vitais.

É, normalmente, os exames físicos não são assim super aprofundados [...] Enfermeira Branca

O fragmento acima chamou-nos a atenção, já que o exame físico constitui-se em uma etapa do processo de enfermagem de extrema relevância, pois compreende a avaliação do usuário e determina a definição do diagnóstico de enfermagem, oferecendo elementos para elaboração do plano de assistência de acordo com as necessidades do usuário e dos cuidados a serem empreendidos, bem como anormalidades identificadas (SOUZA; BARROS, 1998).

Dentre os determinantes desse modo de fazer o exame físico, as enfermeiras relatam a falta de conhecimento técnico não adquirido durante a formação.

[...] Vamos pensar: ausculta pulmonar é uma coisa que eu não aprendi na escola. Ausculta cardíaca também não [...] Enfermeira Verde

[...] por exemplo, otoscopia eu não sei fazer, oroscopia eu não sei fazer. Enfermeira Branca

Nesse momento, é importante salientarmos que a obrigatoriedade do conteúdo de semiologia e semiotécnica no currículo dos cursos de graduação em enfermagem foi estabelecida com o Parecer do Conselho Federal da Educação (CFE 314/94) em 1994, assim, há a indicação de ser um conteúdo de certo modo recente no processo de formação da enfermeira (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, 1994).

Assim, da mesma forma que a maioria das enfermeiras sujeitos desta pesquisa não tiveram o conteúdo ministrado durante a graduação, possivelmente muitas enfermeiras que em atuação nos diversos campos de trabalho também devem apresentar essa deficiência de conhecimento e habilidade em relação ao exame físico.

Adicionalmente às dificuldades, as enfermeiras também falam sobre o que pensam acerca do exame físico, apontando que sua realização não é o centro do atendimento empreendido e que este é de responsabilidade do médico.

Olha, sinceridade, se eu estivesse num local onde eu não tivesse recursos pra ausculta, eu faria. Mas mesmo assim com algumas dificuldades. Eu não sei, por exemplo, auscultar pneumonia, eu não sei auscultar outras coisas. Eu sei ver rapidamente uma crise de broncoespasmo. Às vezes é até visível, não precisa auscultar. Mas eu acabo deixando isso pro médico mesmo. É uma decisão minha. Porque eu acho que nesse nível o exame é parte dele, eu penso. Enfermeira Amarela

O exame físico ele não é o centro de todas as avaliações. Então, quando eu vou fazer o primeiro atendimento de pré-natal, é mais conversa mesmo. Eu vou fazer sinais vitais e olhe lá, depende da idade gestacional. [...] Enfermeira Verde

De certa forma, parece haver uma desqualificação desta ação, pois parece que a compreensão é de que esta é uma tarefa médica, e que a realização do exame físico não qualifica a atenção prestada pela enfermeira. Conforme observado no trabalho das enfermeiras, em alguns momentos, as enfermeiras ampliam o exame físico.

Dentro das atividades de exame físico, apenas pesa e mede. ... Eu discordo disso, porque a gente tem claro, casos que a gente não faz exame físico, mas, por exemplo, na consulta de puericultura a gente faz, tem protocolo pra fazer, a gente tem isso. Faz exame físico, faz toda uma consulta de enfermagem sem ter o médico. OFG2

Nem sempre eu só peso e meço no exame físico, porque eu acho que é pouco. Muitas vezes eu ausculto, papanicoloau é mais do que isso né, palpa abdômen. Enfermeira Azul

Considerando que o exame físico consiste em uma etapa da coleta de dados que possibilita a sistematização da assistência de enfermagem, com a definição de diagnóstico de enfermagem, observamos que não é seguida a sistematização da assistência de enfermagem durante o atendimento, situação esta que também foi confirmada pelas enfermeiras.

Então, eu tenho muita dificuldade de diagnóstico, NIC, NOC, NANDA. Eu sou da opinião do seguinte: não te diz respeito, mas vai saber se pra alguém diz respeito aquela sistematização. O CIPESC é mais próximo da gente, mas nós precisamos treinar. Não tem treinamento. Nós não temos treinamento pra dar diagnóstico de enfermagem nem do CIPESC. Do NIC, NOC, NANDA lá, eu sou uma ignorante no assunto. Nós vamos jogar tudo que eles fazem fora? Não. A gente precisa conhecer até pra divergir. Enfermeira Verde

Na fala acima a enfermeira deixa claro que não tem conhecimento sobre diagnóstico de enfermagem, o que fica explícito ao relacionar a NIC como diagnóstico e não como a Classificação de Intervenções de Enfermagem. Apesar disso, é importante destacarmos que os diagnósticos e as intervenções de enfermagem compõem, entre outros, o processo de enfermagem cuja utilização requer conhecimentos diversos, processados e apoiados no raciocínio clínico com a finalidade de realizar julgamento diagnóstico adequado à interpretação dos problemas (respostas humanas) apresentados pelos usuários (SAMPAIO et al., 2011).

A fala da Enfermeira Verde chamou nossa atenção em dois aspectos: o primeiro pelo desconhecimento do significado e utilização das diferentes classificações de intervenções citadas, e o segundo por indicar de certa forma uma crítica sem fundamentação quanto à possível finalidade da utilização destas classificações, para que e como podem ser utilizadas, em que medida contribui para a qualificação da atenção prestada.

Contudo, destacamos o que é apontado pela Enfermeira Branca acerca da compreensão do que seria o diagnóstico de enfermagem, arriscando uma reflexão a partir de sua prática.

Acho que diagnóstico de enfermagem, eu não aprendi a trabalhar com essa coisa muito sistematizada, né. Essa é uma coisa mais nova. Então, eu considero o diagnóstico de enfermagem, quando eu identifico um problema e faço uma orientação e digo: ó, use tal coisa. Use óleo de amêndoa nessa pele que ela tá seca e o melhor é fazer isso senão vai abrir a ferida. Isso pra mim é um diagnóstico de enfermagem e uma conduta. Entendeu? Enfermeira Branca

A falta de conhecimento acerca dessas ferramentas de sistematização não é restrita a enfermeiras sujeitos desta pesquisa, já que Sampaio et al. (2011) ao identificarem evidências do uso da NIC na prática clínica de enfermeiras brasileiras, encontraram que há dificuldades de manuseio da Classificação como resultado da falta de conhecimento dessa ferramenta. Ainda, a falta de conhecimento sobre exame físico e sistematização da assistência de enfermagem por enfermeiras que atuam na Saúde da Família também foi identificada em pesquisa realizada na Estratégia Saúde da Família de Marília-SP (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Considerando os aspectos do conhecimento apresentados acima e tentando compreender em que o atendimento de enfermagem é fundamentado, identificamos as falas a seguir:

Facilitadora: Então, eu to fazendo atendimento mais fundamentado em quê? De que jeito? É isso que a gente tá tentando compreender.
E: Eu acho que mais orientação, educação, prevenção. Porque a gente trabalha muito em cima disso, né.

E: A demanda espontânea também interfere muito nesse processo ... a consulta de enfermagem, o RN ... a supervisão também da equipe, tem todo um contexto aí. Eu vejo assim, na Saúde Pública, você trabalha com imprevistos, então você tem que tentar se adequar. A dengue aí tomou conta, né. Você tem que tá chamando: ó, tem hematócrito pra fazer, tem prova do laço pra fazer, e você ver tudo isso chegando e você quer uma resposta, né. É difícil você contemplar tudo isso. OFG2

A fala aponta diferentes determinantes presentes no dia a dia e que levam a enfermeira a buscar adequar seu trabalho, às necessidades e situações que se apresentam. Um aspecto importante assinalado neste fragmento diz respeito à imprevisibilidade do campo de trabalho da Atenção Básica, sendo necessário um leque de conhecimentos, habilidades e atitudes que possam permitir a ação desta trabalhadora frente às demandas que se fazem presentes. Isto por que a “Saúde Pública”, ou melhor, o campo da Atenção Básica é marcado como espaço de expressão de necessidades e problemas pouco estruturados ou mal definidos, apresentando-se como um espaço de alta complexidade assistencial e que para a ação em saúde, se faz necessário um conjunto de tecnologias das mais variadas naturezas (duras, leve-duras, leves).

Merhy (1997), discutindo a questão da utilização das tecnologias em saúde na produção do cuidado, classifica estas em tecnologias duras, leve-duras e leves, sendo que as primeiras seriam aquelas que se caracterizariam por apresentar trabalho anterior incorporado (equipamentos, maquinário específico da área da saúde, insumos, protocolos e normas de serviço), as tecnologias leve-duras seriam aquelas relativas aos conhecimentos ou saberes e que dão corpo ao trabalho em saúde (Epidemiologia, o Planejamento em Saúde, a Clínica, o saber de Enfermagem, dentre outros) e as tecnologias leves seriam aquelas denominadas de ação e que se produzem no desenvolvimento em ato, em um processo de relações (as relações de interação, de vínculo, de escuta, por exemplo).

Ainda com relação ao conhecimento (tecnologias leve-duras) para o trabalho, destacamos que as enfermeiras relatam uma busca por aprendizado daquilo que será utilizado na prática cotidiana.

Outra coisa que eu aprendi [no seminário]: estando num cuidado individual aqui, no consultório, no acolhimento, na residência, fazer o que eles chamam de pergunta da pergunta: a senhora, ou o senhor tem alguma pergunta que gostaria de fazer pra mim? Eu estou encerrando meu atendimento. Isso tem feito uma diferença para mim na questão daquilo que devolve. Sempre tem. Enfermeira Verde

A fala da Enfermeira Verde é interessante, pois aponta a questão do aprendizado constante, adquirido em um seminário, o qual pode introduzir um aspecto importante na realização do atendimento que presta ao usuário em diferentes situações. Desse modo, faz uma pequena aproximação (mesmo que não explicitamente) ao processo de avaliação do atendimento com o usuário, “pergunta da pergunta”, indicando a preocupação em saber se a abordagem foi suficiente ao usuário ou se é necessário ampliar o que este deseja.

Outro conhecimento importante e previsto para estar presente na ESF é a longitudinalidade da atenção. Identificamos, através da observação, que as enfermeiras mobilizam esse atributo e as mesmas confirmaram a presença dele nos desempenhos, conforme podemos verificar a seguir.

Na Saúde da Família é a proximidade e a continuação do seguimento. O paciente vai lá, você vai na casa dele. Ele vai voltar, você vai de novo e tal. Ele vai na Unidade várias vezes. Fica acompanhando ele o tempo todo na saúde da família OFG2

Diante da fala descrita acima, destacamos que o conhecimento das características dos indivíduos/população é importante para a organização da assistência, já que possibilita, dentre outros elementos, o diagnóstico local, fornecendo subsídios para a identificação de fatores de riscos e agravos. Contudo, destacamos que tais características podem ser inconstantes, dessa forma, corroboramos com Mello et. al. (2009) que, em estudo sobre seguimento de enfermagem na ESF, afirmam que, em qualquer estratégia de atenção, uma questão relevante é o processo de monitoramento e avaliação que pode contribuir para o incremento de indicadores de saúde. Assim, considerando que a longitudinalidade está entre os princípios preconizados pela ESF, quando justapomos os desempenhos captados nas observações do trabalho das enfermeiras ao processo de validação, identificamos que esse princípio está sendo implementado no cotidiano do trabalho das enfermeiras na ESF.

4.2.2 Tomada de decisão: compartilhada ou centralizada

A tomada de decisão, compreendida como um processo que abrange tanto fatores individuais como sociais, baseados em premissas de fatos e valores (CIAMPONE, 1991), está presente em diferentes situações do dia a dia do trabalho da enfermeira na ESF.

Considerando esse atributo, Silva e Tanaka (1999), em estudo realizado em Marília-SP sobre competências gerenciais do médico e enfermeiro na atenção primária, identificaram que a maioria (cerca de 70%) desses trabalhadores sujeitos da pesquisa, concordou que a tomada de decisão é uma habilidade necessária para o desenvolvimento do trabalho na atenção primária.

As observações realizadas na presente pesquisa identificaram que, em alguns momentos, a decisão é realizada de modo centralizado pela enfermeira na Saúde da Família.

Apesar de imediatamente após realizarem a leitura desse atributo (decisão centralizada), as enfermeiras não concordarem com o mesmo, posteriormente houve o reconhecimento de que, em certos momentos, tomam essa atitude.

E: Não. Nem sempre. [tomam decisão de forma centralizada].

Facilitadora: Ou vocês tomam também?

E: Dependendo da situação, eu, particularmente, puxo pra mim.

E: Dependendo da situação, precisa. OFG2

Então, o único que eu fico assim é: toma decisão de modo centralizado e vertical. Até porque eu acho que aqui, pode até ser que, em alguns momentos, eu faço isso. Ou até sem perceber ou até porque tem que fazer mesmo porque não teve jeito [...]. Enfermeira Rosa

[...] é que tem alguns momentos que é preciso tomar decisões desse tipo [centralizada], mas assim, no meu ver, bastante raros. Momentos raros [...] acho que tem momentos que acontecem conflitos, que tem uma diferença com o trabalho do outro, então que você vai dizer: todo mundo vai fazer igual, todo mundo vai participar. Enfermeira Branca

Confirmando os dados da observação, algumas enfermeiras relatam casos para exemplificar momentos que envolvem decisão centralizada, sendo um deles relativo à situação em que há critérios para o desenvolvimento da supervisão que envolve responsabilidade direta da enfermeira.

Não vejo [auxiliar trabalhar com a filha de 5 anos]. Pode ser que alguma colega consiga aceitar. Eu acho que é uma irresponsabilidade. E já sofri críticas por ter esse critério. Não me incomodo de tomar as decisões que achar melhor. Imagina você, enfermeira de uma unidade de saúde, [...] se todas precisarem trazer os filhos, nós vamos mudar a lógica. [Decisão sozinha ou chega a discutir com a equipe?] Nesse momento, eu ... tem coisa que eu acho que não é uma questão de abertura. Ah vamos fazer, é assim pode. Não pode. Quem responde pela auxiliar, sou eu. Então, eu to tomando uma decisão técnica [...] Isso não entra em discussão. Isso eu acho que é um critério técnico. [...] E eu acho que nesse momento eu tomo uma decisão técnica. [...] Enfermeira Verde

A fala acima também descreve uma situação relacionada ao controle. Nessa mesma direção, foi citado um exemplo em que a necessidade de controle desencadeia a tomada de decisão centralizada.

[exemplo de decisão com limite] ... às vezes, a gente acaba flexibilizando com horário [...] E a gente sempre teve uma questão de conversar sobre horário, por exemplo. Quando eu vejo que tá muito solto, não é uma questão que eu trago pra perguntar se a pessoa quer voltar pro horário correto ou não. É uma questão que eu digo: olha, a gente ... tá ficando um pouco confuso a situação, o horário de entrada é esse. Enfermeira Azul

Chamou-nos a atenção a fala de uma enfermeira em que considera que toma decisão centralizada, mas de maneira “disfarçada”.

Ah, tem coisa que é centraliza disfarçada, né. Eu tava com dificuldade com horário de almoço aqui, porque ficava eu e uma auxiliar e, no outro horário, a auxiliar e a médica. E os agentes comunitários, muito confortáveis, faziam o melhor horário, né. O horário de almoço deles geralmente era de meio dia até uma e meia. Eu falei: bom, vai ter que ser coberto o horário do almoço. Não dá pra ficar só eu e a auxiliar, porque hoje, por exemplo, tem uma auxiliar de férias, eu fico sozinha no horário de almoço. Se eu tô sozinha e chega alguém pra fazer um procedimento, vai medir pressão, fica sozinha a unidade. Aí não dá mais pra ficar sozinho nesse horário e os agentes comunitários vão ter que mudar horário de trabalho e revezar horário de almoço. Eu deixei cada um escolher o seu horário, mas o horário teria que ser preenchido. Então foi disfarçado, porque se eles não resolvem, eu ia falar: tal vai ficar, tal vai ficar...Mas eu falei: pelo menos, escolhe o horário que cada um quer ficar. Vocês vão ter que ficar. Foi disfarçado. Risos. Enfermeira Rosa

Apesar de relatarem momentos de decisão centralizada, houve um consenso nas falas das enfermeiras em que, na maioria dos casos, a decisão é realizada de modo compartilhado com a equipe.

[a decisão é ...] Pro grupo. Olha gente, como é que nós podemos fazer. Não fica assim: olha gente, vamos junto. [...] Óh, seria legal fazer assim? Eu tento conversar com eles nesse aspecto. Será que vai ser bom fazer assim? Alguém tem alguma sugestão? É a minha rotina. Enfermeira Amarela

O discurso acima parece indicar uma postura de se compartilhar o trabalho, negociando, considerando os saberes operantes particulares que podem desencadear bases distintas de julgamentos e de tomada de decisões. Quando o trabalho é realizado da forma descrita, Ribeiro, Pires e Blank. (2004) consideram um trabalho em equipe.

As enfermeiras justificam a escolha pela decisão compartilhada no dia a dia do trabalho.

Porque, quando eu decido sozinha, aquela responsabilidade fica sendo só minha e depois, quando dá errado, o problema é só meu. Quando eu compartilho, eu dou direito aos outros a expor a sua opinião e a se sentirem valorizados como membro da equipe e, ao mesmo tempo, eu distribuo a minha responsabilidade. Enfermeira Azul

Não me vejo nisso. Acho que eu não sou assim. [...] Acho que busco a responsabilização, acho que é uma forma que a gente tem de dividir o cuidado com as pessoas, é fazer com que até nosso auxiliar de serviços gerais aqui se sinta responsável pelo cuidado das pessoas. Então, eu não me vejo com essa coisa do não busca. Busco bastante, acho que uma das coisas que eu mais busco na equipe é isso. Enfermeira Branca

Até porque, quando a gente traz uma proposta que é só nossa, às vezes, a equipe boicota pra não dar certo, né. Então, se a gente quer que a coisa dê certo, tem que ser de todo mundo. [...] Então, eu acho que, quando se programa uma coisa maior com relação ao processo de trabalho mesmo, se não tiver todo mundo envolvido, eu acho que a coisa não... eles não tomam como sendo deles. Se vai fazer e ponto, faz e ponto e deixa com que as coisas não deem certo. Faz de um jeito que as coisas não vão dar certo. E aí, se a gente faz junto e a coisa dá certo, é de todo mundo. [...] Enfermeira Rosa

As falas acima apontam para a necessidade de corresponsabilização no trabalho, o que corrobora com a Política Nacional de Humanização que apresenta a corresponsabilidade, entre suas diretrizes, sendo proposta para os diferentes níveis de atenção e, em específico, para Atenção Básica no aspecto referente ao trabalho em equipe (BRASIL, 2004).

Adicionalmente, de forma implícita os fragmentos descritos parecem indicar uma discussão sobre a necessidade da realização de trabalho coletivo, ou seja, de um trabalho compartilhado, com responsabilização e valorização de todos os sujeitos da equipe. Apesar das falas indicarem aspectos positivos da tomada de decisão compartilhada, destacamos que a mobilização desse atributo envolve diferentes aspectos apontados por Scherer, Pires e Schwartz (2009), em estudo visando contribuir para reflexão do trabalho coletivo e em saúde. Os autores descrevem que as principais dificuldades de gestão do trabalho coletivo em saúde envolvem: a relação entre sujeitos individuais e coletivos; a história das profissões de saúde e

o seu exercício no cenário do trabalho e a complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho.

Assim, diante das dificuldades apontadas para o trabalho coletivo, finalizando a discussão sobre a tomada de decisão, uma fala merece ser destacada:

Seria [decisão] compartilhada se possível. OFG1

O conjunto dos aspectos até aqui apontados nos leva a refletir sobre a contradição que se faz presente na fala das enfermeiras quanto à: “decisão centralizada”, “decisão centralizada disfarçada”, “decisão com corresponsabilidade e compartilhamento”, e finalmente nesta última fala quanto à “decisão compartilhada se possível”. Contradição, pois as falas nos indicam que efetivamente há necessidade de no trabalho coletivo haver a organização e controle do mesmo, embora haja relutância das enfermeiras deixarem isto mais claro para elas próprias. As falas trazem à tona um dilema do trabalho em saúde, que se volta a lidar com a superação da relação conflituosa entre a autonomia profissional desejada e necessária versus o controle necessário para que a finalidade do trabalho seja efetivada (CAMPOS, 1997).

Esta questão se coloca como importante para o trabalho em saúde, na direção de se poder pensar e atuar no sentido de que negociar formas de se trabalhar mais em sintonia com a proposta assistencial para a Atenção Básica, o que não se consegue por normas editadas verticalmente (FRANCO; MERHY, 2003).

Neste sentido, Baremlitt (1994), discutindo os conceitos de autoanálise e autogestão, fundamentais no Movimento Institucionalista, indica que, mesmo considerando estes como processos simultâneos e articulados e que visam uma ação autônoma e com capacidade de decisão dos sujeitos envolvidos nos processos sociais, não nega que em qualquer processo produtivo não será abolida a hierarquia de decisão, de deliberação, sendo que sempre existirão hierarquias (MISHIMA, 2003).

Mas, a existência de hierarquia não implica diferença de poder; não equivale à autarquia ou arbitrariedade na capacidade de decidir. Implica apenas uma certa especialização em algumas tarefas, porque estes dispositivos estão feitos de tal maneira que as decisões de fundo são tomadas coletivamente (BAREMBLITT, 1994, p.20).

Esta reflexão, necessária não apenas para a prática da enfermeira, mas para a prática em saúde, parece se fazer presente na fala das enfermeiras, que apontam para a necessidade de estratégias e ferramentas para uma gestão cotidiana dos recursos e trabalhadores envolvidos no processo de trabalho em saúde de forma mais participativa.

4.2.3 Protocolos para a sistematização da clínica da enfermeira

Ao falarem sobre a atenção de enfermagem, por meio da consulta as enfermeiras explicitam várias compreensões acerca do protocolo, sendo uma delas a consideração do mesmo como uma ferramenta que possibilita uma padronização da consulta de enfermagem. No caso do município de Ribeirão Preto, campo dessa pesquisa, a fala abaixo indica que há uma discussão recente acerca desse instrumento.

Eu só posso te dizer o seguinte em relação à consulta de enfermagem: Ribeirão tá começando agora a pensar nos protocolos. Apesar de ter uma busca pessoal minha e da Fulana, desde 2004, estudar um pouco sobre consulta, a sistematização, ela não está realizada. Precisa né. Então, cada um faz a consulta do jeito que acha que deve.
Enfermeira Verde

Além da possibilidade de uniformidade no atendimento de enfermagem, uma enfermeira considera a existência do protocolo como um aspecto positivo, trazendo um exemplo de atendimento que apresenta essa ferramenta implantada no município.

[...] A dengue é um atendimento que eu acho muito legal pra enfermagem. Porque tem um protocolo que a gente segue que a gente, na verdade, faz mais até que médico, na dengue, né. Paciente chega, a gente que faz o primeiro atendimento, pelo menos aqui [...] A gente já detecta que é dengue, só não escrevo lá hipótese diagnóstica dengue, mas assim, coloco sinais e sintomas. A gente já faz todo: faz prova do laço, faz hematócrito. Na hora que o médico vai atender, ele atende muito rápido, porque já tá tudo ali pro médico, né. Volta pra gente fazer a notificação. Fazemos a notificação, aí tem que colher sangue, colhe a sorologia, faz o cartãozinho, orienta sinais de alerta, fala da hidratação. Então, é um atendimento muito legal que tem um protocolo, que tem aí muitas possibilidades pra gente.
Enfermeira Rosa

A Fulana (outra enfermeira) mesmo falou e eu concordo com ela: não é justo você colher o Papanicolau e quando chega o resultado você ter que ir falar com médico, você sabendo que aquilo é indicação. Enfermeira Azul

As falas acima parecem indicar que a visão das enfermeiras acerca do protocolo está centrada em uma atenção especificamente voltada ao fator biológico, com foco na doença, e com caráter de agilizar o trabalho do profissional médico: “Na hora que o médico vai atender, ele atende muito rápido, porque já tá tudo ali pro médico, né. Enfermeira Rosa”

Outro aspecto considerado acerca do protocolo é que o mesmo pode agilizar a continuidade da assistência ao usuário, diminuindo o tempo de espera ao atendimento.

Eu acho que o protocolo protege e facilita o atendimento, protege inclusive o usuário que não fica esperando 2, 3 meses o retorno, uma consulta pra fazer um tratamento [...] Enfermeira Azul

Apesar das enfermeiras trazerem o que consideram como aspectos positivos acerca do protocolo, destacamos que Cunha (2005), em discussão sobre clínica na Atenção Básica, apresenta fatores importantes a serem considerados sobre esses instrumentos: existência de protocolos que não logram resultados aceitáveis nos resultados das equipes da ESF,

protocolos que herdaram da instituição hospitalar o foco no biológico como principal fator para sucesso do tratamento e desresponsabilização dos trabalhadores que, diante do protocolo, não refletem para tomada de decisão em cada situação singular.

Apesar das enfermeiras implicitamente solicitarem os protocolos, destacamos a consideração de uma enfermeira:

[...] mas que isso [implantação do protocolo] deve ser muito bem conversado. Pra não ter que ficar nas costas na enfermeira porque ela vai poder fazer aquilo.
Enfermeira Azul

A fala acima mostra também uma preocupação em relação à possibilidade de sobrecarga de trabalho para a enfermeira com a existência de protocolo. Apesar disso, a enfermeira considera a necessidade da implantação de protocolos, mas como uma discussão entre trabalhadores da saúde.

Com certeza [poderia ter protocolos]. Eu sei que tem uma preocupação ... eu concordo que [...], como a enfermagem tem esse padrão de pegar tudo pra si, e das pessoas acharem que a enfermeira sempre pode tudo, de ficar pra enfermeira tudo. Mas eu acho que a gente precisa conversar com as pessoas que entendem assim, o município precisa conversar com seus profissionais de saúde pra mudar essa realidade. Algumas coisas tinham que fazer parte mesmo. Enfermeira Azul

Os protocolos para assistência de enfermagem têm sido produzidos e encontrados para a ação da rede de atenção em vários municípios brasileiros. De forma geral, a justificativa para sua produção e disponibilização na rede assistencial é “qualificar a assistência e garantir a segurança e os direitos dos usuários e dos profissionais de enfermagem [...]” (CAMPINAS, 2009, p.4), de modo a responder a demandas institucionais de “respaldar e subsidiar a prática assistencial” dos profissionais de enfermagem (SÃO PAULO, 2003, p.3).

Segundo Ataka e Oliveira (2007, p. 21), os protocolos funcionam como

facilitador no levantamento do histórico, contendo sugestões de roteiro de anamnese, possíveis problemas encontrados. Diagnósticos frequentes e possíveis condutas a serem tomadas. Também oficializam a possibilidade de prescrição medicamentosa pelos enfermeiros, dentro de suas competências.

Estas autoras ainda assinalam que, no município de São Paulo, estes instrumentos voltados à atenção aos ciclos de vida “surgiram da necessidade de responder a demanda institucional de respaldar e subsidiar a prática assistencial dos enfermeiros do PSF” (ATAKA; OLIVEIRA, 2007, p.21). Na pesquisa realizada com enfermeiras da Saúde da Família no município de São Paulo, Ataka e Oliveira (2007, p. 22) encontraram que 41,18% acharam os protocolos bons, pois “facilitam o trabalho e 60,78% acham bons, porém necessitam melhorar [...]” e que “os protocolos de enfermagem cumprem sua finalidade como instrumento de trabalho. A maioria dos enfermeiros acha a linguagem utilizada nos protocolos clara e acessível e que os mesmos abrangem a realidade profissional dos enfermeiros do PSF.”

Antunes e Egry (2001, p.105), discutindo a contribuição da enfermagem à construção das práticas de saúde na ESF, apontam que um dos grandes desafios para a enfermagem é a compreensão da finalidade de seu trabalho, especificamente da enfermeira.

[...] (por que e a quem prestamos serviços?), para que (o que queremos contribuir para manter, modificar ou transformar?), com quem (recursos, poderes instituídos, instrumentos de trabalho para a organização e avaliação gerencial?). Ou ainda, qual a ideologia nos guia nos caminhos das pedras das relações profissionais e sociais no interior do processo produtivo em saúde.

Estas são questões que certamente estão implicitamente colocadas na fala das enfermeiras da presente investigação.

4.2.4 Supervisão como instrumento de controle e de educação

A supervisão, um dos instrumentos de organização do processo de trabalho (SILVA, 1997), é realizada pelas enfermeiras no dia a dia do trabalho, mas com algumas limitações.

E: [...] a gente, às vezes, é muito limitada pra desenvolver todas essas funções, [...] no sentido assim: condições, aqui fala de uma área física, de uma segurança, de uma prática de serviço. Às vezes, a gente assim as condições que nos são oferecidas para trabalharmos nos limita muito enquanto enfermeiras até no desempenho dessas funções, dessas atividades [...]. Então, eu sinto muito essa dificuldade. A gente desempenha todas as funções, mas algumas com muitas dificuldades. Acho que é um fator muito limitador, às vezes, pra cumprir tudo isso.

Facilitadora: Que tipo de dificuldade?

E: Dificuldade de área física, de condições de trabalho, de você poder desempenhar sua função sem que esteja um grande número de pessoas num contexto que seja interrompida toda hora. Você não tem um seguimento uniforme, você tem que parar várias vezes. O contexto de todo assim, muita coisa dentro da unidade que não deveria estar naquele local. Então, o trabalho fica muito dificultado. Acho que essa realidade não é só minha, né. OFG2

Silva (1997), em estudo sobre supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local, realizado no município de Ribeirão Preto – SP, identificou dificuldades e limites relacionados tanto a condições físicas quanto organizacionais, o que corrobora com os resultados da presente investigação e chamou nossa atenção, pois considerando a diferença de tempo cronológico entre as pesquisas (mais de 10 anos), as condições de trabalho oferecidas pela rede municipal, apesar de melhoras progressivas, ainda se constituem em dificuldades no desenvolvimento do trabalho das enfermeiras na atenção básica.

As discussões acerca da supervisão explicitam que o desenvolvimento dessas ações envolve fatores nos quais as enfermeiras não têm governabilidade.

O que me bateu foi mais embaixo, porque eu fiquei pensando no cotidiano, né. Quando fala: fatores relativos à Saúde do trabalhador como carga de trabalho. Acho que tem algumas questões aqui que nós não temos governabilidade. Isso tem sido muito sofrido na rede. Porque o trabalho fica muito complexo. Hoje só olhar pro sistema de informatização, as salas de vacina, elas são muito complexas. Aí a gente atravessa a dengue, a conjuntivite. OFG1

A complexidade a que se refere a enfermeira volta-se não apenas para a questão assistencial (a dengue e a conjuntivite), mas para a questão da organização e gestão do serviço de saúde, sendo que, muitas vezes, a enfermeira apresenta limitações em sua formação para atuar num cenário de tamanha complexidade.

A questão da complexidade assistencial é de certa forma abordada na pesquisa já citada de Ataka e Oliveira (2007, p.23) sobre a utilização dos protocolos assistenciais no município de São Paulo, quando as autoras afirmam que “muitos enfermeiros relataram não ter prática para atender todas as patologias abordadas necessitando de aperfeiçoamento e capacitação” uma vez que as questões éticas e legais de condutas se fazem presentes no dia a dia.

Ainda, há que se considerar que com o processo de implantação e implementação do SUS e com o aprofundamento da diretriz organizativa da descentralização, tem sido intensificada a presença da temática da organização de um sistema integral e integrado tendo como fio orientador a APS na agenda política do Brasil. Desta forma, as mudanças que vão se fazendo presentes no processo de trabalho dos serviços de saúde, em especial os de Atenção Básica, apresentam um grande conjunto de determinantes voltado à constituição de uma rede regionalizada e hierarquizada com a busca de articulação entre os distintos níveis, o que certamente demanda um crescente arsenal de instrumentos de trabalho antes mais restrito. Assim, a partir deste quadro, observamos que se fazem presentes neste cenário para o conjunto dos trabalhadores aí inseridos: a necessidade de propiciar maior acessibilidade da população aos serviços de saúde, o aumento de autonomia e poder de decisão das unidades locais de saúde, estabelecimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com a densidade tecnológica e complexidade assistencial crescentes, tendo em vista o princípio da integralidade da atenção sustentando as práticas de atenção, a lida cotidiana com crescentes aspectos (MISHIMA, 2009¹⁴, CAMPOS, 2007; COELHO, 2007).

Adicionalmente aos fatores dos quais as enfermeiras relataram não que têm governabilidade, também foi citada a organização da unidade em função daquilo estabelecido pelo nível central da gestão (SMS-RP). Nesse sentido, a fala a seguir indica que a gestão do município, no caso relativo à saúde, não tem considerado as especificidades locais de cada unidade e nem levado em consideração a opinião dos trabalhadores para o planejamento de ações e tomada de decisão.

¹⁴ Questões apresentadas na aula do concurso para Professor Titular junto à Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, da USP, em março de 2009. MISHIMA, S.M. **A organização dos serviços de saúde na atenção básica – desafios para o trabalho em saúde e enfermagem**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Março de 2009.

Isso que eu ia falar. Acho que de acordo com que a Fulana falou, acho que grande dificuldade da gente é que, muitas vezes, a gente não participa diretamente da construção das coisas dentro da unidade. Muita coisa chega pra gente já: esse trem vai acontecer desse jeito e ela não tá adaptada à situação daquela unidade. Cada unidade tem a sua individualidade, tem a sua particularidade, e isso a gente que tem que resolver dentro da unidade na qual a gente trabalha. OFG2

Apesar das limitações e da falta de governabilidade sobre alguns fatores, as enfermeiras identificaram a supervisão como uma ação que faz parte do cotidiano do trabalho na Saúde da Família.

E: Eu acho que muito de tudo isso aqui, a gente faz quase que automático. Entendeu? Faz. A gente acha que não faz, mas faz.

E: Eu acho que a gente faz isso, com todas as dificuldades.

E: Faz toda hora. Não senta pra falar: vamos fazer isso, mas eu acho que faz parte das ações do nosso cotidiano. É a enfermeira.

E: É como se tivesse no nosso papel, né. OFG2

A discussão descrita acima parece corroborar com os resultados de Silva (1997): a supervisão, na prática, ocorre de maneira imprevista e dinâmica, não sendo realizada de forma planejada conforme deve ser concebida. Cabe destacarmos que este aspecto se dá na direção do já apontado em relação às ações de planejamento da atenção, que muitas vezes é definido em um nível hierárquico distinto da unidade local, não considerando as singularidades aí presentes.

As enfermeiras reconheceram o desempenho descrito para a supervisão, mas chamou-nos a atenção a fala a seguir que pode indicar problemas no desenvolvimento do trabalho.

E: [...] Aí, muitas das vezes, a gente faz essa supervisão, com todas essas coisas, mas acaba fechando o olho pra muitas coisas. Porque diante do volume de serviço, falta de profissional, da área física inadequada, de um monte de coisa. OFG2

Apesar consideração acima indicar um a determinada deficiência no trabalho, também parece apontar para uma reflexão no sentido de uma autocrítica ao trabalho realizado.

Ainda com relação à supervisão, também foi levantada a falta de um instrumento para o registro da ação.

Acho que a reflexão, a supervisão, eu gostaria que ela tivesse mais sistematizada. Mas ela ainda não é, né. Há uma semana, um pouco mais, atrás, eu solicitei que a coordenadora ficasse junto comigo na supervisão do trabalho das duas auxiliares que tem ser chamada uma em cada hora porque o trabalho precisa continuar. Eu queria dar pra uma, dar um feedback que o trabalho dela é adequado e pra outra que o trabalho dela é adequado, mas que ela precisa cuidar de horário, pontualidade, assiduidade. E isso foi feito. Mas assim, não se registra em lugar nenhum esse momento. Onde eu marco isso? Só na minha agenda. [...] Enfermeira Verde

A ausência de registros específicos de atividades de supervisão também foi encontrada no estudo de Silva (1997), sendo que no mesmo, as enfermeiras referiram realizar anotação de supervisão em livros de plantão ou em comunicações internas. Checando as anotações das enfermeiras, Silva (1997) não as considerou como registros de supervisão, pois compreende que a supervisão não implica apenas na identificação e anotação de problemas de conduta dos

trabalhadores, mas também envolve as estratégias propostas e implementadas na resolução de problemas. Nesse sentido, podemos dizer que o registro da supervisão na agenda da enfermeira, conforme falado no fragmento anterior, possivelmente não inclui a descrição completa da ação da supervisão.

Com relação a proporcionar reflexão aos trabalhadores ao realizar a supervisão, algumas enfermeiras relataram desenvolver e outras não.

Ah, acho que sim, né [proporcionar reflexão sobre o trabalho]. E essa coisa do respeito ao usuário, de como é que eu tô fazendo, o que eu tô fazendo aqui e porque eu tô aqui. Acho que é uma coisa que a gente tem no dia a dia mesmo com as meninas que trabalham aqui. Essa história do meu trabalho não só pra eu ganhar o meu salário, mas que prazer ele me traz, que limites ele me traz, que possibilidades ele me traz. Acho que isso tem muito haver com a supervisão, mas acho que é o que está escrito aqui. Enfermeira Branca

A consideração apresentada acima vai ao encontro com o apontado por Mishima (1995) que traz ser fundamental exercer a supervisão levando em conta não somente seu aspecto de controle, mas também o de responsabilização no trabalho.

Olha, você tocou num ponto muito importante. Porque assim: eu não sei explicar bem. [...] Eu nunca conversei com eles sobre isso numa reunião ou até ... Lógico, já aconteceu da pessoa [...] e depois ela mesma se justifica, mas eu fazer com eles essa reflexão, eu nunca fiz. Enfermeira Amarela

Diante da fala apresentada, ressaltamos que a supervisão pode ser um dispositivo de reflexão (SILVA, 1997) com potência para iniciar mudanças que colaborem com a implementação efetiva da ESF, assim como um disparador importante para ações de educação permanente em saúde para a equipe de saúde que atua no nível local.

4.2.5 Controle social – ferramenta incipiente na Atenção Básica

As observações do trabalho das enfermeiras indicaram que o controle social está presente no cotidiano de seu trabalho de modo ainda incipiente, o que foi confirmado pelas enfermeiras, conforme apresentado a seguir.

Acho que o controle social não é um problema da equipe, mas é um problema da saúde. Ele ainda é incipiente. A gente faz do que a lei prevê o mínimo. Ainda não damos conta de abrir a gestão do cuidado para o usuário. Acho que isso vai levar alguns anos. Enfermeira Verde

A consideração da enfermeira com a fala “não damos conta de abrir a gestão do cuidado para o usuário” corrobora com resultados de estudo realizado por Crevelim e Peduzzi (2005) no município de São Paulo. As autoras, ao investigarem a participação da comunidade na equipe de Saúde da Família, identificaram que, no plano assistencial e da construção do projeto assistencial comum, o trabalho em equipe está “para dentro” da equipe, ou seja, não tem a participação do usuário. Nesses aspectos, a pesquisa mostra que “se reproduz o modelo de

“pensar por”, “planejar por”, “decidir por”, ao invés de “pensar com”, “planejar com”, “decidir com” o usuário e a população” (CREVELIM; PEDUZZI, 2005, p. 330).

Diante do exposto, acrescentamos que, a partir apenas dos dados das observações, identificamos que o controle social está presente no trabalho das enfermeiras somente articulado à Comissão Local de Saúde. Dessa forma, acerca dessa instância de participação e controle social, as enfermeiras relataram diferentes aspectos em relação à atuação e aos interesses dos sujeitos nessa instância.

A gente tem aqui uma Comissão Local de Saúde atuante. [...] Eles são muito participativos. [...] Eu vejo essa Comissão muito madura pra algumas coisas. Não são assim: não querem chegar aqui arrebentar, fazer, reclamar. Não. Eles percebem o que tá acontecendo, trazem pra reunião. Se eles estiverem descontentes [...], eles se articulam. Já aconteceu de chegar na reunião e solicitar a participação do diretor fulano de tal que responde, responsável por tal categoria profissional. E eles então vieram, porque eles fizeram um ofício e a coisa andou. [...] E eu achei muito interessante no dia que essa reunião aconteceu, um dos representantes disse assim: tem pessoas descontentes com o atendimento de fulano de tal, mas também tem muita gente que gosta. Então assim, eles têm esse cuidado. Eu acho que isso é uma Comissão madura. Então assim, mas conseguiram mudar as pessoas, eles reivindicaram, conseguiram uma coisa que pra eles foi positiva. Sem briga, sem bagunça. Só mesmo dentro de tudo certinho: o ofício, a fala, a queixa, o motivo, porque sim, porque não. Enfermeira Amarela

Os aspectos presentes no fragmento acima acerca do uso da Comissão Local de Saúde como um espaço de reivindicação por melhorias na atenção prestada e de avaliação as ações corroboram com a percepção das enfermeiras identificada em estudo realizado por Arantes et al. (2007) que indicaram que as enfermeiras atuantes na Atenção Básica compreendem controle social, não somente, mas também com o significado de participação da sociedade nos serviços de saúde, por meio dessas ações de reivindicação e da avaliação.

A fala anterior também parece se voltar para a importância do diálogo no controle social. Segundo Bordenave (1986), o diálogo consiste na maior força da participação, com o significado não somente da conversa, mas também de colocar em comum as experiências vividas (boas ou ruins) e de dividir a informação disponível, o que parece estar presente na fala descrita acima.

Concordamos com a fala a seguir que também explicita a Comissão Local de Saúde como um espaço para além das ações descritas acima, ou seja, de avaliação e reivindicação.

Lá na Unidade, a gente tem Comissão Local de Saúde. [...] Desde que começou, sempre foi ativa, mas que também já viveu esses processos de idas e vindas, né, reuniões esvaziadas. Teve momentos que tivemos mudar de horário [...] Considero que hoje está mais amadurecida, tem esse espaço reconhecido, a gente discute junto. Tem estado muito junto com a gente quando discutimos problemas. A Comissão tem estado muito presente. [...] é um espaço que a gente valoriza muito. É uniforme, não só discute o problema, mas é um espaço que diminuiu o conflito, trabalha melhor dentro da unidade. Espaço de decisão. OFG1

Se por um lado há indicações positivas da ação da Comissão Local de Saúde, contrariando esta avaliação positiva, as falas a seguir mostram as dificuldades vivenciadas nesse colegiado, apontando que não há uma uniformidade desse espaço de controle e participação social nos diferentes Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto.

E: A Comissão Local nossa era difícil de lidar, porque era um pessoal que só interessava na questão política. E eles, muitas vezes, não respeitavam a questão técnica que a gente colocava, então, era difícil.

E: Lá no [fala o nome do bairro] tem tudo isso. OFG1

Os fragmentos descritos acima indicam que o espaço de atuação na Comissão Local de Saúde tem sido utilizado em Ribeirão Preto sob diferentes perspectivas, ou seja, tanto para avaliação dos usuários acerca do atendimento, discussão de problemas e tomada de decisão quanto para questões político partidárias, nesse último caso contrariando as expectativas e diretrizes de participação social no SUS. Cabe destacarmos que este quadro traduz o processo de amadurecimento político e histórico social dos grupos comunitários específicos e da população brasileira em geral, indicando o movimento de construção da participação e controle social enquanto processos sociais.

Ainda falando sobre o uso da Comissão Local de Saúde para ação de políticos, chamou-nos a atenção a fala a abaixo.

[...] logo que eu comecei lá no posto, eu tentei participar. Mas eu não fui mais por causa disso: influência política. O pessoal que participa dessa Comissão tá ligado cada um a um vereador. Então, ficou muito difícil [...] Eles reivindicavam coisas absurdas, às vezes, particulares. Sabe assim, não pensavam a Comissão como um todo, começou ficar muito individual a questão. Aí chegava e passava na frente do outro. Não esperava, dava um jeito de atender de outra forma. Ainda funciona assim. [...] Particularidade. Não é como um todo. Se tentasse solucionar, ver um caminho, não é pra toda comunidade, é tudo particular. OFG1

Na mesma direção da fala acima transcrita, Arantes et al. (2009), ao descreverem a experiência da pesquisa sobre controle social com enfermeiras da Atenção Básica na cidade de São Carlos-SP, relataram que os conselheiros de saúde fazem uso do cargo para conseguirem vantagens pessoais na unidade de saúde como, por exemplo, uma consulta médica mais rápida. A “moeda de troca” e o interesse particular aparecem frequentemente na fala das enfermeiras com relação à participação da comunidade em espaços com potência de execução de controle social.

[...] a gente tinha um grupo de quarteirão, há muito tempo atrás. E os próprios moradores pressionaram pra terminar, porque eles se interessaram enquanto o tema foi urbanização. A hora que eles receberam o lote deles, se bem que a escritura não tá lavrada, passada, mas a hora que asfaltou a rua, acabou. [...] Nós tentamos várias vezes levar temas, levar questionários de temas assim: o que vocês preferem? O que vocês querem? [...] Algumas vezes nós levamos coisas prontas, algumas vezes nós levamos tentativas, algumas vezes nós levamos um espaço aberto pra questionamento, mas vai sempre as mesmas pessoas, no máximo, 4 ou 5 pessoas que

vão, iam, né. E depois foi taxativo e declarado que eles não queriam mais que se realizasse. Enfermeira Azul

Além da participação dos usuários assumindo este caráter de busca do interesse particular, também foi levantada a questão do uso da participação como instrumento de poder, ou seja, como arma de ameaça.

Nós só tivemos ajuda na época da reforma, [...] algumas pessoas da comunidade ajudavam. Vamos ver como é que podem ajudar, vamos junto na Secretaria, porque nossa reforma durou 2 anos, né. [...] Mas assim nós chegamos ao cúmulo de um dia fazer a vistoria, chegou uma pessoa que se dizia da Comissão e falou assim: se essa porcaria não voltar em um mês, eu venho aqui e jogo uma bomba. Isso a Comissão nossa, então você imagina o nível, né. Eu vou jogar uma bomba aqui, eu vou acabar com isso daqui. Em vez dela ir lá pra ajudar a gente, a gente tava vendo o que poderia ser feito pra agilizar, a gente queria voltar também. Ela foi ameaçar. OFG1

As considerações das enfermeiras acerca de aspectos negativos da atuação de usuários na Comissão Local de Saúde parecem indicar a necessidade de execução de um trabalho que favoreça a orientação e o esclarecimento da população quanto às questões que permeiam a participação da comunidade e a atuação nos espaços de controle social, o que se constituiria em estratégia desenvolvida visando ao aprimoramento do controle social no SUS (ARANTES et al., 2007).

Cabe ressaltarmos que a participação é uma habilidade que se aprende e aperfeiçoa com as oportunidades de praticá-la e com a reflexão, de modo que também pode ser provocada e organizada, “sem que isso signifique manipulação” (BORDENAVE, 1986, p. 78).

Nesse sentido de esclarecimento de diferentes nuances presentes no controle social, destacamos a fala a seguir em que a enfermeira considera a importância da corresponsabilização dos usuários para o exercício do controle social.

[...] há uma questão do controle social que a gente precisa entender o que a gente quer com isso. Hoje a equipe é acessível ao usuário [...] Por outro lado, eu vejo alguns usuários... nós estamos esquecendo da parte do limite. Tem usuário que sai daqui na quinta à tarde, na sexta de manhã tá vindo buscar a segunda via de receita porque perdeu, não sabe onde pôs. [...] Outro dia uma senhora que mudou há três meses da área, liga a filha dizendo que mãe tinha perdido a receita e que ela não tinha se organizado para ir ao posto marcar um atendimento.[...] Aí, enquanto ela falava comigo, eu falei: mas sua mãe não sabe onde pôs? Pede a ela pra procurar. Eu sei que em 10 minutos de telefonema, a pessoa abriu a bolsa e conseguiu encontrar a receita na bolsa. Isso falando comigo no telefone. [...] Então, eu fico pensando assim, existe um certo grau de conversa, não é um serviço rígido, a gente tem serviços muito próximos que atende com a grade fechada, mas ainda temos muitos caminhos. E nesse controle social, acho que tá faltando mostrar a contrapartida da corresponsabilização. [...] Enfermeira Verde

Além da corresponsabilização dos usuários, também foi considerado o lado dos trabalhadores, sendo falado sobre a compreensão dos mesmos acerca do controle social e participação na Comissão Local de Saúde.

[...] acho que alguns momentos da profissão, eu senti assim que os próprios funcionários também, achavam que a Comissão Local de Saúde era uma encheção de saco: o que esse povo quer aqui? A gente sabe o que eles precisam. [...] Eu acho que também tem esse olhar, não de todos, de todos os lugares, mas to

exemplificando de uma maneira geral. Que o próprio olhar do trabalhador é meio enviesado pra Comissão Local. Não tem todos e nem de todos os lugares [...] Eu acho existe esse lado dessa aceitação ainda muito, dessa pouca intimidade de alguns trabalhadores do que seria essa Comissão, o que ela poderia ajudar ao invés de atrapalhar, criar problemas. Porque teve lugares que eu trabalhei que a visão que o trabalhador me dava era essa. Aqui fala: a importância da participação desses trabalhadores nesse colegiado, se você fizer uma enquete, acho que a maioria vai responder que não precisa. Porque quando vai fazer eleição pra Comissão Local: quem vai? Alguns até espontaneamente, outros ... OFG1

Corroborando com o relato acima em relação à participação do trabalhador em uma instância de controle social, Arantes et al (2009), em pesquisa específica sobre a atuação das enfermeiras de atenção básica em colegiado de controle social, identificaram que a participação dessas trabalhadoras nesses espaços parece ocorrer em função de determinação da gestão municipal, no caso da Secretaria Municipal de Saúde.

Cabe salientarmos que o trabalhador da saúde se constitui em sujeito essencial para a construção e a viabilização das mudanças nas práticas de saúde, para tanto, faz-se necessário que compreenda os princípios que direcionam o sistema de saúde no qual estão inseridos (ARANTES et al., 2007).

Além de fatores relativos aos trabalhadores e usuários, também consideramos a presença de aspectos relacionados à integração dos serviços no sistema de saúde. Nessa perspectiva, ressaltamos a fala a seguir em que a enfermeira parece considerar que a atuação isolada da equipe de Saúde da Família para estimular o controle social não é suficiente para ter adesão na participação da Comissão Local com a compreensão das finalidades da mesma.

Reconhece a Comissão Local de Saúde como espaço de reivindicação, sem dúvida nenhuma acho que reconheço isso. Acho que o que tem que acrescentar nisso é a história da dificuldade que a gente tem, da falta de apoio de outros níveis né, vamos dizer assim. Porque só pra gente ou pra fazer isso de uma maneira isolada, é uma coisa muito difícil. Enfermeira Branca

Concordando com a fala acima acerca da necessidade de apoio de outros níveis, Arantes et al. (2007) colocam que o apoio de gestores municipais é importante para estimular a participação cidadã e para reforçar o compromisso ético com a comunidade.

Os mesmos autores citados acima também identificaram que, por falta de conhecimento acerca do funcionamento das instâncias participativas e da função dos representantes, os usuários que exercem a participação a realizam principalmente na forma de críticas e reclamações. Nesse sentido, nesta investigação, foi levantada a necessidade dos trabalhadores conseguirem a participação da comunidade no colegiado de controle social (no caso, a Comissão Local de Saúde), com a compreensão de outras funções desse espaço para além da queixa e da reclamação.

Conseguir que as pessoas participem e que não só reclamem, né, porque acho que não é um espaço de reclamação. É um espaço de participação, é um espaço de sugestão, de resolução de problema, é um espaço de reclamação, é um espaço de sugestões, é um espaço de fiscalização. Então eu acho que tem um monte de coisas aí que precisam acontecer. Mas é muito difícil mesmo. Enfermeira Branca

Apesar da fala acima indicar que a somente a ação da equipe de Saúde da Família não é suficiente, a consideração a seguir faz uma relação importante entre a implantação da Saúde da Família e a participação e o controle social no município.

Eu fiquei pensando e queria acrescentar. Acho que não é por acaso que a gente recentemente tá tendo contato mais com a Comissão Local de Saúde, acho que correu paralelo à inserção da Saúde da Família, que trouxe mais participação de fato. Acho que com isso a população começou ter mais voz. Eu to pensando aqui coincidentemente, em Ribeirão, as USF começaram no ano 2000 mais ou menos, um pouco antes, eu acho que a Prefeitura entrou depois na Saúde da família, eu acho que na minha história eu faço esse paralelo. OFG1

O apontamento da enfermeira acima faz sentido ao considerarmos que características peculiares da Saúde da Família, como por exemplo: presença dos ACS nas equipes, adscrição de clientela num território definido, atuação das equipes na perspectiva da vigilância em saúde e o trabalho em equipe, podem favorecer a integração e articulação entre comunidade e equipes de saúde da família, assim como a relação trabalhador-usuário (CREVELIM; PEDUZZI, 2005), possibilitando o estabelecimento de vínculos e maior estímulo à participação e ao controle social.

Destacamos que não foi possível, durante as observações, identificarmos se as enfermeiras reconhecem outros espaços para estimular o controle social para além da Comissão Local de Saúde. As falas a seguir indicam que enfermeiras até reconhecem outros espaços de participação e controle social, mas os dados empíricos mostram que, no dia a dia do trabalho, pouco conseguem articulá-los ao desenvolvimento do trabalho.

Aqui eu não consigo [estimular o controle social para além da Comissão Local de Saúde]. É uma trabalhadeira muito grande. A gente trabalha muito aqui. Eu não tenho pernas. A gente até sabe que tem a associação de moradores que é um outro órgão, assim, um outro grupo de pessoas que trabalham pela melhoria do bairro, mas eu não consigo. Às vezes, na creche, na escola, nós temos um trabalho legal, nós estamos muito presentes nesses locais, nas escolas e nas creches. Porém, além disso, não. Enfermeira Amarela

Ah, não sei. Acho que só se for uma coisa mais individual, de orientação mesmo, né, do usuário, com relação aonde procurar as coisas, os direitos, mas não uma coisa coletiva, né. Acho que isso não tem acontecido não. Tem grupo que acho até faria uma discussão mais coletiva, mas a gente não tem feito essa discussão coisa mais coletiva de chamar as pessoas. Muitas vezes, além de fazer pela pessoa, a gente também orienta como ela pode fazer, onde ela pode ir atrás, como ela pode realmente assim tomar contas das coisas dela, indo atrás dos diretos, uma coisa mais ampla. Enfermeira Rosa

A gente tinha um grupo de quarteirão [...] Que seria um outro espaço de negociação com a comunidade interessante. E os grupos que a gente realiza aqui na unidade, a gente aproveita campanha de vacina pra fazer uma outra atividade. Enfermeira Azul

[...] O que me ajudou muito no [fala o nome do Bairro] era aquele Centro Comunitário, que ajudava a gente a executar algumas tarefas, algumas atividades, participava, e nos convidavam pra participar de algumas atividades deles também. [...] umas coisinhas assim que eu acho que articulava a comunidade, a unidade. [...] eu acho que o centro comunitário nos ajudou e algumas escolas, muito pouco, mas eu acho que é um meio que daria para gente trabalhar mais na parte da educação. OFG1

As falas das enfermeiras podem indicar certa deficiência acerca do estímulo e do desenvolvimento de ações que colaborem para a implementação do controle social por essas trabalhadoras, no entanto, salientamos a dificuldade em encontrarmos pesquisas que retratem o controle social para além de aspectos relativos aos colegiados como Conselho Gestor e Conselhos de Saúde.

Também foi considerada a característica da população e sua relação com a participação social.

E: Acho também que tem muita característica da população. Lá da Unidade Tal com a da Unidade Tal, tem uma característica de uma população. A dela é diferente.

E: Mas eu acho que muda muito. Nós tínhamos muitos idosos ... Existe uma tendência de morar ali na região. Como os idosos vão falecendo, as famílias vão modificando, o comércio vai entrando ali, vai tendo uma modificação muito grande também. Então, vira e mexe é um novo recomeçar. Várias situações que a gente precisou desconstruir ou a gente mesmo pensar de outro jeito. OFG1

Concordamos com a fala acima no sentido de que, no cotidiano dos serviços de saúde, a participação e o controle social constituem-se em processos que envolvem desconstruções e reconstruções, com novos recomeços, tornando necessária uma atuação dos trabalhadores com ações que possibilitem o estímulo e a implementação desse princípio do SUS, a partir de aspectos levantados pelas enfermeiras na presente pesquisa, tais como: co-responsabilização e compreensão de trabalhadores e usuário acerca desse princípio, integração entre os serviços e uso de espaços para além de reclamações e críticas.

4.3 Reconfigurando o trabalho e construindo possibilidades de qualificação do trabalho

As enfermeiras apontaram, além das estratégias de cuidado e das ferramentas para o trabalho, a reflexão sobre elementos que podem favorecer a revisão da rede de relações de poder e a qualificação da atenção prestada aos usuários. Neste sentido, a questão do trabalho em equipe e da clínica ampliada se colocam como aspectos fundamentais em reflexão.

4.3.1 A árdua construção do trabalho em equipe

O poder e a hierarquia, atributos presentes no desempenho da supervisão, chamaram a atenção das enfermeiras que os relacionaram ao trabalho em equipe. Destacamos a fala a seguir sobre esses atributos a qual levou em consideração o modelo assistencial da ESF.

Tem um lugar aqui que fala: manejo de relações de poder. É uma coisa que na Saúde da Família a gente, até por ter, fazer o trabalho em equipe, essas relações de poder aqui são muito engraçadas. Porque a gente exerce ... existe uma hierarquia dos

profissionais, mas a gente, quando coloca todo mundo numa sala e fala que tá fazendo um trabalho em equipe, às vezes, isso é confundido, né. A questão da hierarquia. Enfermeira Rosa

Segundo Fortuna et al. (2005) falar de trabalho em equipe envolve falar de pessoas em relação, o que abrange também relações de poder que acontecem no interior das equipes. Os dados das observações mostram que, na Saúde da Família, as enfermeiras desenvolvem seu trabalho em equipe, mas também realizam a supervisão do trabalho da equipe de enfermagem e dos ACS, ação necessária em todo trabalho que se realiza coletivamente (MISHIMA, 1995). Nessa perspectiva, Silva (1997) afirma que a supervisão consiste em um dos instrumentos do processo de trabalho em que ocorre o exercício de poder nos espaços de trabalho.

É interessante mostrarmos que houve uma discussão comparando hierarquia e poder em diferentes espaços: no hospital e na Atenção Básica.

E: Porque a questão da hierarquia sempre tem. Mas na atenção, na rede, na Prefeitura é diferente do trabalho de quando eu trabalhei no HC. A questão da hierarquia, até do poder, é completamente diferente lá. Hoje eu não sei como é lá. Eu senti essa diferença, quando eu vim pra rede.

Facilitadora: Você quer falar essa diferença?

E: Lá assim realmente tinha aquela hierarquia, a pessoa obedecia, tinha respeito ou medo, tinha as consequências, né. Na Secretaria, não tem. Às vezes, você pode delegar alguma coisa e a pessoa não te respeitar. OFG1

O fragmento acima levanta a seguinte reflexão: essa diferenciação de poder e hierarquia entre trabalhadores que atuam na Atenção Básica e aqueles que trabalham no ambiente hospitalar é decorrente de quais fatores? Segundo Silva (1997 apud BOBBIO; MATTEUCI; PASQUINO, 1993) o modo da estrutura hierárquica (mais ou menos acentuada) coloca, em primeiro plano, o fenômeno poder. Dessa forma, as falas indicam que, no ambiente hospitalar, a estrutura hierárquica dos trabalhadores é presente de maneira mais clara e marcante que na Atenção Básica, o que possivelmente se relaciona com a presença diferenciada do fenômeno “poder” nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Como já apontado em outro momento, o fato de existir hierarquia no desenvolvimento do processo de trabalho não significa que, nos processos decisórios, se descarte a possibilidade de negociação na rede de poderes instituídos e que a decisão seja compartilhada (BAREMBLITT, 1994).

A fala a seguir, ao comparar o poder e hierarquia na Saúde da Família e no Setor de Pronto-Atendimento, mostra a compreensão da enfermeira para a reflexão acima realizada.

E na Saúde da Família, isso [relações de poder e hierarquia] é mais difícil, porque num pronto-atendimento pra mim é claro, né. Eu sou enfermeiro e os auxiliares são auxiliares. Eu mando, eles obedecem. Risos. Aqui não tem eu mando, eles obedecem. Aqui a gente discute junto, resolve junto, decide junto. E aí vem essa confusão de achar que, só porque decide junto, só porque dá o direito de falar, fica aquela coisa de abusar, às vezes, né. Não que eu não converse no pronto-

atendimento, todo mundo fala, mas lá é mais claro, a questão de chefia, de hierarquia, né. Enfermeira Rosa

É apontada pela Enfermeira Rosa uma clara distinção entre estes dois espaços, a Saúde da Família e o Pronto-Atendimento, e entre a compreensão das equipes quanto à existência de hierarquia e do exercício do poder. Em sua fala, chefia é quase que sinônimo de hierarquia, ou seja, de exercício de poder por uma pessoa, “o chefe”. Certamente esta questão encontra-se fortemente presente no trabalho em saúde, nos diferentes espaços, mas acreditamos que merece uma reflexão a colocação, no sentido de destacarmos aqui a compreensão que temos sobre o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde.

Consideramos que, no interior do processo de trabalho em saúde, as relações estabelecidas entre seus agentes implicam em atividades que são desenvolvidas por diferentes trabalhadores que detém parcelas distintas de conhecimento, de poder e de autonomia; decorrentes da divisão técnica e social do trabalho, assim como da forma que este se organiza a partir de um projeto técnico-político e ético e que conformam determinado modelo de atenção e de gestão (MISHIMA, 2003).

Adicionalmente, consideramos ser fundamental lembrar que o trabalho em saúde é cooperativo, ou seja, para sua efetivação há a necessidade de uma permanente articulação do trabalho do conjunto dos trabalhadores (médico, enfermeiro, auxiliar, ACS, psicólogo e outros) e de estratégias para que se construa a integração e interação entre os trabalhadores para a efetivação da finalidade do trabalho (MISHIMA, 2003; PEDUZZI, 2001).

A fala da enfermeira nos chamou atenção neste sentido: de que nestes dois espaços, a Saúde da Família e o Pronto-Atendimento, há formas distintas de organizar o trabalho, em função de finalidades diferenciadas que são colocadas para o trabalho cotidiano, e que tais lógicas, por vezes, não são devidamente compreendidas pelos trabalhadores envolvidos, sendo que o processo participativo, de construção de corresponsabilidade na equipe, pode ganhar a compreensão de trabalho sem regras, sem hierarquia, sem exercício de coordenação e direção do trabalho.

Contrapondo-se as falas acima, ressaltamos o estranhamento de uma enfermeira em relação ao manejo de relações de poder, fazendo a seguinte consideração:

Achei esquisito isso aqui: manejo de relação de poder. Que poder? [...] Eu não acho que tem poder nenhum. Acho que o trabalho é em equipe. Eu não sei o que você quis dizer com essa forma de poder, né. [...] Eu acho assim a gente tem que direciona, mas não é poder. Eu não sou mais que ninguém. Nós estamos ali para trabalhar em conjunto, em equipe. [...] não é poder. Eu não tenho poder sobre ninguém. OFG1

O discurso da enfermeira durante a Oficina de Trabalho, de certa forma, nega a presença do poder nas relações do trabalho em equipe na Saúde da Família. Nesse sentido, refletimos:

seria possível ausência de relações de poder no dia a dia do trabalho da enfermeira na ESF? De acordo com Silva (1997), o poder perpassa as características de ensino, controle e articulação política, consideradas principais na ação de supervisão. Cabe destacarmos que um dos fenômenos difundidos na vida social é o poder, pois se pode considerar que não existe relação social na qual não haja, de modo algum, influência voluntária de um indivíduo ou de um sobre o comportamento de outro (SILVA, 1997 apud BOBBIO, MATTEUCI; PASQUINO, 1993).

Na mesma direção, Mishima (1995), discutindo a questão da constituição a gerência na Atenção Básica no município e Ribeirão Preto, aponta que

Este poder não é uma coisa, um objeto que tem seu lugar definido e estabelecido, mas uma relação. *Rigorosamente o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder*¹⁵, que vão se conformando na dinâmica social. Seu caráter relacional implica em uma multiplicidade de correlações de forças que se fazem presentes no cotidiano e que representam, sem dúvida, o estabelecimento de relações de dominação e subordinação, como também de resistência, que igualmente se distribuem em toda a estrutura social. (MISHIMA, 1995, p.11).

Esta autora (MISHIMA, 1995, p.13), ainda na mesma direção acima colocada e apoiada na discussão de Mario Testa¹⁶, pensador latino americano da área da Saúde Coletiva, aponta que no cotidiano, e em específico de determinadas ações presentes na hierarquia do trabalho em saúde como, por exemplo, a gerência de serviços ou de equipes de saúde, tem-se o exercício de poder nas dimensões: técnica, administrativa e política.

O poder técnico se define a partir dos conhecimentos utilizados em quaisquer dos níveis de funcionamento do setor saúde. É a capacidade de gerar, aceder, lidar com a informação de características diferentes, onde se pode recorrer a diversas formas de conhecimento: formal ou informal, científico ou popular, do campo da biologia, da medicina, da saúde, da administração e de outras disciplinas. O poder administrativo corresponde ao desenvolvimento de atividades enquanto processos que manejam recursos (incluídos os trabalhadores envolvidos no processo de trabalho em saúde), implica na 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. Já o poder político seria a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades e interesses (MISHIMA, 2003, p. 100).

Estas questões são de fundamental importância na discussão aqui colocada, pois percebemos certo movimento das enfermeiras em negar estas relações de poder e a presença da hierarquia no trabalho por elas desenvolvido, cabendo apontarmos que “independente da caracterização que o poder possa assumir dentro do setor saúde, este se volta aos propósitos

¹⁵ MACHADO, R. Introdução? Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 9 ed, Rio de Janeiro: Graal, 1990.

¹⁶ TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1995.

decisórios assumindo possibilidade de promover mudanças e/ou legitimar situações dadas” (BERTUSSI; MISHIMA, 2003, p.41).

Este movimento de negação ou de resistência se explicita na fala abaixo, quando a enfermeira reflete sobre como se insere no trabalho e se o que desenvolve no dia a dia pode ser denominado de trabalho em equipe.

Eu fico pensando: Será que isso é trabalho em equipe? Será que to invadindo o espaço do outro? O outro é limitado, mas se eu faço parte do grupo. Entendeu? Eu acho assim que eu posso contribuir, mas eu entendo o que ela quer dizer. Muitas vezes, o outro tem a competência, mas ele negligencia a sua função, o seu cargo e tudo. OFG2

Também chamamos a atenção para a fala de uma enfermeira que considera o trabalho em equipe como um processo.

Eu acho que isso [trabalho em equipe] é processo. Eu to lembrando aqui uma experiência que eu tive de trabalhar com uma equipe completa de Saúde da Família há 10, 11 anos atrás. Era completamente diferente do processo que a gente vive hoje. Hoje o trabalho é muito mais horizontal que foi. Acho que isso muda. OFG1

Nessa direção em compreender ao trabalho em equipe como um processo, Fortuna et al. (2005), em revisão teórica sobre o trabalho em equipe na Saúde da Família, consideram a equipe como um processo de relações em que o trabalho em equipe constitui-se no fazer cotidiano, passando por diferentes movimentos (como de dificuldades, de paralisação, de satisfação), sendo, portanto, “um processo de idas e vindas em diversas direções” (FORTUNA et al., 2005, p. 264).

Além de consideração acima, destacamos ainda a metáfora realizada acerca do trabalho em equipe.

Acho que aí já entra o aspecto ... o trabalho da equipe não é uma linha contínua. Eu costumo dizer que ele é um eletrocardiograma, porque ele é vivo. Porque a equipe, nesse momento que nós estamos, passa por uma crise do projeto. O projeto de PSF iniciado a 12 anos atrás começou a sofrer uma mudança em 2007 e a equipe tá mais vendo essa mudança agora. Enfermeira Verde

A metáfora acima parece indicar uma compreensão acerca da complexidade do trabalho em equipe na saúde. De acordo com Fortuna et al. (2005) essa complexidade é decorrente de que o trabalho em saúde envolve a lida com a produção de algo não material, ou seja, simbólico, tendo, portanto, significados diversos para diferentes pessoas, em distintas fases de suas vidas, em diferentes culturas e momentos da história da humanidade. No caso acima, a enfermeira considera o trabalho em um momento de mudança de projeto da Saúde da Família, no entanto, não deixa clara qual a crise do projeto.

Ainda com relação ao trabalho em equipe, também foi discutida a dificuldade de realizá-lo em decorrência da rotatividade de trabalhadores.

E: Eu penso que isso [rotatividade de trabalhadores] na UBS, na Saúde da Família é pior.
E: Na Saúde da Família, os auxiliares de enfermagem são da equipe. Cada equipe tem dois, né. Então eles participam das atividades da equipe. Com as trocas, você vai perdendo vínculo, vai perdendo ... OFG2

A rotatividade compreendida como “a permanente entrada e saída de pessoal das organizações” (Medeiros et al., 2010 apud ROBBINS, 2002) parece ter sido identificada pela enfermeiras como problema que acomete os auxiliares de enfermagem. Destacamos que estudo (MEDEIROS et al., 2010) mostra que a rotatividade na Saúde da Família envolve também médicos e enfermeiros. De acordo com esses autores, a ESF, enquanto proposta de reorientação das práticas de saúde tem alcançado resultados significativos em muitos municípios, mas, simultaneamente, apresenta problemas expressivos, dentre os quais a rotatividade, já que a mesma é considerada altamente prejudicial para a efetividade dos resultados esperados. Assim, consideramos a necessidade de estudos que identifiquem a rotatividade dos trabalhadores das equipes da Saúde da Família de Ribeirão Preto, identificando suas causas.

Segundo Pinto, Menezes e Villa (2010) a rotatividade de trabalhadores na ESF pode estar relacionada à flexibilização do contrato de trabalho e à oferta de empregos no mercado, o que possibilita a escolha por melhores salários.

Ainda sobre o trabalho em equipe, as enfermeiras também expuseram sobre o envolvimento dos diversos trabalhadores com a assistência e organização do serviço. De modo geral, as enfermeiras trouxeram aspectos positivos acerca dos diferentes membros da equipe.

Sim [equipe se envolve enquanto sujeitos que refletem sobre o problema e pensam na organização do serviço]. Os agentes comunitários, eles vão pra área, eles identificam as questões e eles trazem sugestões ou pelo menos perguntas: olha, dá pra fazer isso? Dá pra fazer aquilo? Os auxiliares de enfermagem, eles fazem muito acolhimento, eles fazem poucas visitas, mas fazem muito acolhimento. Eles trazem problemas pra discussões, eles trazem sugestões, hipóteses, né. O médico da mesma forma, menos, mas da mesma forma. Então, eu acho que a equipe é bem racional, bem estruturada, consegue avaliar, discutir propostas, discutir os casos. Enfermeira Azul

Olha, pra você ter uma ideia, teve momentos, que já aconteceu de determinados problemas onde não só nós estávamos aqui na reunião de equipe conversando, como também na visita. Quem acabou dando, sabe assim, um estalo legal pra conversa e pra solução do problema acontecer foi uma agente comunitária. Enfermeira Amarela

Chamou-nos a atenção a visão de uma enfermeira acerca do processo de trabalho em equipe.

Uns mais, outros menos. Acho que não de forma coletiva. Alguns assim, eu vejo, por exemplo, quando o agente traz um problema, em alguns momentos, ele traz o problema porque ele precisa resolver a ansiedade dele. São momentos que ele quer a moeda de troca pra dizer à família que ele facilitou. Alguns momentos ele tá preocupado com o problema de uma forma mais ampla, né. Enfermeira Verde

A fala acima indica que, em uma equipe, também estão presentes objetivos individuais que podem ser diferentes entre os trabalhadores. Nesse sentido, Fortuna et al. (2005)

consideram a necessidade da equipe conversar tanto sobre os objetivos individuais quanto os do grupo, ressaltando que as equipes devem apresentar o que chamam de “algo comum” a desenvolver o qual vai se dar de acordo com o modelo de assistência e o projeto proposto.

Enfim, em relação ao trabalho em equipe na ESF, destacamos a fala a seguir.

Então, eu lido muito com auxiliares, agentes e até com o próprio médico, a seguinte forma, cada um tem as suas potencialidades e, em determinadas situações, um está em melhor condições de ver uma saída e outros, não. Entendeu? E isso é muito respeitado. Eu procuro muito seguir isso. Às vezes, se a gente não consegue, é por algum outro motivo. Mas a gente busca isso. Enfermeira Amarela

O fragmento da fala acima parece indicar que a enfermeira considera a articulação do trabalho em equipe diante da especificidade de cada trabalhador, tendo em vista uma finalidade comum no trabalho. Nesse sentido, consideramos que, dentre os desafios para do trabalho em equipe, podemos citar a efetivação da interação entre os trabalhadores de modo que articulem trabalho considerando as especificidades de cada um.

Finalizando e retomando um aspecto já apontado em outro momento, Peduzzi (2001, p. 106), discutindo o que denomina de tipologia do trabalho em equipe, indica que há dois tipos de equipes: a equipe *integração* na qual se tem a perspectiva da “articulação consoante com a proposta da integralidade das ações de saúde” assim como a interação entre os agentes envolvidos no trabalho, e a equipe *agrupamento*, caracterizada pela fragmentação, pela justaposição das ações e o agrupamento dos agentes. Segundo a autora

Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva (PEDUZZI, 2001, p.106).

Na fala das enfermeiras estas questões se fazem presentes, com a identificação por parte das mesmas que atuam em equipes que se comportam, por vezes, na direção da equipe agrupamento, por vezes, na direção da equipe integração, ficando explícito o desafio da construção do trabalho em equipe no cotidiano dos serviços, onde a enfermeira encontra-se inserida. Finalizando poderíamos dizer que

O movimento na direção de construir, conceitualmente e na prática concreta dos serviços, o trabalho em equipe não tem sido um esforço exclusivo da Saúde da Família. [...] Compreendemos que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Este é um dos grandes

desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos. Para a construção do projeto de Saúde da Família é necessário que a equipe construa um projeto comum e para tal os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 150-151).

4.3.2 Clínica ampliada: possibilidade de qualificação da atenção ao usuário

Ao falarem sobre a clínica ampliada, chamou nossa atenção a consideração da Enfermeira Rosa ao relatar sobre a clínica ampliada nos diferentes modos de atenção: Saúde da Família e Pronto-Atendimento.

Acho que a Saúde da Família possibilita muito [clínica ampliada]. Todo lugar possibilita clínica ampliada, né, mas ... eu vejo, mesmo no pronto-atendimento, a hora que você para pra ouvir um pouco mais, você pode também fazer, né. Mas o tempo é mais restrito. [Risos] Você não pode ampliar muito não, senão vai dar problema, né. Senão o de traz ali vai querer te bater, né. Tá conversando muito com essa paciente. [Risos] Enfermeira Rosa

A fala acima parece ter a perspectiva de Oliveira et al. (2009) que, em estudo teórico, relatam que prática clínica e processo de trabalho relacionam-se mutuamente, pois as possibilidades do desenvolvimento da clínica (mais humanística ou mais tecnocrática) são determinadas pelas condições concretas do processo de trabalho no interior das organizações frente aos modos de se processar a atenção. Nesse sentido, o fragmento descrito indica o tempo cronológico como fator diferencial para a clínica em Unidade de Pronto-Atendimento e Saúde da Família.

Tendo em vista a Saúde da Família como uma estratégia em que a clínica ampliada deve estar presente, destacamos o que as enfermeiras conceituam como a referida clínica.

Clínica ampliada pode ser tanto essa coisa toda que a gente pode encampar, e que não é só uma coisa, um trabalho exclusivo do médico, mas também acho que a clínica ampliada é essa história de você conseguir, através de uma pessoa da família, olhar toda a família e todas as relações que essa família tem com a comunidade, com os equipamentos sociais, com o próprio serviço de saúde, com as suas doenças, com a sua alimentação. Acho que clínica ampliada é uma coisa que [...] você não olha só a doença, que você não olha só os sintomas, mas os outros determinantes nos micro espaços, nos macro espaços. O que a comunidade traz em relação à vida da comunidade, em relação ao território, o que os riscos aumentam, aonde aumentam, por que aumentam, lugar com infraestrutura, lugar sem infraestrutura. Coleta de lixo, água encanada, tudo isso acho que faz parte da clínica ampliada. Enfermeira Branca

Acho que [clínica ampliada] é um atendimento humanizado [...] Não só ver o biológico [...] Muitas vezes acontece comigo, por exemplo, a pessoa e chega aqui e aí eu pergunto pra ela: tá tudo bem, você tem alguma queixa, e eu vou conversando e, às vezes, não vira citologia. Eu não colho citologia porque ela vem com outras queixas, às vezes, biológicas, mas, às vezes, problemas sociais, ou familiares, ou violência doméstica. Acho que a clínica ampliada é isso, uma parte de você enxergar o ser mais do que aquela pessoa que vem com um problema específico, ou pra uma prevenção específica. Tentar enxergar isso socialmente, financeiramente,

culturalmente, educacionalmente, e tentar ajuda-lo de forma integral. É muito mais que você curar uma doença ou prevenir uma doença. É você criar um vínculo, é você oferecer oportunidade que talvez ele não tava percebendo que ele tenha. Mesmo que seja uma oportunidade de trabalho, mesmo que seja um curso, mesmo que seja uma atividade que vai melhorar a saúde mental dele independente dele. É uma coisa integral que tem que envolver todos os setores da sociedade. Dentro daquele indivíduo, muitas coisas de interesse dele. Enfermeira Azul

As compreensões das enfermeiras acerca da clínica ampliada corroboram o conceito dessa clínica descrita na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) nos aspectos relativos à consideração: da vulnerabilidade, dos riscos dos sujeitos em relação ao contexto, da história destes sujeitos e da complexidade biopsicossocial, não ficando restrita a fatores orgânicos.

Apesar das considerações acima sobre a clínica ampliada, destacamos que o conceito da mesma ainda não é conhecido por todas as enfermeiras que atuam na ESF. Ao falar sobre a definição de clínica ampliada, a Enfermeira Amarela se remete ao trabalho médico e, quando questionada se considerava a presença da clínica ampliada em seu trabalho, chamou-nos atenção sua resposta:

Ainda não. Acho que ainda não. [Risos] Não sei. Só se eu tiver entendendo bem o que seja. Enfermeira Amarela

A fala acima merece destaque, já que no cotidiano do trabalho das enfermeiras, observamos situações marcadas pelo desenvolvimento de uma clínica ampliada no desenvolvimento das ações, no entanto, o discurso acima, há certo constrangimento da enfermeira, e a indicação de uma falta de conhecimento do conceito de clínica ampliada, que é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, o que deveria ser conhecida por aqueles que atuam nos diversos serviços da rede de atenção à saúde do Brasil.

Fazer e não saber conceituar. É esta a questão por nós colocada? Não! Nossa reflexão se encaminha no sentido de: conhecer para poder transformar, para poder qualificar na direção de um projeto que componha a perspectiva da integralidade da atenção, do direito à saúde, da qualificação da assistência de enfermagem e de saúde oferecida.

4.4 Organização e gestão

Nesta parte, trazemos aspectos relativos aos recursos para o trabalho os quais se fizeram presentes na fala das enfermeiras relacionados à infraestrutura e à forma de se processar a organização do trabalho na unidade de saúde.

4.4.1 A infraestrutura necessária para o trabalho na Atenção Básica

A infraestrutura aqui considerada refere-se tanto aos aspectos da estrutura física das unidades quanto à disponibilização de materiais para o desenvolvimento do trabalho, sendo estes últimos discutidos em relação ao processo de seu provisionamento para a unidade de saúde.

A infraestrutura foi identificada pelas enfermeiras como um aspecto presente na organização e gestão para o cuidado, sendo falado principalmente sobre os limites do trabalho diante da falta infraestrutura adequada nas unidades da rede de Atenção do município.

Até reconheço que a gente tem um limite e olha o limite aqui, mas a gente faz muita coisa que não era pra fazer. Então, reconheço que tem limite, mas a gente faz mesmo tendo limite, porque a gente montou a sala de acolhimento ali, por exemplo, não tem pia pra lavar a mão, mas a gente faz procedimento lá dentro. A gente instala soro, faz medicação intramuscular, retira ponto, faz hematócrito capilar, porque a centrífuga fica lá dentro. E sem pia. A gente sai lava a mão, volta, procedimento acabou, sai e lava a mão. Não tem jeito. [...] A gente não vai fazer curativo infectado ali dentro, mas esses procedimentos limpos são feitos lá. Enfermeira Rosa

A fala acima indica que, apesar da ausência de infraestrutura apropriada, a enfermeira demonstra apresentar certa flexibilidade para o desenvolvimento do trabalho, de modo que o realiza considerando aspectos de avaliação de risco, envolvendo critérios técnicos, inclusive de controle de infecção.

Apesar da maleabilidade relatada anteriormente, as enfermeiras também falaram da falta de infraestrutura como geradora de dificuldades para realização da assistência.

[...] Na unidade, faz 3 meses que a gente tá com um gerente que é a Fulana. E ela tá tentando, colocar enfermeira numa sala, cada uma fazer ... ter seu espaço. Porque unidade não tem espaço físico. Então tá criando maior polêmica. As agentes comunitárias ficaram sem sala, então um problema. Então. Você acaba não tendo muitas condições de estar fazendo esse atendimento individual que a gente tem que fazer. OFG2

A falta instalações apropriadas nas USF(s) já foi apontada em estudos anteriores que se voltaram a discutir a satisfação do usuário na ESF (FERRI, 2006; FERRI et al., 2007; GAIOSO; MISHIMA, 2007; MISHIMA; PEREIRA et al., 2010; MISHIMA et al., 2010), contudo este não é um problema específico do município de Ribeirão Preto.

Trad e Rocha (2011), analisando a importância da infraestrutura na ESF para humanização do trabalho em cidades da Bahia, Sergipe e Ceará, identificaram que a precariedade de estrutura física constitui-se em um conteúdo recorrente nos relatos dos trabalhadores que indicam problemas relacionados ao tamanho e/ou à disposição das salas, à climatização e a ruídos, aspectos que repercutem negativamente no desenvolvimento das atividades no processo de trabalho, como o indicado na fala da enfermeira durante a Oficina de Trabalho.

Corroborando os resultados acima apresentados, Marqui et al. (2010), em estudo realizado no Rio Grande do Sul sobre dificuldades do processo de trabalho na Saúde da

Família, apontaram a falta de infraestrutura como a dificuldade que foi relatada com maior frequência pelos trabalhadores.

A identificação da falta de infraestrutura apropriada na ESF em diversos locais do país indica que a mesma não se constitui em problema faz “parte do contexto da Saúde Pública brasileira, exigindo assim a construção de projetos governamentais de maior amplitude” (MARQUI et al., 2010, p. 959).

A infraestrutura deficiente adicionada à grande demanda da USF são fatores considerados para a organização e gestão para o cuidado.

Por exemplo, a gente tem limites profissionais, aqui não tem curativo, não tem medicação, não tem aerossol ... Até tem medicação, mas foi uma das coisas que a gente colocou limite. Porque com o número de profissional que a gente tem e com a demanda que a gente tem, se a gente for fazer medicação em tudo mundo que tiver com uma pequena cefaleia, a gente não dá conta. Enfermeira Azul

A fala acima aponta indisponibilidade de estrutura física (sala de curativo, sala de aerossol), equipamentos e instrumentos na USF, o que também foi encontrado em estudo realizado por Pinto, Menezes e Villa (2010) acerca das situações de trabalho dos profissionais de Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul.

Apesar da disponibilidade de material, equipamentos e produtos para realizar determinadas ações como administração de medicamentos, a fala apresentada anteriormente indica que a organização do trabalho para o cuidado é realizada considerando outros aspectos (como a demanda e número de trabalhadores) presentes no processo de trabalho. Dessa forma, ressaltamos que somente a infraestrutura adequada não garante o processo de trabalho preconizado para equipe de Saúde da Família, mas certamente facilita o desenvolver de ações voltadas tanto ao individual quando o coletivo e à gestão.

Outro aspecto que merece se destacado refere-se à previsão e provisão de material que também fazem parte das atividades das enfermeiras na ESF do município de Ribeirão Preto, conforme observado no cotidiano do trabalho das mesmas. No entanto, somente a observação, não possibilitou a identificação de uma sistematização do processo de previsão de material.

As enfermeiras referem que as unidades têm uma sistematização para previsão de material, mas a fala abaixo indica um processo realizado através de um impresso contendo um check list padronizado para o município.

Tem [sistematização para previsão de material]. Mensalmente a gente recebe do almoxarifado um pacote de folhas que já vem até impresso de tudo que tem no almoxarifado. E ele já vem praticamente assim, destacado, numa sequência, em ordem alfabética e por tipo de material: material de escritório, material de higiene, material de enfermagem. Enfermeira Amarela

Diante da realização da previsão de material, conforme mostrado na fala anterior, questionamos: esse modo de realizar o pedido de material pode ser considerado um processo sistematizado? Concordamos com a compreensão da enfermeira que considera o processo sistematizado, mas superficialmente.

Tem sistematizado [previsão de material], mas superficialmente. Tem [roteiro para previsão de material]. Uma vez por mês. Vem um elenco de materiais, a gente já tem uma história de consumo, de estoque. Enfermeira Verde

Ainda, destacamos a fala de uma enfermeira que relatou a imprecisão da previsão de material em relação ao consumo.

Nós temos um monte de coisa pra previsão de material, pras pessoas que precisam de curativo, pra nós mesmos aqui, pra utilização da unidade. Às vezes, ela não bate muito por conta das diferenças, né. Às vezes, você tá com um monte de gente aqui dentro, às vezes, você tá com um movimento super pequeno. Mas acho que a gente tem sim sistematizado pra previsão de material. Enfermeira Azul

No conjunto dos aspectos apontados pelas enfermeiras verificamos a dificuldade em articularem as ações ao conjunto de recursos (físicos e materiais) necessários para que a assistência de enfermagem e de saúde seja processada de forma qualificada. A carência da infraestrutura e a forma da organização do trabalho para a disponibilização de materiais exigem flexibilidade e capacidade de adaptação da enfermeira para que a atenção se processe

4.4. 3 Centralização da gestão na enfermeira

A observação do trabalho das enfermeiras indicou centralização da gestão na enfermeira, o que também foi identificado em estudo realizado por Trad e Rocha (2011) no qual a maioria dos sujeitos de pesquisa, trabalhadores da Saúde da Família, apontou o gerenciamento como uma função primordial (ou exclusiva) desta profissional, reconhecida como “coordenadora da unidade”.

Em relação a isso, destacamos que houve unanimidade das enfermeiras em reconhecerem esse processo de gestão centralizado, sendo o processo histórico considerado um dos motivos que determinar isso.

[...] eu acho que é meio que histórico isso [centralizado da gestão no enfermeiro]. A coisa vem lá de longe. Administrar essa parte é da enfermagem e ponto final. De repente a gente já entra no serviço sabendo que isso vai ser pra gente e pronto. Sabe assim? Eu não sei, eu sinto um pouco isso. Enfermeira Amarela

Ainda considerando o contexto histórico, também foi falado sobre um papel construído, levando em conta também a história da categoria profissional médica.

Eu reconheço [gestão centralizada no enfermeiro]. Eu acho que, se for pensar na equipe mínima, médico e enfermeiro, né, acho que o médico historicamente nunca se envolveu com as questões de gestão, de organização da assistência, não da assistência, mas de organização da unidade mesmo. Então, olhar pros recursos, olhar

pra estrutura física, pra organização de documentos na unidade. Muito difícil eu acho que encontrar um médico que tem esse perfil de trabalho, até porque acho que na graduação... eles são muito voltadas pra assistência direto mesmo. Então, a gente já entra com uma coisa já meio que construída pra gente. O papel construído é de que a gente que vai fazer. Enfermeira Rosa

Com relação ao envolvimento do médico com a administração, Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010), em estudo realizado em Recife, identificaram que as enfermeiras relatam sobrecarga de trabalho na ESF, fazendo críticas sobre a divisão de tarefas, enfatizando o pouco envolvimento dos médicos com a administração e sistema de informação.

Ainda no mesmo estudo citado, as enfermeiras responsabilizaram os distritos pela desigualdade na distribuição de tarefas, afirmando que as equipes distritais e locais reproduzem concepções arraigadas da dimensão gerencial do trabalho da enfermeira que não condizem com a ESF.

Além dos determinantes relacionados à história das profissões, também foi falado sobre o perfil do enfermeiro e a acomodação da equipe diante dessa característica.

Eu concordo com isso [gestão centralizada no enfermeiro], eu acho que isso é característico de enfermeiro [...] Eu acho que as pessoas, elas se acomodam um pouco. Então, elas acham que se eu delegar, elas precisam fazer, se eu não delegar, elas não precisam fazer. [...] Enfermeira Azul

Eu não sei se a gente ainda não aprendeu a dividir isso com os outros profissionais, ou se os outros profissionais é que, na verdade, não querem levar isso pra eles. Porque realmente é uma carga bastante pesada. Sem dúvida nenhuma todos nós temos as nossas outras tarefas que não de gestão. Enfermeira Branca

A centralização do trabalho na enfermeira também foi identificada em pesquisa realizada por Pavoni e Medeiros (2009) em um município de pequeno porto do Rio Grande do Sul. Os autores, visando conhecer o processo de trabalho de uma equipe de Saúde da Família, verificaram que a enfermeira executa sozinha atividades que poderiam ser compartilhadas com e realizadas por outros membros da equipe.

Destacamos que as enfermeiras consideraram que elas mesmas colaboram para essa centralização da gestão do trabalho e explicitaram a necessidade de começar delegar e compartilhar o trabalho.

[...] a gente saber delegar. Às vezes, a gente fica tanto na gente que a gente não consegue ver o outro. Então, acho que a chave da gestão, da enfermagem, é isso. OFG2

Eu acho que porque o enfermeiro não passa [gestão centralizada no enfermeiro]. Ele acaba absorvendo, precisa começar a passar. Ele sempre fez, faz, é fácil fazer. Enfermeira Verde

A necessidade de a enfermeira dividir o trabalho também foi verificada em pesquisa realizada em três estados do nordeste, na qual as enfermeiras defendem a ideia de que a responsabilidade deveria ser compartilhada por todos os profissionais de nível superior da equipe (TRAD; ROCHA, 2011).

Nesse sentido de compartilhar o trabalho, nesta pesquisa as enfermeiras indicaram a necessidade de distribuir o trabalho não somente com os trabalhadores com graduação universitária.

Eu acho que dentro daquela classificação de prioridade, a gente tem que aprender a priorizar o que é nosso realmente. Como se fosse a classificação de risco: do maior pro menor. O que é maior é nosso, conforme diminui a complexidade, então aí você vai redistribuindo tudo isso. OFG2

E: Eu acho assim: muita coisa o auxiliar acaba passando pra enfermeira e a enfermeira acaba aceitando. Você parar e falar: isso aqui você pode fazer. Você pode me ajudar a fazer. Porque a gente acaba assumindo muito, às vezes, da escala do auxiliar e o papel nosso não tem ninguém pra fazer.

E: Causa sobrecarga.

E: Isso que eu sinto também. Tudo em cima da gente OFG2

Apesar de reconhecerem a centralização da gestão e a necessidade de compartilharem o trabalho, as enfermeiras indicaram outros determinantes desse modo de trabalho, demonstrando preocupação com o próprio trabalho e com o usuário.

É o exercício de tudo pra todo mundo e ninguém resolve pra gente. Nossa ajuda é pra nós. Tem que parar, pensar o que eu vou priorizar. Porque é muita coisa. É complicado. [...] OFG2

Na fala da Fulana, quando ela fala assim: acaba entrando no papel do outro. O enfermeiro tem muito disso por quê? Pra impedir que isso aqui ó: que o atendimento não seja interrompido. Então, normalmente a gente acaba fazendo isso. OFG2

Chamou nossa atenção a discussão abaixo acerca de mistura de papéis.

E: Eu acho que nosso papel, ele acaba misturando muito. Eu acho que até os outros profissionais centraliza muito na enfermeira, né. A gente permite isso também. A gente tem essa característica, né. De abraçar o mundo. [...] Mas assim: há uma mistura de papéis: o próprio profissional, o auxiliar, o técnico, até o gerente tem dificuldade de saber qual o papel dele e acaba misturando nosso papel. E a gente entra um pouco no papel dele também. É ou não é? Não sei. Será que eu tô...

E: Tá certinha. OFG2

Na mesma direção, Trad e Rocha (2011) apontaram a falta de clareza ou de entendimento impreciso das competências entre os trabalhos dos diferentes profissionais na ESF, indicando essa deficiência como um dos obstáculos a uma maior integração e articulação da equipe, que repercute negativamente no compartilhamento das ações.

Destacamos que a discussão sobre a centralização da gestão na enfermeira também desencadeou uma fala sobre não terem com quem compartilhar o trabalho.

E você vai tentar ser diferente, tem dia que a gente força a barra. A gente força a barra, mas tem dia que não tem jeito mesmo. Tem dia que não tem ninguém, é você, é você. Não tem jeito de correr. E as outras coisas vão ficando, vão ficando. Sabe. [...] OFG2

Eu acho assim: ... os outros profissionais tem o enfermeiro, às vezes, a gente extrapola nossos limites exatamente por ser um bom administrador, facilita aquilo, a possibilidade de articular no serviço. [...] mas a gente tem nosso limites também. A gente é único. Ontem mesmo na Unidade: gente, eu sou uma só. OFG2

Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010), em estudo visando compreender como as enfermeiras vivem a superposição de atribuições na Saúde da Família, relatam a sobrecarga de trabalho das mesmas ocorre num contexto de grande necessidade de afirmação profissional. No estudo citado, os autores verificaram que as enfermeiras sentiam-se super-exigidas no trabalho, o que pode levar a insatisfação destas trabalhadoras.

A situação identificada por estes autores parece não diferir muito da encontrada no município, tendo em vista o conjunto de questões que as enfermeiras levantam sobre a forma como tomam para si as tarefas que podem ser compartilhadas na unidade de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação, a análise e a validação dos desempenhos da enfermeira em suas ações na ESF possibilitaram a captação de elementos do processo de trabalho desenvolvido, com uma aproximação à compreensão de seus determinantes, por meio de um percurso metodológico ousado. Ousado pela possibilidade da criação, visto que não localizamos, nas evidências científicas nacionais e mesmo na busca de literatura internacional, possibilidades de construirmos uma proposta de validação dos desempenhos considerando a competência dialógica.

Ao admitirmos a ousadia, assumimos também as arestas que certamente ainda se fazem presentes no estudo, e independente destas, este pode colaborar para a conformação de uma visão acerca da competência da enfermeira na ESF.

A proposta de utilizarmos um conjunto com técnicas distintas de coleta de dados foi sustentada pela necessidade de descrevermos situações do cotidiano que traduzissem o processo de trabalho desenvolvido pela enfermeira, para identificação e análise dos desempenhos, com posterior validação dos mesmos por estas trabalhadoras em exercício na rede básica de atenção à saúde.

Compreendemos que a identificação das ações e a validação dos desempenhos da enfermeira na ESF puderam ser efetivadas no contexto específico do município de Ribeirão Preto, de forma que as enfermeiras da rede de atenção básica neste espaço, ao assumirem a função de juízes desse processo, reconheceram o conjunto de desempenhos descritos.

Ressaltamos que houve estranhamento e divergência inicial em relação aos atributos de: tomada de decisão centralizada, manejo de relações de poder, execução de exame físico restrito nas estratégias de cuidado. No entanto, após discussões e/ou reflexões, as enfermeiras concordaram com a presença desses atributos nos desempenhos apresentados, identificando-os no dia a dia do trabalho executado.

Reiteramos que o processo de trabalho da enfermeira na ESF em Ribeirão Preto é concretizado em um contexto local pelo uso de instrumentos que, além de direcionar as ações de cuidado individual para mulheres e crianças com maior frequência, colaboram para uma execução mais restrita do cuidado coletivo (muitas vezes, voltado para a doença, sem considerar o diagnóstico do território para a ação).

Adicionalmente, consideramos abrangente o campo de atuação da enfermeira na gestão para organização do cuidado na ESF, tendo em vista a complexidade das ações identificadas de supervisão, trabalho em equipe, controle social, organização do trabalho, coordenação e

planejamento. Dessa forma, a identificação de um processo de gestão centralizado na enfermeira colabora para que essa trabalhadora tenha dificuldade de organizar sua agenda para realização tanto de cuidado fora da USF, por meio da estratégia de visita domiciliar, quanto de cuidado em espaços coletivos como em grupos.

Destacamos que as percepções das enfermeiras evidenciadas nas falas das entrevistas e/ou na Oficina de Trabalho indicaram uma aproximação aos determinantes de seu processo de trabalho os quais estão principalmente relacionados a: falta de formação em algumas áreas específicas (como semiologia e semiotécnica e sistematização da assistência), dinâmica do trabalho em equipe desenvolvida na ESF com relações mais horizontais, definições de trabalho realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, cultura dos usuários/comunidade, ausência de infraestrutura adequada e falta de governabilidade diante de situações que envolvem fatores para além da unidade de atuação.

Assim, é importante salientarmos que a investigação mostrou, no decorrer da apresentação dos resultados, um processo de trabalho permeado tanto por situações que caracterizam desempenhos voltados ao modelo hegemônico (com maior frequência de ações voltadas ao individual, com foco no biológico e centralização da gestão na enfermeira) quanto de momentos em que observamos nitidamente a ampliação da clínica, a valorização do outro (trabalhador e usuário/família), a responsabilização, a busca pela construção da autonomia do usuário - princípios fundamentais para a constituição de um SUS em defesa da vida.

Consideramos que, diante da apreciação dos dados sistematizados acerca das ações e dos desempenhos apresentados, as enfermeiras tiveram oportunidade de refletirem e discutirem sobre o processo de trabalho desenvolvido, de forma que a opção pelo percurso adotado, construindo a metodologia utilizada, demonstrou potência para o movimento de ação-reflexão-ação pelas enfermeiras, no contexto específico do município de Ribeirão Preto, possibilitando a compreensão da competência enquanto práxis.

Mais uma vez, destacamos que a articulação do mundo do trabalho com a formação e com o desenvolvimento de práticas profissionais constitui-se em condição fundamental para a construção da competência no referencial dialógico que considera o contexto, os valores e a ética.

Finalizando, concluímos que o trabalho da enfermeira na Atenção Básica com foco na Saúde da Família é constituído por ferramentas cuja combinação de uso, para atender as finalidades do processo de gestão e cuidado individual e coletivo, pode ser essencial para reorganização da assistência a partir da atenção básica, com força para contribuir com a implementação efetiva princípios e diretrizes propostos no SUS através da Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALMEIDA, M.A.; PEGHER, A.K.; CANTO, D.F. Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos à classificação de intervenções de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 116-123, fev. 2010.

ALMEIDA, M.C.P.; RODRIGUES, A.M.; CASTELLANOS, B.E.P.; ROSA, M.T.L.; MENDES, S.A.S.A. A situação da enfermagem nos anos 80. In: 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, set. 1989, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: CBEn, 1989. p. 43-75.

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

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 5, n. 9, p.150-153, 2001.

ANDRADE, R. L.P; PEDRÃO, L.J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 737-742, out. 2005.

ANTUNES, M.J.M.; EGRY, E.Y. O programa de saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.54, n.1, p. 98-107, 2011.

ARANTES, C.I.S.; MESQUITA, C.C.; MACHADO, M.L.T.; TEIXEIRA, M.L.; OGATA, M.N. O controle social no Sistema Unico de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470 - 478, jul.-set. 2007.

ARANTES, C.I.S.; MESQUIRA, C.C.; MACHADO, M.L.T.; OGATA, M.N. Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras. **Acta. Paulista. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4 , p. 417-421, 2009.

ARREGUY-SENA, CARVALHO, E.C. Risco para trauma vascular: proposta de diagnóstico e validação por peritos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 71-78, fev. 2009.

ATAKA, T.; OLIVEIRA, L.S.S. Utilização de protocolos de enfermagem no Programa de Saúde da Família no município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v.03, n.13, p.19-24, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BENITO, G.A.V.; BECKER, L.C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da equipe da Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 312-316, maio/jun. 2007.

BENITO, G.A.V.; BECKER, L.C.; DUARTE, J.; LEITE, D.S. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, 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.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília: Universidade de Brasília, 1993.

BORDENAVE, J.E.D. **O que é participação**. São Paulo: Editora Brasiliense. 1986.

BORGES, D.F.; OLIVEIRA, A.K.P. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Rev. Adm. Pública.**, v. 42, n. 2, p. 369-389, mar./abr. 2008.

BRASIL. Lei nº9.263. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de Rede de Frio**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto de gestão**. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento com classificação de risco em unidades de urgência**. Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SGTES. Portaria nº 198/GM/MS. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Programa Nacional de Imunizações** – 30 anos. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS** – doutrinas e princípios. Brasília, DF, 1990.

_____. Lei nº 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009c.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria da Saúde. Protocolo de ação para a assistência de enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde. 2009.
http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/protoc_acao_enferm/protoc_assist_enferm.pdf. Acesso em 18 de julho de 2011.

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

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V.L.M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P.; FUGULIN, F.M.T.; PERES, H.H.C.; MASSAROLLO, M.C.K.B.; FERNANDES, M.F.P.; CIAMPONE, M.H.T. et al. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 157-170.

CECCIM, R.B.; FUERWEKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CIAMPONE, M.H.T. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. Cap. 15, p. 191-206.

CIAMPONE, M.H.T.; MELLEIRO, M.M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P.; FUGULIN, F.M.T.; PERES, H.H.C.; MASSAROLLO, M.C.K.B.; FERNANDES, M.F.P.; CIAMPONE, M.H.T. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 37-53.

COELHO, I.B. Os impasses do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 309-311, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO (CFE). Parecer nº 314/94, sobre currículo mínimo para curso de enfermagem, aprovado em 06.04.94, processo n. 23001.001783/93-99, abrange obrigatoriedade da disciplina de semiologia e semiotécnica de enfermagem. Brasília, DF, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei 7.498./86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

_____. Resolução COFEN 159/1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.

COSTA, A.L.S.; POLAK, C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem (AEEE). **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo. v. 43, p. 1017-1026, 2009. Número especial.

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. Enferm.**, Brasília, DF, 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. Enferm.**, 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.
- CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de Saúde da Família. Como estabelecer um projeto assistencial comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.
- CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DANTAS, R.A.; PAGLIUCA, L.M.F.; CARDOSA, M.V.L.M..L A saúde ocular de crianças e adolescentes de grupo de risco. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 5, 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. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 5, p. 513-518, set./out. 2005.
- DOMINGOS, C. Fazendo oficina. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. **VER – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília, DF, 2004.
- 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.
- EDUARDO, K.G.T.; AMÉRICO, C.F.; FERREIRA, E.R.M.; PINHEIRO, A.K.B.; XIMENES, L.B. Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolaou na perspectiva da qualidade. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 44-48, 2007.
- ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.
- FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 520-527, jun. 2010.
- FELIPE, G.F.; ABREU, R.N.D.C.; MOREIRA, T.M.G. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial atendido no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 620-627, dez. 2008.

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: FERNÁNDEZ, A.; CARVALHO, M.R.; DOMINGOS SOBRINHO, M. **Representações sociais do processo saúde/doença e das práticas das enfermeiras do programa de saúde da família (PSF) constituídas pelos usuários**. Campina Grande: EDUEP, 2004. p. 185-206.

FERREIRA, A.M.R. **Hanseníase**: representações sociais de enfermeiros do PSF do município de Belém. 2003. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2003.

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, 2006.

FERRI, S.M.N.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; CACCIA-BAVA, M.C.G.; ALMEIDA, M.C.P.de. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.11, n.23, p.515-29, set/dez. 2007.

FLORES, L.M.; MENGUE, S.S. Uso de medicamentos por idosos na região sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 924-929, 2005.

FORNAZIER, M.L.; SIQUEIRA, M.M. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J. Brás. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 280-287, 2006.

FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262–268, mar./abr. 2005.

FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.B.; MISHIMA, S.M.; KAWATA, L.S.; CAMARGO, C.B. Nurses and the collective care practices within the family health strategy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 581-588, jun. 2011.

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.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 143-151, jun. 2004.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37-54.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; JUNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J. FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. (ORG). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

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. (ORG). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-133.

FREITAS, C.A.S.L.; SILVA NETO, A.V.; XIMENES NETO, F.R.G.; ALBUQUERQUE, I. M.N.; CUNHA, I.C.K.O. A consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, p. 757-63, nov. 2008. Número especial.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Perfil municipal**. 2007. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: 25 maio 2007.

GAIOSO, V.P.; MISHIMA, S.M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.4, p. 617-625, oct/dez. 2007.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006.

GIORGIANE, I.G. **Atuação do enfermeiro na assistência pré-natal**: Programa de Saúde da Família. 2003. 35 f. Monografia (Especialização) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set./dez. 2003.

GIROTI, S.K.O.; NUNES, E.F.P.A.; RAMOS, M.L.R.. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. **Semina cienc. biol. saude**, Londrina, v.29,n.1, p.9-26, jan.-jun. 2008.

- GOLDBAUM, M.; GIANINI, R.J.; NOVAES, H.M.D.; CÉSAR, L.G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, jan. 2005.
- GOMES, R.; MOREIRA, M.C.N.; NASCIMENTO, E.F.do; REBELLO, L.E.F.S.; COUTO, M.T.; SCHARIBER, L. B. Homens não vem! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 983-982, 2011. Suplemento.
- GONÇALVES, M.L. **Participação social no sistema único de saúde: a experiência de conselho municipal de saúde da Ribeirão Preto–SP**. 1999. 296 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- GONÇALVES, M.L.; ALMEIDA, M.C.P.; GERA, S.C. A municipalização da vacinação em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 79-87, jan./mar. 1996.
- HAGER, P.; GONCZI, A. What is competence? **Medical Teacher**, London, v. 18, n. 1, p. 15-18, mar. 1996.
- HAGUETTE, T.M.F. Observação participante. In: _____. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis, Vozes, 1999. p. 66-78.
- HERMINDA, P.M.V.; ARAÚJO, I.E.M. Elaboração e validação de entrevista de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 3, p. 314-320, maio/jun. 2006.
- KAWATA, L.S.; MISHIMA, S.M.; CHIRELLI, M.Q.; PEREIRA, M.B. O trabalho cotidiano da enfermeira na Saúde da Família: utilização de ferramentas de gestão. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-320, abr./jun. 2009.
- KAWATA, L.S.; MISHIMA, S.M.; CHIRELLI, M.Q. PEREIRA, M.B.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 349-355, abr. 2011.
- KAWATA, L.S. **Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família – uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial**. Ribeirão Preto, 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- LACERDA, M.R.; GIACOMOZZI, C.M.; OLINISKI, S.R.; TRUPPEL, T.C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, ago. 2006.

LEITÃO, L.R.G. Não basta ouvir, é preciso escutar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 46-48, jun. 1995.

LEITE, J.C.A. **O Trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família**: em busca da interdisciplinaridade. 2001. 243 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

LIMA, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Rev. Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005.

MACIEL, E.L.N. ; ARAÚJO, W.K.; GIACOMIM, S.S.; JESUS, F.A.; RODRIGUES, P.M.; DIETZE, R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1395-1402, set./out. 2009. Suplemento 1.

MARQUI, A.B.T. de.; JAHN, A.C.; RESTA, D.G.; COLOMÉ, I.C.S.; ROSA, N. de.; ZANON, T. Caracterização das equipes de Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez. 2010.

MARTINS, E.A.P.; HADDAD, M.C.L. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quarto grau de dependência do cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 74-82, abr. 2000.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; KAWATA, L.S.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.B. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130, jan./fev. 2011.

MEDEIROS, C.R.G.; JUNQUEIRA, A.G.W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L.A.P.; SALDANHA, O.M.F.L. Rotatividade de enfermeiros e médicos: impasse na implementação da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-1531, jan./jun. 2010. Suplemento 1..

MEGHNAGI, S. A competência profissional como tema de pesquisa. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 64, p. 50-86, set. 1998.

MELLO, D.F. de.; BARROS, D.M.; PINTO, I.C.; FURTADO, M.C. Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 748-754, nov.-dez. 2009.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

_____. **O capitalismo e a saúde pública.** São Paulo: Papirus, 1985.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3. ed. São Paulo: ABRASCO, 1994.

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, 2003.

_____. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto.** 1995. 355 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.B.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.M. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde: estudos e análises.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 137-156.

MISHIMA, S.M.; PEREIRA, F.H.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; PEREIRA, M.J.B.; CAMPOS, A.C. *et al.* Assistance in family health from the perspective of users. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n.3, p. 436-443, mai/jun. 2010.

MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.B.; MATUMOTO, S.; NASCIMENTO, A.MA.do.; FORTUNA, C. M. *et al.* O desafio do cuidar em saúde coletiva. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM - DIVERSIFICANDO O CUIDAR, 4., 2004, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia, UFU, 2004. p. 22-34. v. 4.

MISHIMA, S.M; PAULA, V.G.; PEREIRA, M.J.B.; ALMEIDA, M.C.P.; KAWATA, L.S. (In)Satisfação dos usuários: a duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 766-773, set. 2010.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e a formação do futuro profissional da saúde. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-166, jul./set. 2009.

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 enfermeiras do programa saúde da família**. 2003. 136 f. Tese (Doutorado) - 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.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 1023-1032, 2004.

MUNARI, D.B.; FUREGATO, A.R.F. **Enfermagem e grupos**. 2 ed. Goiânia: Editoria AB, 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.

NASCIMENTO, M.A.A.; MISHIMA, S.M. Construindo uma prática de relações. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 2, p. 1-5, jun. 2004.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

OLIVEIRA, D.C.; VIDAL, C.R.P.M.; SILVEIRA, L.C.; SILVA, L.M.S.da. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 521 - 526, out-dez. 2009.

OLIVEIRA, J.C.A.; TAVARES, D.M.S. A atenção ao idoso na Estratégia Saúde da família – atuação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-781, set. 2010.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no programa saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 431-438, maio/jun. 2007.

OLIVEIRA, V.G.; PEDROSA, K.K.A.; MONTEIRO, A.K.; SANTOS, D.B. dos. Vacinação: o fazer de enfermagem e o saber de mães/cuidadores. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, p. 133-141, 2010. Número especial.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Certificação de competências profissionais**: relatos de algumas experiências brasileiras. Brasília, DF, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para as condições crônicas**. Componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF, 2003.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.S. Processos de trabalho na equipe Estratégia Saúde da Família. **Rev. Brás. Enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional em saúde: conceito e tipologia: atualização. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 35, n.1, p. 103-109, fev. 2001.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T. O trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P.; FUGULIN, F.M.T.; PERES, H.H.C.; MASSAROLLO, M.C.K.B.; FERNANDES, M.F.P.; CIAMPONE, M H.T. et al. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-124.

PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; TEIXEIRA, R.A.; FERRAZ, C.A. et al. Assistência domiciliar – instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2004. p. 71-80.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. 256 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Cerará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-664, set. 2010.

RAMOS, M.N. **A pedagogia das competências**: autonomia e adaptação? 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Rev. Formação**, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 7-26, maio 2001.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). **Plano Municipal de Saúde 2011-2013**. Ribeirão Preto, 2009.

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.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438- 446, mar./abr. 2004.

ROBBINS, S.P. **Comportamento organizacional**. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.

ROCHA, P.K.; PRADO, M.L. do; WAL, M.L.; CARRARO, T.M.. Cuidado e tecnologia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 113-116, 2008.

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.

ROSENSTOCK, K.I.V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro na atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 581-586, jul./ago. 2010.

SAKATA, K.N.; ALMEIDA, M.C.P. de.; ALVARENGA, A.M.; PEREIRA, M.B. Concepções da equipe de Saúde da Família sobre as visitas domiciliares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n. 6, p. 659-664, jul./ago. 2007.

SAMPAIO, R.S.; SANTOS, I. dos.; AMANTÈA, M.I.; NUNES, A.S. A classificação das intervenções de enfermagem na prática clínica dos enfermeiros brasileiros. **Rev. Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 120-126, 2011.

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.

SAPAROLLI, E.C.E.; ADAMI, N.P. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 92-98, mar. 2010.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SEGANFREDO, D.H.; ALMEIDA, M.A. Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification. (NOC) for clinical, surgical and critical patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 34-41, feb. 2011.

SILVA, E.M. **Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local**. 1997. 308 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

SILVA, I.J.; OLIVEIRA, M.F.V. de.; SILVA, S.E.D. da.; POLARO, S.H.I.; RADÜZ, V.; SANTOS, E.K. A. dos et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, set. 2009.

SILVA, L.J. Da vacina à aspirina: considerações acerca das ações coletivas em saúde pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 3-16, 1996.

SILVA, M.C.F.; FUREGATO, A.R.F.; COSTA JÚNIOR, M.L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 7-13, fev. 2003.

SILVA, R.F.; TANAKA, O.Y. Técnica Delfhi: identificando competências gerenciais do médico e enfermeiro que atuam na atenção primária à saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 207-216, set. 1999.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

SOUZA, A.J.F.; MATIAS, G.N.; GOMES, K.F.A.; PARENTE, A.C.M.. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 391-395, jul./ago. 2007.

SOUZA, V.D.; BARROS, A.L.B.D. Ensino do exame físico em escolas de graduação em enfermagem do município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 11-22, jul. 1998.

STARFILED, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002.

TAKAHASHI, R.T.; GONÇALVES, V.L.M. Gerenciamento de recursos físicos e materiais. In: KURCGANT, P.; FUGULIN, F.M.T.; PERES, H.H.C.; MASSAROLLO, M.C.K.B.; FERNANDES, M.F.P.; CIAMPONE, M H.T. et al (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 185-194.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TEIXEIRA, C.R.S.; BECKER, T.A.C.; CITRO, R.; ZANETTI, M.L.; LANDIM, C.A.P. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 173-179, mar. 2011.

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. 152 f. 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. Enferm.** Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 193-206, abr./jun. 2000.

TESTA, M. Atenção Primária (ou primitiva) de saúde. In: _____. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 160-172.

TRAD, L.A.B.; ROCHA, A.A.R.M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa de Saúde da Família: coerência com os princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, A.C.; MOURA, E.R.F. Percepção do papel desempenhado pela enfermeira num 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. 2003. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2003.

VILAS BOAS, L.M.F.M.; ARAÚJO, M.B.S.; TIMÒTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1355-1360, jul/ago. 2008.

WALDOW, V.R. **O cuidado em saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

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. Enferm.**, Brasília, DF, v. 4, n. 56, p. 433-438, jul./ago. 2003.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Observação Participante

Prezado(a)Sr(a): _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa *Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família – a construção da competência no processo de trabalho*. Este projeto tem como temática a prática das enfermeiras no contexto de implantação e implementação da Saúde da Família, tendo como objetivo central analisar os desempenhos das enfermeiras das equipes de Saúde da Família em relação à sua atuação para o cuidado individual, cuidado coletivo e organização e gestão do processo de trabalho, com vistas à validação desses desempenhos pelas enfermeiras, a fim de estabelecer as competências para o cuidado individual, cuidado coletivo e organização e gestão do cuidado na Saúde da Família.

Assim, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar na realização da observação de seu trabalho a ser realizado em uma semana típica de seu trabalho na Saúde da Família.

Na realização da observação, que será efetivada com a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, será solicitada sua permissão para sua anotação em diário de campo, sendo que o mesmo será destruído após a conclusão da pesquisa.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes; ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

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, para que possamos agendar a realização da entrevista.

Ressaltamos que você ficará com uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora do projeto e pela orientadora.

Atenciosamente.

Silvana Martins Mishima
Professor Associado junto ao Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Orientadora
e-mail: smishima@eerp.usp.br
Telefone para contato: (16) 36023951

Lauren Suemi Kawata
Pesquisadora do Projeto
e-mail: lsuemi@hotmail.com
Telefone para contato: (16) 8114 5204

Eu, _____, aceito participar do projeto de pesquisa *Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família – a construção da competência no processo de trabalho*, em data marcada antecipadamente, e estou ciente de que a observação terá seus resultados tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade para a retirada deste consentimento.

_____, ____ de _____ de 2010.

Assinatura

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Informado para Entrevista

Prezado(a)Sr(a): _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa *Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família – a construção da competência no processo de trabalho*. Este projeto tem como temática a prática das enfermeiras no contexto de implantação e implementação da Saúde da Família, tendo como objetivo central analisar os desempenhos das enfermeiras das equipes de Saúde da Família em relação à sua atuação para o cuidado individual, cuidado coletivo e organização e gestão do processo de trabalho, com vistas à validação desses desempenhos pelas enfermeiras, a fim de estabelecer as competências para o cuidado individual, cuidado coletivo e organização e gestão do cuidado na Saúde da Família.

Assim, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar na realização de entrevista a ser realizada com as enfermeiras que atuam nas equipes de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto. Essa entrevista terá cerca de uma hora de duração e será realizada na Unidade de Saúde em que você atua.

Na realização da entrevista, que será efetivada com a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, será solicitada sua permissão para sua gravação em fitas eletromagnéticas, sendo que as mesmas serão transcritas e destruídas após a conclusão da pesquisa.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes; ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

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, para que possamos agendar a realização da entrevista.

Ressaltamos que você ficará com uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora do projeto e pela orientadora.

Atenciosamente.

Silvana Martins Mishima
Professor Associado junto ao Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Orientadora
e-mail: smishima@eerp.usp.br
Telefone para contato: (16) 36023951

Lauren Suemi Kawata
Pesquisadora do Projeto
e-mail: lsuemi@hotmail.com
Telefone para contato: (16) 8114 5204

Eu, _____, aceito participar da entrevista do projeto de pesquisa *Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família – a construção da competência no processo de trabalho*, em data marcada antecipadamente, e estou ciente de que a entrevista terá seus resultados tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade para a retirada deste consentimento.

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Informado para Oficina

Prezado(a)Sr(a): _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa *Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família – a construção da competência no processo de trabalho*. Este projeto tem como temática a prática das enfermeiras no contexto de implantação e implementação da Saúde da Família, tendo como objetivo central analisar os desempenhos das enfermeiras das equipes de Saúde da Família em relação à sua atuação para o cuidado individual, cuidado coletivo e organização e gestão do processo de trabalho, com vistas à validação desses desempenhos pelas enfermeiras, a fim de estabelecer as competências para o cuidado individual, cuidado coletivo e organização e gestão do cuidado na Saúde da Família.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação na realização da Oficina de Trabalho a ser realizada com as enfermeiras que atuam na rede de Atenção Básica do município de Ribeirão Preto.

Na realização da oficina, que será efetivada após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, será solicitada a permissão das enfermeiras para sua gravação em fitas eletromagnéticas, sendo que as mesmas serão transcritas e destruídas após a conclusão da pesquisa.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes; ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

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, para que possamos agendar a realização da Oficina de Trabalho.

Atenciosamente.

Silvana Martins Mishima
Professor Associado junto ao Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Orientadora
e-mail: smishima@eerp.usp.br
Telefone para contato: (16) 36023951

Lauren Suemi Kawata
Pesquisadora do Projeto
e-mail: lsuemi@hotmail.com
Telefone para contato: (16) 8114 5204

Eu, _____, aceito participar da Oficina de Trabalho do projeto de pesquisa *Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família – a construção da competência no processo de trabalho*, em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que a oficina terá seus resultados tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade para a retirada deste consentimento.

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura

APÊNDICE D – Material Sistematizado para roteiro de entrevista semiestruturada

- Descreva uma semana típica de trabalho.
- Leia cada ficha e verifique se você reconhece como o trabalho do enfermeiro na atenção básica. Você consegue reconhecer a situação na descrição de sua semana típica de trabalho? Se positivo, por quê? Se negativo, por quê? Nesse caso, como seria?

Gestão e organização do cuidado

Tema	Desempenho
A supervisão como instrumento de controle e educação	<p>Conhece sobre o trabalho de cada membro da equipe, a rotina e a dinâmica do trabalho na unidade, a condição de saúde dos trabalhadores e as restrições para o trabalho; utiliza princípios de justiça, tolerância e responsabilidade.</p> <p>Comunica-se utilizando linguagem de forma direta, concisa e clara durante conversa com os trabalhadores, possibilitando interação e participação no diálogo, explicando como a jornada de trabalho deve ser realizada, demonstrando atitude de respeito e de manejo de relações de poder.</p> <p>Realiza avaliação do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores e as alterações em seu trabalho de modo pontual e, conseqüentemente, no processo de trabalho da equipe, considerando fatores relativos à saúde do trabalhador como carga de trabalho, ambiente físico, segurança, a prática do serviço, a responsabilidade da unidade e da equipe com a assistência, de modo que o atendimento não seja interrompido, indicando respeito com os usuários.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ao realizar a supervisão do trabalho, há preocupação em proporcionar reflexão acerca do trabalho desenvolvido?

Tema	Desempenho
O trabalho em equipe na Saúde da Família	<p>Conduz discussão de casos, possibilitando espaços para que qualquer trabalhador exponha seus conhecimentos.</p> <p>Toma decisão de modo centralizado e vertical.</p> <p>Tem atitude de fazer contato com outros níveis de atenção, a fim de obter informações sobre os usuários e famílias e de trocar experiências.</p> <p>Realiza avaliação de risco e de prioridades, articula o cuidado, a fim de buscar continuidade, intersetorialidade e integralidade, através da mobilização da equipe. Reconhece como relevante o trabalho desenvolvido pelos outros membros da equipe.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Tema	Desempenho
O controle social no processo de gestão	<p>Conhece a função e o regulamento da Comissão Local de Saúde. Pontualmente reflete sobre os problemas identificados. Procura alternativas que possam ser negociadas com a comunidade.</p> <p>Reconhece a Comissão Local de Saúde como um espaço de reivindicação e a importância da participação dos trabalhadores neste colegiado.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

No cotidiano do trabalho, há outras formas de estimular o controle social para além da Comissão Local de Saúde?

Tema	Desempenho
A organização do trabalho para a produção do cuidado	<p>Participa de discussões junto à equipe, questiona condutas, justificando o motivo dos questionamentos.</p> <p>Indica limites do exercício profissional e demonstra atitude de preocupação com o acesso dos usuários aos serviços e com a continuidade da atenção.</p> <p>Realiza o cuidado embasando-se em protocolos de atendimentos, regionalização e a história dos usuários, considerando o vínculo com os usuários do serviço.</p> <p>Toma decisão de forma centralizada, não busca a responsabilização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, não organiza o trabalho na lógica da educação permanente em saúde.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Durante a organização do trabalho, há reflexão sobre a magnitude do problema? Há identificação causas e consequências, pontos críticos? As propostas de intervenção são realizadas 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?

Há algo sistematizado para previsão de material?

Tema	Desempenho
Coordenação e planejamento do trabalho	<p>Participa da elaboração, coordenação e articulação do planejamento. Identifica os recursos (estrutura física, sistema de informação, localização de documentos na unidade) e os fatores (perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita) envolvidos com o plano.</p> <p>Elabora o desenvolvimento das atividades atendendo à finalidade para a ação da unidade de saúde como priorização das famílias de acordo com a classificação de risco e por agravos presentes, atenção voltada a grupos de risco, ampliação da clínica, atuação junto com outros profissionais.</p> <p>Reflete sobre a previsão de situações e possíveis alternativas para a tomada de decisão com compromisso e responsabilidade.</p> <p>Identifica problemas potenciais, desenha cenários possíveis, tentando acumular subsídios para agir no sentido de evitar intercorrências na organização do serviço e ter suporte caso essas venham a ocorrer.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Por que a gestão está tão centralizada no enfermeiro?

Cuidado individual

Tema	Desempenho
Consulta de enfermagem nos diferentes ciclos de vida	<p>Realiza uma breve coleta de dados (idade, uso de medicamentos, carteira de vacinação).</p> <p>Conhece a história do usuário.</p> <p>Busca informação com outros membros da família e no prontuário.</p> <p>Dentre as atividades de exame físico, apenas pesa e mede, apresentando habilidades para interagir com usuário e para usar linguagem acessível à compreensão.</p> <p>Apesar de demonstrar conhecimento sobre calendário vacinal e o uso de sulfato ferroso, não parece claro usar raciocínio crítico e clínico, não sendo investigado mais sobre possibilidades assistências.</p> <p>Tem atitude de fazer um roteiro de alimentação por escrito. Detém conhecimento técnico científico para acompanhamento de: crescimento e desenvolvimento, métodos contraceptivos, exame físico, alimentação e equipamentos disponíveis na unidade.</p> <p>Em alguns momentos, o exame físico realizado inclui ausculta, com avaliação clínica e detecção de problema.</p> <p>Toma decisão de passar o caso para o médico, possivelmente por encontrar limite profissional (prescrição de medicamentos).</p> <p>Identifica necessidade de saúde, não só do usuário como também da família, formula um problema e executa cuidado voltado ao biológico.</p> <p>Tem atitude de aproveitar o momento para realizar um diálogo sobre a condição da família.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Por que são mais freqüentes consultas de enfermagem para mulheres e crianças?

Avaliação com classificação de risco	<p>Realiza coleta de dados (entrevista, verificação de sinais vitais, peso e altura e observação da linguagem corporal do usuário - inspeção), identificando: sinais e sintomas, período da condição referida e medicamentos utilizados.</p> <p>Busca realizar um diagnóstico, tem atitude de realizar procedimentos (prova do laço e coleta de sangue para hematócrito) específicos para determinada patologia (dengue), de acordo com o protocolo estabelecido no município, demonstrando conhecimento e habilidade técnico-científicos.</p> <p>Utiliza linguagem de fácil compreensão para realizar explicações e orientações ao usuário e à acompanhante.</p> <p>Tem atitude de fazer a notificação de suspeita de doença, o que permite inferirmos que detém conhecimento sobre importância da vigilância epidemiológica. Demonstra interação com membros da equipe (médica e auxiliar de enfermagem) para condução do caso. Apresenta preocupação com a condição da família para dar os encaminhamentos ao caso.</p> <p>Realiza a anotação de enfermagem, utilizando linguagem técnica.</p> <p>Aproveita o momento para pesquisar outras morbidades presentes e para observar a freqüência do usuário na unidade.</p> <p>Demonstra habilidade para chamar a atenção acerca das faltas nas consultas agendadas, destacando a importância do comparecimento no seguimento.</p>
--------------------------------------	--

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

A visita domiciliar como estratégia para o cuidado	<p>Demonstra conhecimento sobre: serviços (dispensação de medicamentos), recursos humanos (assistente social), medicamentos disponíveis na rede de saúde, recursos disponíveis na unidade (notificação), princípios éticos (negligência), história da usuária e família e o contexto socioeconômico.</p> <p>Tem atitude de buscar dados nas receitas médicas, chamar o médico da família para passar e discutir o caso.</p> <p>Tem habilidade para realizar uma avaliação ampliada, abordando o aspecto socioeconômico da família, e para propor trabalho conjunto com outros membros da equipe.</p> <p>Demonstra conhecimento sobre os limites profissionais, materiais necessários para realização do procedimento (como por exemplo, retirada de pontos), função de cada material, ferramentas para avaliação clínica e farmacologia.</p> <p>Planeja a atividade, ao organizar materiais para realizar visita domiciliar.</p> <p>Realiza inspeção (parte do exame físico) e procedimentos (exemplo: verifica a pressão arterial, faz glicemia).</p> <p>Coleta dados de forma dinâmica sobre: medicamentos em uso, hipertensão. Investiga risco. Coleta dados com usuário e outra pessoa da família. Observa o ambiente e identifica os medicamentos em uso pelo usuário.</p> <p>Faz supervisão da auxiliar de enfermagem.</p> <p>Identifica necessidade de material (lanterna) na maleta de visita domiciliar.</p> <p>Detém habilidade de comunicação, utiliza linguagem de fácil compreensão, para realização e orientação de aspectos técnicos científicos para estabelecer condições para realização do cuidado pela usuária.</p>
--	---

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Nas semanas observadas, identificamos que o enfermeiro realiza poucas visitas domiciliares. Por quê? Há dificuldades de organização para realizar visita domiciliar?

Cuidado coletivo

Tema	Desempenho
Monitoramento e avaliação de vacina / reação adversa à vacina	<p>Coleta de dados: com a mãe da criança, no sistema de informação do município. Transmite informação. Observa/Inspecciona o local da reação vacinal para fazer avaliação do local. Formula um problema (não tem acesso ao lote da vacina)</p> <p>Tem atitude de: fazer contato com a Vigilância epidemiológica da área pra passar o caso e saber conduta tomada, agendar retorno na unidade para acompanhamento, deixar registrado no prontuário.</p> <p>Orienta a mãe da criança a ir à sala de vacina da unidade de referência e explica o processo, utilizando linguagem de fácil compreensão.</p> <p>Detém conhecimento sobre: calendário vacinal, reação vacinal, administração da vacina (técnica, via, diluição), documentos necessários para notificação, o fluxo entre os serviços, a rede de serviços (vigilância epidemiológica), o sistema de informação disponível no município, a história da criança e da família.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Tema	Desempenho
Realização de atendimento para grupos educativos com indivíduos vulneráveis	<p>Coleta dados sobre: participação em grupos anteriores, disponibilidade de horário, uso de medicamentos, bebidas alcoólicas. Explica a finalidade e o funcionamento do grupo. Detém conhecimento sobre alimentação e nutrição.</p> <p>Tem habilidade para questionar usuário sobre expectativa de participar do grupo; para sugerir modo de controle de peso; explicitar aspecto positivo da atitude da usuária.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Tema	Desempenho
Ações de vigilância epidemiológica	<p>Detém conhecimento sobre doenças contagiosas (tuberculose, escabiose), dados epidemiológicos da doença na área, história da família. Faz avaliação de risco de contágio. Orienta paciente e equipe.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

As ações de caráter coletivo são menos frequentes no dia a dia do seu trabalho? Por quê?

Dos temas identificados, em qual você investiria para melhorar o trabalho na Saúde da Família

APÊNDICE E – Termo de Referência da Oficina de Trabalho

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

OFICINA DE TRABALHO: A CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA TERMO DE REFERÊNCIA

Esta oficina sobre a construção da competência do enfermeiro na atenção básica dá continuidade às oficinas sobre o tema “O trabalho da enfermeira na atenção básica”, realizadas em parceria com a Divisão de Enfermagem da SMS-RP para discussão de resultados de pesquisa e produção de conhecimento em enfermagem.

O objetivo desta oficina é validar os desempenhos da enfermeira na Atenção Básica, com foco na Saúde da Família, visando à construção da competência para o cuidado individual, o cuidado coletivo e organização e gestão do cuidado na atenção básica. Trata-se de um encontro para completar a coleta de dados iniciada em 2010, de uma pesquisa de doutorado com abordagem qualitativa, favorecendo o diálogo, o pensar coletivo e a troca de experiência entre enfermeiros da atenção básica, pesquisadores, gestores da área de enfermagem da SMS.

No atual sistema de saúde brasileiro, vem sendo feitos esforços para a reconstrução, fortalecimento e qualificação da atenção básica, que tem Saúde da Família como estratégia de reorganização.

Assim, a atenção básica tem se constituído como um grande campo de atuação dos enfermeiros e equipe de enfermagem. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde para o ano de 2006, há 23.871 enfermeiros trabalhando na Saúde da Família e 5.312 enfermeiros vinculados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2007). Ainda, é apontado pelo Ministério da Saúde, que o emprego em saúde tem se concentrado na esfera pública (56,4%), mais especificamente no nível municipal, sendo que essa ampliação do campo de trabalho em saúde para enfermeiros, especificamente na atenção básica produz transformações relevantes como objeto da prática profissional, do ensino na área de enfermagem e na pesquisa.

Nesse contexto, investigações que se pautem na identificação das ações realizadas pelos trabalhadores de saúde, buscando compreender seus determinantes, merecem reconhecimento, pois visam entender como o trabalho vem sendo desenvolvido no cotidiano dos serviços de saúde, assim como as potencialidades e dificuldades de sua transformação, diante das demandas que se apresentam para a produção de cuidados de saúde no contexto contemporâneo.

Ao termos como foco a construção da competência do enfermeiro na atenção básica, partimos da compreensão que a competência não é observada diretamente (LIMA, 2005), mas sim é inferida pelo desempenho que consiste, em “uma combinação de atributos que fundamentam a realização de tarefas profissionais” (DUARTE et al., 2005, p.13).

Desse modo, 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 (conhecimentos, habilidades e atitudes) que caracterizam os desempenhos permite identificar o uso que o sujeito faz daquilo que sabe, que sente, que vive, que observa.

Para o desenvolvimento dessa oficina, optamos pelo referencial de competência *Dialógica*, adotada na Austrália, que 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). É na construção dessa abordagem que se relaciona o mundo do trabalho (local onde se desenvolve a prática) e a formação para o desenvolvimento de práticas profissionais (RIBEIRO; LIMA, 2003; LIMA, 2005).

Cabe ressaltarmos que, apesar do Ministério da Saúde considerar a competência como um conjunto de atribuições, não temos como objetivo construir uma lista de ações ou tarefas, ou seja, um check list, mas sim

buscamos proporcionar o desenvolvimento de diálogo com o projeto proposto pelo município e a política local acerca de como vem se constituindo o mundo do trabalho na atenção básica, com caráter de formação reflexiva sobre do processo de trabalho em saúde.

Optamos pelo o desenvolvimento da Oficina de Trabalho, pois acreditamos que essa pode possibilitar “o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas, conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes, observar como as controvérsias se expressam e são resolvidas.” (PEREIRA, 2001, p. 73).

Diante do exposto, questionamos: como se constituem as ações da enfermeira na atenção básica? Por que se configuram desse determinado modo?

Para alcançarmos os objetivos propostos, propomos a seguinte **programação preliminar**:

- Apresentação dos dados sistematizados na observação do trabalho da enfermeira
- Discussão em grupos: Os dados sistematizados respondem ao: o que fazemos, para que fazemos, como fazemos, considerando as habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias à enfermeira em sua ação na Atenção Básica?
- Apresentação dos grupos em plenária
- Conferência: A construção de competência da enfermeira na Atenção Básica – possibilidades de transformação na busca do cuidado integral

Professora Convidada: Dr^a Mara Quaglio Chirelli – professora do Curso de Enfermagem da FAMEMA – Marília

A seguir apresentamos o quadro com a sistematização dos dados em ações identificadas e os desempenhos observados no trabalho dos enfermeiros na atenção básica, com foco na Saúde da Família. Os desempenhos foram observados em dois momentos distintos: em uma semana típica de trabalho em Núcleos de Saúde da Família (2007-2008) e em uma unidade básica com Saúde da Família da rede de atenção da SMS (2010). As ações encontram-se divididas para uma apresentação didática em 3 áreas de competência: gestão e organização para o cuidado, cuidado individual e cuidado coletivo.

Gestão e organização do cuidado

Ação	Desempenho
Realiza supervisão como instrumento de controle e educação	<p>Conhece sobre o trabalho de cada membro da equipe, a rotina e a dinâmica do trabalho na unidade, a condição de saúde dos trabalhadores e as restrições para o trabalho; utiliza princípios de justiça, tolerância e responsabilidade.</p> <p>Comunica-se utilizando linguagem de forma direta, concisa e clara durante conversa com os trabalhadores, possibilitando interação e participação no diálogo, explicando como a jornada de trabalho deve ser realizada, demonstrando atitude de respeito e de manejo de relações de poder.</p> <p>Realiza avaliação do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores e as alterações em seu trabalho de modo pontual e, conseqüentemente, no processo de trabalho da equipe, considerando fatores relativos à saúde do trabalhador como carga de trabalho, ambiente físico, segurança, a prática do serviço, a responsabilidade da unidade e da equipe com a assistência, de modo que o atendimento não seja interrompido, indicando respeito com os usuários.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza o trabalho em equipe na Saúde da Família	<p>Conduz discussão de casos, possibilitando espaços para que qualquer trabalhador exponha seus conhecimentos.</p> <p>Toma decisão de modo centralizado e vertical.</p> <p>Tem atitude de fazer contato com outros níveis de atenção, a fim de obter informações sobre os usuários e famílias e de trocar experiências.</p> <p>Realiza avaliação de risco e de prioridades, articula o cuidado, a fim de buscar continuidade, intersetorialidade e integralidade, através da mobilização da equipe. Reconhece como relevante o trabalho desenvolvido pelos outros membros da equipe.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza controle social no processo de gestão	<p>Conhece a função e o regulamento da Comissão Local de Saúde. Pontualmente reflete sobre os problemas identificados. Procura alternativas que possam ser negociadas com a comunidade.</p> <p>Reconhece a Comissão Local de Saúde como um espaço de reivindicação e a importância da participação dos trabalhadores neste colegiado.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza organização do trabalho para a produção do cuidado	<p>Participa de discussões junto à equipe, questiona condutas, justificando o motivo dos questionamentos.</p> <p>Indica limites do exercício profissional e demonstra atitude de preocupação com o acesso dos usuários aos serviços e com a continuidade da atenção.</p> <p>Realiza o cuidado embasando-se em protocolos de atendimentos, regionalização e a história dos usuários, considerando o vínculo com os usuários do serviço.</p> <p>Toma decisão de forma centralizada, não busca a responsabilização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, não organiza o trabalho na lógica da educação permanente em saúde.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza coordenação e planejamento do trabalho	<p>Participa da elaboração, coordenação e articulação do planejamento.</p> <p>Identifica os recursos (estrutura física, sistema de informação, localização de documentos na unidade) e os fatores (perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita) envolvidos com o plano.</p> <p>Elabora o desenvolvimento das atividades atendendo à finalidade para a ação da unidade de saúde como priorização das famílias de acordo com a classificação de risco e por agravos presentes, atenção voltada a grupos de risco, ampliação da clínica, atuação junto com outros profissionais.</p> <p>Reflete sobre a previsão de situações e possíveis alternativas para a tomada de decisão com compromisso e responsabilidade.</p> <p>Identifica problemas potenciais, desenha cenários possíveis, tentando acumular subsídios para agir no sentido de evitar intercorrências na organização do serviço e ter suporte caso essas venham a ocorrer.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Cuidado individual

Ação	Desempenho
Realiza consulta de enfermagem nos diferentes ciclos de vida	<p>Realiza uma breve coleta de dados (idade, uso de medicamentos, carteira de vacinação). Conhece a história do usuário. Busca informação com outros membros da família e no prontuário.</p> <p>Dentre as atividades de exame físico, apenas pesa e mede, apresentando habilidades para interagir com usuário e para usar linguagem acessível à compreensão. Apesar de demonstrar conhecimento sobre calendário vacinal e o uso de sulfato ferroso, não parece claro usar raciocínio crítico e clínico, não sendo investigado mais sobre possibilidades assistências.</p> <p>Tem atitude de fazer um roteiro de alimentação por escrito. Detém conhecimento técnico científico para acompanhamento de: crescimento e desenvolvimento, métodos contraceptivos, exame físico, alimentação e equipamentos disponíveis na unidade. Em alguns momentos, o exame físico realizado inclui ausculta, com avaliação clínica e detecção de problema.</p> <p>Toma decisão de passar o caso para o médico, possivelmente por encontrar limite profissional (prescrição de medicamentos). Identifica necessidade de saúde, não só do usuário como também da família, formula um problema e executa cuidado voltado ao biológico. Tem atitude de aproveitar o momento para realizar um diálogo sobre a condição da família.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Realiza avaliação com classificação de risco	<p>Realiza coleta de dados (entrevista, verificação de sinais vitais, peso e altura e observação da linguagem corporal do usuário - inspeção), identificando: sinais e sintomas, período da condição referida e medicamentos utilizados.</p> <p>Busca realizar um diagnóstico, tem atitude de realizar procedimentos (prova do laço e coleta de sangue para hematócrito) específicos para determinada patologia (dengue), de acordo com o protocolo estabelecido no município, demonstrando conhecimento e habilidade técnico-científicos. Utiliza linguagem de fácil compreensão para realizar explicações e orientações ao usuário e à acompanhante.</p> <p>Tem atitude de fazer a notificação de suspeita de doença, o que permite inferirmos que detém conhecimento sobre importância da vigilância epidemiológica. Demonstra interação com membros da equipe (médica e auxiliar de enfermagem) para condução do caso. Apresenta preocupação com a condição da família para dar os encaminhamentos ao caso. Realiza a anotação de enfermagem, utilizando linguagem técnica.</p> <p>Aproveita o momento para pesquisar outras morbidades presentes e para observar a frequência do usuário na unidade.</p> <p>Demonstra habilidade para chamar a atenção acerca das faltas nas consultas agendadas, destacando a importância do comparecimento no seguimento.</p>
--	--

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

<p>Realiza visita domiciliar como estratégia para o cuidado</p>	<p>Demonstra conhecimento sobre: serviços (dispensação de medicamentos), recursos humanos (assistente social), medicamentos disponíveis na rede de saúde, recursos disponíveis na unidade (notificação), princípios éticos (negligência), história da usuária e família e o contexto socioeconômico.</p> <p>Tem atitude de buscar dados nas receitas médicas.</p> <p>Tem habilidade para realizar uma avaliação ampliada, abordando o aspecto socioeconômico da família, e para propor trabalho conjunto com outros membros da equipe.</p> <p>Demonstra conhecimento sobre os limites profissionais, materiais necessários para realização do procedimento (como por exemplo, retirada de pontos), função de cada material, ferramentas para avaliação clínica e farmacologia.</p> <p>Tem atitude de chamar o médico da família para passar e discutir o caso.</p> <p>Planeja a atividade, ao organizar materiais para realizar visita domiciliar.</p> <p>Realiza inspeção (parte do exame físico) e procedimentos (exemplo: verifica a pressão arterial, faz glicemia).</p> <p>Coleta dados de forma dinâmica sobre: medicamentos em uso, hipertensão. Investiga risco (ta sentindo dor de cabeça?). Coleta dados com usuário e outra pessoa da família.</p> <p>Observa o ambiente e identifica os medicamentos em uso pelo usuário.</p> <p>Faz supervisão da auxiliar de enfermagem.</p> <p>Identifica necessidade de material (lanterna) na maleta de visita domiciliar.</p> <p>Detém habilidade de comunicação, utiliza linguagem de fácil compreensão, para realização e orientação de aspectos técnicos científicos para estabelecer condições para realização do cuidado pela usuária.</p>
---	---

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Cuidado coletivo

Ação	Desempenho
Realiza monitoramento e avaliação de vacina / reação adversa à vacina	<p>Coleta de dados: com a mãe da criança, no sistema de informação do município. Transmite informação.</p> <p>Observa/Inspecciona o local da reação vacinal para fazer avaliação do local. Formula um problema (não tem acesso ao lote da vacina).</p> <p>Tem atitude de: fazer contato com a Vigilância epidemiológica da área pra passar o caso e saber conduta tomada, agendar retorno na unidade para acompanhamento, deixar registrado no prontuário.</p> <p>Orienta a mãe da criança a ir à sala de vacina da unidade de referência e explica o processo, utilizando linguagem de fácil compreensão.</p> <p>Detém conhecimento sobre: calendário vacinal, reação vacinal, administração da vacina (técnica, via, diluição), documentos necessários para notificação, o fluxo entre os serviços, a rede de serviços (vigilância epidemiológica), o sistema de informação disponível no município, a história da criança e da família.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza atendimento para grupos educativos com indivíduos vulneráveis	<p>Coleta dados sobre: participação em grupos anteriores, disponibilidade de horário, uso de medicamentos, bebidas alcoólicas. Explica a finalidade e o funcionamento do grupo. Detém conhecimento sobre alimentação e nutrição. Tem habilidade para questionar usuário sobre expectativa de participar do grupo; para sugerir modo de controle de peso; explicitar aspecto positivo da atitude da usuária.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza ações de vigilância epidemiológica	<p>Detém conhecimento sobre doenças contagiosas (tuberculose, escabiose), dados epidemiológicos da doença na área, história da família. Faz avaliação de risco de contágio. Orienta paciente e equipe.</p>

APÊNDICE F – Material Sistematizado no roteiro da Oficina de Trabalho

Gestão e organização do cuidado

Ação	Desempenho
Realiza supervisão como instrumento de controle e educação	<p>Conhece sobre o trabalho de cada membro da equipe, a rotina e a dinâmica do trabalho na unidade, a condição de saúde dos trabalhadores e as restrições para o trabalho; utiliza princípios de justiça, tolerância e responsabilidade.</p> <p>Comunica-se utilizando linguagem de forma direta, concisa e clara durante conversa com os trabalhadores, possibilitando interação e participação no diálogo, explicando como a jornada de trabalho deve ser realizada, demonstrando atitude de respeito e de manejo de relações de poder.</p> <p>Realiza avaliação do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores e as alterações em seu trabalho de modo pontual e, consequentemente, no processo de trabalho da equipe, considerando fatores relativos à saúde do trabalhador como carga de trabalho, ambiente físico, segurança, a prática do serviço, a responsabilidade da unidade e da equipe com a assistência, de modo que o atendimento não seja interrompido, indicando respeito com os usuários.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza o trabalho em equipe na Saúde da Família	<p>Conduz discussão de casos, possibilitando espaços para que qualquer trabalhador exponha seus conhecimentos.</p> <p>Toma decisão de modo centralizado e vertical.</p> <p>Tem atitude de fazer contato com outros níveis de atenção, a fim de obter informações sobre os usuários e famílias e de trocar experiências.</p> <p>Realiza avaliação de risco e de prioridades, articula o cuidado, a fim de buscar continuidade, intersetorialidade e integralidade, através da mobilização da equipe. Reconhece como relevante o trabalho desenvolvido pelos outros membros da equipe.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza controle social no processo de gestão	<p>Conhece a função e o regulamento da Comissão Local de Saúde. Pontualmente reflete sobre os problemas identificados. Procura alternativas que possam ser negociadas com a comunidade.</p> <p>Reconhece a Comissão Local de Saúde como um espaço de reivindicação e a importância da participação dos trabalhadores neste colegiado.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza organização do trabalho para a produção do cuidado	<p>Participa de discussões junto à equipe, questiona condutas, justificando o motivo dos questionamentos.</p> <p>Indica limites do exercício profissional e demonstra atitude de preocupação com o acesso dos usuários aos serviços e com a continuidade da atenção.</p> <p>Realiza o cuidado embasando-se em protocolos de atendimentos, regionalização e a história dos usuários, considerando o vínculo com os usuários do serviço.</p> <p>Toma decisão de forma centralizada, não busca a responsabilização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, não organiza o trabalho na lógica da educação permanente em saúde.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza coordenação e planejamento do trabalho	<p>Participa da elaboração, coordenação e articulação do planejamento.</p> <p>Identifica os recursos (estrutura física, sistema de informação, localização de documentos na unidade) e os fatores (perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita) envolvidos com o plano.</p> <p>Elabora o desenvolvimento das atividades atendendo à finalidade para a ação da unidade de saúde como priorização das famílias de acordo com a classificação de risco e por agravos presentes, atenção voltada a grupos de risco, ampliação da clínica, atuação junto com outros profissionais.</p> <p>Reflete sobre a previsão de situações e possíveis alternativas para a tomada de decisão com compromisso e responsabilidade.</p> <p>Identifica problemas potenciais, desenha cenários possíveis, tentando acumular subsídios para agir no sentido de evitar intercorrências na organização do serviço e ter suporte caso essas venham a ocorrer.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Cuidado individual

Ação	Desempenho
Realiza consulta de enfermagem nos diferentes ciclos de vida	<p>Realiza uma breve coleta de dados (idade, uso de medicamentos, carteira de vacinação). Conhece a história do usuário. Busca informação com outros membros da família e no prontuário.</p> <p>Dentre as atividades de exame físico, apenas pesa e mede, apresentando habilidades para interagir com usuário e para usar linguagem acessível à compreensão. Apesar de demonstrar conhecimento sobre calendário vacinal e o uso de sulfato ferroso, não parece claro usar raciocínio crítico e clínico, não sendo investigado mais sobre possibilidades assistências.</p> <p>Tem atitude de fazer um roteiro de alimentação por escrito. Detém conhecimento técnico científico para acompanhamento de: crescimento e desenvolvimento, métodos contraceptivos, exame físico, alimentação e equipamentos disponíveis na unidade. Em alguns momentos, o exame físico realizado inclui ausculta, com avaliação clínica e detecção de problema.</p> <p>Toma decisão de passar o caso para o médico, possivelmente por encontrar limite profissional (prescrição de medicamentos). Identifica necessidade de saúde, não só do usuário como também da família, formula um problema e executa cuidado voltado ao biológico. Tem atitude de aproveitar o momento para realizar um diálogo sobre a condição da família.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Realiza avaliação com classificação de risco	<p>Realiza coleta de dados (entrevista, verificação de sinais vitais, peso e altura e observação da linguagem corporal do usuário - inspeção), identificando: sinais e sintomas, período da condição referida e medicamentos utilizados.</p> <p>Busca realizar um diagnóstico, tem atitude de realizar procedimentos (prova do laço e coleta de sangue para hematócrito) específicos para determinada patologia (dengue), de acordo com o protocolo estabelecido no município, demonstrando conhecimento e habilidade técnico-científicos. Utiliza linguagem de fácil compreensão para realizar explicações e orientações ao usuário e à acompanhante.</p> <p>Tem atitude de fazer a notificação de suspeita de doença, o que permite inferirmos que detém conhecimento sobre importância da vigilância epidemiológica. Demonstra interação com membros da equipe (médica e auxiliar de enfermagem) para condução do caso. Apresenta preocupação com a condição da família para dar os encaminhamentos ao caso. Realiza a anotação de enfermagem, utilizando linguagem técnica.</p> <p>Aproveita o momento para pesquisar outras morbidades presentes e para observar a frequência do usuário na unidade.</p> <p>Demonstra habilidade para chamar a atenção acerca das faltas nas consultas agendadas, destacando a importância do comparecimento no seguimento.</p>
--	--

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

<p>Realiza visita domiciliar como estratégia para o cuidado</p>	<p>Demonstra conhecimento sobre: serviços (dispensação de medicamentos), recursos humanos (assistente social), medicamentos disponíveis na rede de saúde, recursos disponíveis na unidade (notificação), princípios éticos (negligência), história da usuária e família e o contexto socioeconômico.</p> <p>Tem atitude de buscar dados nas receitas médicas.</p> <p>Tem habilidade para realizar uma avaliação ampliada, abordando o aspecto socioeconômico da família, e para propor trabalho conjunto com outros membros da equipe.</p> <p>Demonstra conhecimento sobre os limites profissionais, materiais necessários para realização do procedimento (como por exemplo, retirada de pontos), função de cada material, ferramentas para avaliação clínica e farmacologia.</p> <p>Tem atitude de chamar o médico da família para passar e discutir o caso.</p> <p>Planeja a atividade, ao organizar materiais para realizar visita domiciliar.</p> <p>Realiza inspeção (parte do exame físico) e procedimentos (exemplo: verifica a pressão arterial, faz glicemia).</p> <p>Coleta dados de forma dinâmica sobre: medicamentos em uso, hipertensão. Investiga risco (ta sentindo dor de cabeça?). Coleta dados com usuário e outra pessoa da família.</p> <p>Observa o ambiente e identifica os medicamentos em uso pelo usuário.</p> <p>Faz supervisão da auxiliar de enfermagem.</p> <p>Identifica necessidade de material (lanterna) na maleta de visita domiciliar.</p> <p>Detém habilidade de comunicação, utiliza linguagem de fácil compreensão, para realização e orientação de aspectos técnicos científicos para estabelecer condições para realização do cuidado pela usuária.</p>
---	---

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Cuidado coletivo

Ação	Desempenho
Realiza monitoramento e avaliação de vacina / reação adversa à vacina	<p>Coleta de dados: com a mãe da criança, no sistema de informação do município. Transmite informação.</p> <p>Observa/Inspecciona o local da reação vacinal para fazer avaliação do local. Formula um problema (não tem acesso ao lote da vacina).</p> <p>Tem atitude de: fazer contato com a Vigilância epidemiológica da área pra passar o caso e saber conduta tomada, agendar retorno na unidade para acompanhamento, deixar registrado no prontuário.</p> <p>Orienta a mãe da criança a ir à sala de vacina da unidade de referência e explica o processo, utilizando linguagem de fácil compreensão.</p> <p>Detém conhecimento sobre: calendário vacinal, reação vacinal, administração da vacina (técnica, via, diluição), documentos necessários para notificação, o fluxo entre os serviços, a rede de serviços (vigilância epidemiológica), o sistema de informação disponível no município, a história da criança e da família.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza atendimento para grupos educativos com indivíduos vulneráveis	<p>Coleta dados sobre: participação em grupos anteriores, disponibilidade de horário, uso de medicamentos, bebidas alcoólicas. Explica a finalidade e o funcionamento do grupo. Detém conhecimento sobre alimentação e nutrição. Tem habilidade para questionar usuário sobre expectativa de participar do grupo; para sugerir modo de controle de peso; explicitar aspecto positivo da atitude da usuária.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

Ação	Desempenho
Realiza ações de vigilância epidemiológica	<p>Detém conhecimento sobre doenças contagiosas (tuberculose, escabiose), dados epidemiológicos da doença na área, história da família. Faz avaliação de risco de contágio. Orienta paciente e equipe.</p>

Há algum outro aspecto que você acrescentaria no desempenho? Por quê?

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética Em Pesquisa

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 221/2008

Ribeirão Preto, 18 de setembro de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 109ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de setembro de 2008.

Protocolo: n° 0959/2008

Projeto: OS DESEMPENHOS DA ENFERMEIRA NA SAÚDE DA FAMÍLIA - A CONSTRUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NO PROCESSO DE TRABALHO.

Pesquisadores: Silvana Martins Mishima
Lauren Suemi Kawata

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Silvana Martins Mishima

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética Em Pesquisa

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP. 14040-902
Fone: 55 16 3602 3382 - 55 16 3602 3381 - Fax: 55 16 3602 0618
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 111/2011

Ribeirão Preto, 28 de abril de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 28 de abril de 2011.

Protocolo: nº 0959/2008

Projeto: Os desempenhos da enfermeira na saúde da família - a construção das competências no processo de trabalho.

Pesquisador: Silvana Martins Mishima
Lauren Suemi Kawata

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dr.ª. Silvana Martins Mishima
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP