



ISABELA BARBOZA DA SILVA TAVARES AMARAL

**A Consulta do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família na cidade do
Rio de Janeiro: um recorte da prática em quatro Unidades de Atenção
Básica**

NITERÓI

2015

ISABELA BARBOZA DA SILVA TAVARES AMARAL

**A CONSULTA DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
CIDADE DO RIO DE JANEIRO: UM RECORTE DA PRÁTICA EM QUATRO
UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS) da Universidade Federal Fluminense, como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde. Linha de pesquisa: Cuidados coletivos em enfermagem e saúde nos seus processos educativos e de gestão.

ORIENTADORA: ANA LÚCIA ABRAHÃO

NITERÓI

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

A 485 Amaral, Isabela Barboza da Silva Tavares.
A consulta do enfermeiro na estratégia de saúde da família na cidade do Rio de Janeiro: um recorte da prática em quatro unidades de atenção básica. / Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral. – Niterói: [s.n.], 2015.
102 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2015.

Orientador: Prof^a. Ana Lucia Abrahão.

1. Enfermagem. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Atenção Primária à saúde. 4. Processos de Enfermagem. 5. Políticas Públicas de Saúde. I. Título.

CDD 610.73

ISABELA BARBOZA DA SILVA TAVARES AMARAL

**A CONSULTA DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
CIDADE DO RIO DE JANEIRO: UM RECORTE DA PRÁTICA EM QUATRO
UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS) da Universidade Federal Fluminense, como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde. Linha de pesquisa: Cuidados coletivos em enfermagem e saúde nos seus processos educativos e de gestão.

Aprovada em 13 de agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Ana Lúcia Abrahão

Orientadora

Profª Drª Elisabete Pimenta Araújo Paes

Profª Drª Marilda Andrade

NITERÓI

2015

DEDICATÓRIA

À Simone e Declair Tavares: pais presentes em todo o tempo.

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar pela a possibilidade de dar mais um passo na minha trajetória profissional e o fôlego para manter em andamento outras realizações profissionais durante esse período.

Aos meus pais, Simone e Declair pela força e exemplo de dedicação. Aos meus irmãos Júlio César e Ana Clara pelo companheirismo incondicional. Ao meu marido Rodrigo, por todo o apoio nos dias de cansaço, pela compreensão nos momentos de estresse, por sempre me fazer sorrir nos dias mais difíceis, pelo carinho e amor demonstrado todos os dias, sem exceção.

A minha orientadora Ana Abrahão, pelos ensinamentos que me acompanham desde as aulas da graduação, cujas ideias contribuíram para meu “ser enfermeira”, inspiraram a construção de mais um sonho na minha vida profissional, possibilitando a conquista de mais essa etapa da carreira acadêmica.

As Professoras, que contribuíram com outras partes do meu “ser enfermeira”: Marilda Andrade, Dalvani Marques, Donizete Vago, Amanda Ornellas, Rose Rosa, Elisabete Pimenta, Sheila Guadagnini e que em momentos mais recentes ou mais distantes da minha história acadêmica, fizeram parte de alguma forma dessa história.

A todos os Enfermeiros da Estratégia de saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro que cruzaram meu caminho de alguma maneira, e que tiveram direta ou indiretamente, anterior ou recentemente uma parcela de “culpa” em todo o meu aprendizado na rede, minhas inquietações, reflexões e no alcance dos meus objetivos profissionais.

A toda a equipe da Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello, em especial a minha equipe Catumbi, pelas experiências compartilhadas, pelo apoio e parceria todos esses anos.

EPÍGRAFE

“Tudo tem o seu tempo determinado; e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Tempo de nascer e tempo de morrer, tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou,

tempo de matar e tempo de curar, tempo de derrubar e tempo de construir, tempo de chorar e tempo de rir, tempo de prantear e tempo de dançar,

tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntá-las, tempo de abraçar e tempo de se conter,

tempo de procurar e tempo de desistir, tempo de guardar e tempo de lançar fora,

tempo de rasgar e tempo de costurar, tempo de calar e tempo de falar,

tempo de amar e tempo de odiar, tempo de lutar e tempo de viver em paz.

O que ganha o trabalhador com todo o seu esforço? [...]

Deus fez tudo apropriado a seu tempo. Também pôs no coração do homem o anseio pela eternidade; mesmo assim este não consegue compreender inteiramente o que Deus fez. Descobri que não há nada melhor para o homem do que ser feliz e praticar o bem enquanto vive.”

(Eclesiastes 3: 1-12)

RESUMO

O objetivo geral do presente estudo é analisar a consulta do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família em uma determinada área da cidade do Rio de Janeiro, tendo como objetivos específicos: caracterizar o processo de trabalho do Enfermeiro durante a consulta de Enfermagem e descrever as ferramentas envolvidas nesse processo de trabalho. Configura-se em uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa que tem por campo de pesquisa quatro unidades de atenção básica que trabalham com a Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. As técnicas de produção de dados utilizadas foram a observação simples e a entrevista focalizada. O período de coleta de dados foram os meses de abril e maio de 2015. Cada Enfermeiro foi observado por um turno de consultas, e as entrevistas foram aplicadas no mesmo turno. Os dados foram avaliados através da técnica Hermenêutico-dialética. A consulta do enfermeiro se caracterizou como meio de construção de um cuidado que abrange família, território e indivíduo, porém, não modificam de forma criativa os modos de abordagem do indivíduo, pois mantém uma reprodução de modelos verticais de atenção à saúde. Apesar de haver explicações das orientações realizadas nos consultórios elas ainda são em algum nível, impositivas e refletem talvez um pouco da herança militar da história da Enfermagem com a presença das falas: “Não pode”, “Tem que fazer.” Verificou-se que presença do vínculo entre usuário e profissional contribui para uma abordagem diferenciada nas consultas, pois o conhecimento do usuário a quem o cuidado é destinado pode direcionar a personalização do plano de cuidados, entretanto, a qualidade da consulta é prejudicada devido ao número de interrupções que acontecem de forma bastante naturalizada, por usuários e por outros profissionais, na maioria das vezes, com vistas ao atendimento de demandas espontâneas, culminando na sobreposição dos atendimentos e na simultaneidade de ações. Questiona-se a legitimidade desse espaço da consulta do enfermeiro, enquanto gerador de um cuidado efetivo, e potencial agente de mudança do modelo assistencial, pois há reprodução de modelo centrado na figura do médico enquanto detentor da clínica. Além disso, o imediatismo enquanto paradigma social do mundo contemporâneo configura o principal pano de fundo onde a estratégia saúde da família acontece de forma viva em ato nas unidades pesquisadas. Porém, em alguns momentos o caráter vivo se sobrepõe à protocolização do atendimento, e neles, consegue-se perceber o acontecimento de encontros “vivos”, onde saberes são compartilhados e o indivíduo é posto enquanto centro do plano de cuidados. Conclui-se que é preciso refletir sobre o modo como o enfermeiro tem se permitido deixar ser conduzido em seu processo de trabalho no consultório; por uma “ditadura da modernidade” imediatista, normalizadora, e que castra do enfermeiro e do usuário, a possibilidade de produção de vida nos seus encontros. Reafirma-se que a sobreposição de atendimentos traz graves prejuízos a qualidade do atendimento prestado ao usuário no consultório, e deslegitima o trabalho do enfermeiro.

Descritores: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à saúde, Processos de Enfermagem, Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

The overall objective of this study is to analyzing the nurse's consultation at the Family Health Strategy in a particular area of the city of Rio de Janeiro, having as main objectives: characterizing the working process of the nurse during the Nursing consultation and describing the tools involved in this work process. Set in a descriptive research of a qualitative approach whose field are four primary health care units that work with the Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro. The data production techniques used were simple observation and focused interview. The data collection periods were the months of April and May 2015. Each nurse was observed by a round of consultations; and the interviews were applied in the same shift. Data were evaluated by Hermeneutic-dialectical technique. The consultation of the nurse was characterized as a means of care that covers family planning and individual; however, does not change creatively the approach modes of the individual, because it keeps a reproduction of vertical models of health care. Although there are explanations about the instructions given in the offices they still are at some level, impositive and reflect perhaps a bit of military heritage of the history of nursing in the presence of the speeches: "It cannot"; "It has to do". It was found that presence of the link between user and professional contributes to a differentiated approach in the consultations because the knowledge of the user to whom the care is intended can direct the personalization of care plan; however, quality of consultation is impaired due to the number of interruptions that happen quite naturalized way, by users and by other professionals, in most cases, in view to meet spontaneous demands, culminating in the overlap of attendances and simultaneous actions. It questions the legitimacy of this nurse's consultation space while generating an effective care, and potential health care change agent of the model of assistance, because there is a model centered on the figure of the doctor as an owner of the clinic. In addition, the immediacy as a social paradigm of the contemporary world sets the main backdrop where the family health strategy happens vividly in action in the surveyed units. However, in some moments, the living character overlaps the protocol of attention, and in them, it can be seen the dating "alive" events, where knowledge is shared and is set the individual's position as a center of the care plan. In conclusion, it must reflect about how the nurse has been allowed to leave be conducted in his work process in the office; by a "dictatorship of modernity" immediacy, normalizing, and which castrates of the nurse and the user the possibility of life production in their meetings. It reaffirms that the overlapping appointments poses danger to the quality of care provided to the user in the office, and delegitimize the work of the nurse.

Descriptors: Family Health Strategy; Primary Health Care; Nursing Process; Health Public Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----|-------------------------------|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AB | Atenção Básica |
| BM | Banco Mundial |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CMS | Centro Municipal de Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO**, p. 13
 - 1.1- PROBLEMATIZAÇÃO E ESTADO DA ARTE, p. 13
 - 1.2- IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA, p. 17
 - 1.3- JUSTIFICATIVAS, OBJETIVOS, QUESTÕES NORTEADORAS E CONTRIBUIÇÕES, p. 20
2. **PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)**, p.21
 - 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE- A PANACÉIA DA POLÍTICA SOCIAL DO SÉC. XX E A QUESTÃO DO BANCO MUNDIAL, p. 21
 - 2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA- “UM CASO DA APS COM O BRASIL.” p. 26
3. **REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL**, p. 28
 - 3.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, p. 29
 - 3.2 O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM, p. 35
4. **MÉTODOS E TÉCNICAS PARA INVESTIGAÇÃO**, p. 39
 - 4.1 A PRODUÇÃO DE DADOS E A VISÃO MARXISTA, p. 42
 - 4.2 ASPECTOS ÉTICOS, p. 45
5. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**, p. 45
 - 5.1 CARACTERIZAÇÃO E FERRAMENTAS DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO, p. 47
 - 5.1.1 Caráter de aproximação com a Integralidade, p. 49
 - 5.1.2 Caráter educativo- prescritivo, p. 51
 - 5.1.3 Caráter personalizado, p. 54
 - 5.1.4 Caráter múltiplo- simultâneo, p. 57
 - 5.1.5 Caráter fragmentado, p. 59
 - 5.1.6 Caráter vivo, p. 61
 - 5.1.7 Potenciais e limitantes da consulta do Enfermeiro, p. 64
 - 5.2 ANÁLISE DA CONSULTA DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, SOB O FOCO DE SUA LEGITIMIDADE ENQUANTO ESPAÇO DE CUIDADO, p. 68



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS, p. 73

7 REFERÊNCIAS, p. 75

8 APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA, p. 84

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, p. 85

APÊNDICE C- FLUXO DE ANÁLISE DOS DADOS, p. 88

APÊNDICE D- QUADRO DE UNIDADES DE ANÁLISE E DADOS BRUTOS, p. 89

1. INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E ESTADO DA ARTE

As Políticas de Saúde no Brasil vem avançando nas últimas décadas, com vistas ao alcance da consecução das propostas do Sistema Único de Saúde. Dentre estes avanços está o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que visa romper com o modelo assistencial vigente, reorganizar o processo de trabalho na Atenção Básica, atuando com o máximo de resolutividade e ordenando a rede de atenção a saúde de modo regionalizado, coerente com as reais necessidades do seu território, além de permitir melhor relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p.54).

Como opção política, a Estratégia de Saúde da Família vem sendo alvo de muitos fomentos do Ministério da Saúde para facilitação de seu processo de implantação no território nacional.

Dentre as suas propostas de ação, o Enfermeiro é caracterizado por um papel multifacetado dentro da equipe, no processo de cuidado. Conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica, este profissional tem atribuições que vão desde a assistência direta ao indivíduo até o gerenciamento dos insumos necessários ao funcionamento da unidade. Embora o diagnóstico e tratamento façam parte da assistência integral à saúde que deve ser prestada por este profissional, também faz parte do bojo de suas ações, assim preconizadas pelo Ministério da Saúde; a proteção e promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006, p. 42).

Atuar como generalista significa necessariamente atender as demandas do serviço de saúde (ASSIS et al 2011, p 40), e isso se reflete para os profissionais, na geração de uma gama maior de conhecimentos necessários a prática do cuidado, pois envolve indivíduos em toda a faixa etária e em qualquer situação de saúde, e nos usuários, que, muitas vezes estranham a ideia de um mesmo profissional oferecer atenção ao seu filho, proceder a coleta do material citopatológico cervico-uterino e acompanhar a hipertensão do seu pai, por exemplo.

Entende-se que esse fato é produto histórico e culturalmente construído, fruto da hegemonia do Modelo biomédico de assistência à saúde, que define a saúde como ausência de doença, fragmenta o indivíduo para compreender a patologia, e é isento do olhar para outros aspectos do sujeito que não seja o corpo biológico.

Assis et al (2011, p 41) apontam em um estudo realizado em 2010, que a baixa cobertura de Puericultura nas regiões Nordeste e Sul do Brasil pode ter decorrido do fato das mães preferirem cuidados especializados para seus filhos, justificando que os profissionais da ESF, por serem submetidos a uma grande variedade de demandas da população, estariam menos aptos para as específicas necessidades da criança. Isso também pode ser confirmado com o estudo de Gautério (2012, p 511) que constatou que um percentual de 9% das mães entrevistadas em sua pesquisa reflete o número de pedidos para que as crianças fossem encaminhadas ao pediatra, o que aponta para a permanência da hegemonia do modelo de atenção tradicional, centrado na figura do médico, mais especificamente a figura do especialista, e muitas vezes ficam inseguras com a consulta do enfermeiro.

A Consulta do Enfermeiro, um dos instrumentos empregados por este profissional na ESF, caracteriza-se como “uma atividade independente, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa” (MACHADO et al, 2005, p 724). Ou seja, muito além do conhecimento científico aplicado, a participação do indivíduo, família ou comunidade, foco do cuidado, é de substancial importância para construção e efetivação de um plano de cuidados de Enfermagem. Segundo o parágrafo 2 do Artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem de número 358/2009, o chamado Processo de saúde de Enfermagem, ou simplesmente Processo de Enfermagem, corresponde à própria consulta de enfermagem, quando este processo é realizado em uma unidade ambulatorial de saúde, ou outros ambientes como domicílios, escolas entre outros. Esta Resolução organiza o Processo de Enfermagem em cinco etapas, aplicadas, portanto também à organização sistemática de como deve ser a consulta de Enfermagem. As etapas são compostas da seguinte forma:

- 1ª- Coleta de dados (Histórico de Enfermagem)
- 2ª- Diagnóstico de Enfermagem
- 3ª- Planejamento de Enfermagem
- 4ª- Implementação
- 5ª – Avaliação de Enfermagem

O histórico precisa ser colhido de modo a obtermos dados das necessidades humanas básicas e das respostas adaptativas do indivíduo às variadas situações. Quando pensamos em diagnósticos e prescrições de Enfermagem nos remetemos aos campos pertencentes ao saber da enfermagem. O diagnóstico de enfermagem para Horta (1969 p 57) parte da identificação dos problemas de enfermagem, que a partir de uma análise, nos leva a identificar as

necessidades de saúde do indivíduo, bem como seu grau de dependência da enfermagem para atendê-las. Para Santos et al (2008, p.143) um Diagnóstico de Enfermagem consiste em um julgamento clínico sobre a resposta do indivíduo, família ou comunidade aos seus potenciais ou reais problemas de saúde. Nesse caso, o papel do Enfermeiro é essencialmente intervir sobre esses problemas, visando à melhora das condições de saúde do indivíduo, família ou comunidade. Para tanto as prescrições, são planejadas na terceira etapa do processo, e em conjunto com o cliente atendido. A implementação é a execução do que foi construído na terceira etapa, e a avaliação é um processo contínuo de verificação se os resultados esperados durante a etapa de planejamento foram de fato alcançados.

A importância da definição e entendimento desse processo, e principalmente dos diagnósticos de Enfermagem por ambas as partes (o Enfermeiro e o cliente alvo do cuidado), é o que de fato norteia de modo diferencial a consulta do enfermeiro das consultas realizadas por outras categorias profissionais. Nesse sentido, Santos et al (2008, p. 143) esclarecem de modo simples e objetivo que:

O reconhecimento profissional dos diagnósticos de enfermagem ocorreu em 1980, quando a *American Nursing Association* (ANA) publicou *Nursing: A Social PolicyStatement*, que afirmava que a enfermagem é o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde potenciais ou reais.

Ou seja, o olhar do Enfermeiro deve ir além da doença em curso, e da medicalização. Nesse sentido o art. 11 da lei 7498/86 (BRASIL, 1986), que regularizou a consulta de Enfermagem e a estabeleceu como atividade privativa do Enfermeiro, encontramos como uma das atividades que cabe ao Enfermeiro como parte da equipe de saúde, prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Percebemos, ainda, que a própria Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) cita a consulta de Enfermagem destacada das ações de promoção e prevenção da saúde. Nesse documento, a referência à consulta de enfermagem é feita juntamente com a prescrição medicamentosa, o uso de protocolos ou outras normativas técnicas pré-estabelecidas e solicitação de exames complementares.

Essas atribuições, embora necessárias para comporem o cenário do cuidado à saúde na Estratégia, deixam dúvidas quanto ao real foco da consulta do enfermeiro no processo de trabalho nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2012 p 46), pois afinal, ao se refletir sobre os Cadernos de Atenção Básica- documentos do Ministério da Saúde que protocolam as ações

no âmbito da Atenção Básica- percebe-se que são os mesmos para médicos e enfermeiros e direcionam, em sua quase totalidade, as consultas a seguirem um modelo queixa-conduta bem definido reduzindo a tão grande complexidade dos problemas de saúde como eles de fato se apresentam na prática. E fazendo com que as consultas de enfermagem e o próprio sujeito atendido, sejam “enquadrados” dentro de algum programa de saúde que definirá através de protocolos, as condutas e ações a serem realizadas. Contribuindo para a sustentação dessa questão, uma análise das publicações referentes à temática consulta de enfermagem em saúde da família concluiu que todos os estudos abordaram a consulta de Enfermagem vinculada a programas ministeriais (CAIXETA, 2009).

Estudos apontam que o maior tempo de trabalho do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família é destinado às ações de gerenciamento e assistência, em detrimento de ações de promoção à saúde e prevenção de doença (BARROS E CHIESA 2007, p 795). Podemos dizer que essa ação de assistência basicamente se traduz nos momentos de consultas de Enfermagem, atividade essas que, atualmente, tendem a ser baseada no cumprimento de protocolos correspondentes aos programas de assistência à saúde.

Assis et. al (2011, p 40) apontam ainda o caráter distinto dessas múltiplas ações e o resultado dessa realidade de trabalho na saúde do profissional Enfermeiro:

[...] o profissional de enfermagem é submetido a uma realidade de trabalho que exige dele intervenções distintas de acordo com as diferentes situações apresentadas. Tais situações caracterizam-se como fonte de desgaste cognitivo, físico e psíquico, pois no cotidiano do trabalho existe uma sobrecarga de atendimentos às necessidades singulares dos usuários do serviço. [...] Acrescente-se a isso, o fato de que, além da sobrecarga oriunda das demandas assistenciais, a enfermeira é a responsável pela organização e funcionamento das atividades de caráter administrativo [...]

A PNAB reflete em teoria, e os estudos em prática essa multiplicidade de funções que tanto desgastam como comprometem muitas vezes a qualidade do trabalho do Enfermeiro.

Dentre as atribuições do Enfermeiro encontramos para além da assistência generalista: planejamento, gerenciamento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos ACS, gerenciamento de insumos para o funcionamento da unidade e realização atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e de outros membros da equipe.

Essa multiplicidade de funções, de algum modo, certamente afeta a qualidade do atendimento prestado durante as consultas de Enfermagem. Sobre outros fatores que tendem a interferir nesse processo, Oliveira et al (2012, p. 157) apontam que a grande demanda por atendimento nas Unidades Básicas de Saúde é considerada uma das maiores dificuldades para

a execução das consultas do Enfermeiro. Outros fatores intervenientes também apontados por seu estudo são: a falta de agendamento das consultas e a questão do espaço físico para a realização das mesmas.

A questão da importância da comunicação seja ela verbal ou não verbal, mas uma comunicação de fato efetiva permeia os estudos que perpassam os temas relacionados à consulta de Enfermagem. O agir-comunicativo proposto por Habermas é trabalhado no estudo de Machado et al (2005, p. 723) onde, os autores defendem que o enfermeiro, em muitas situações, acaba por assumir uma visão mecanicista, compreendendo o indivíduo partindo de uma abordagem biológica, sem levar em consideração as dimensões psicológicas, históricas e culturais. Este fato aponta para um foco biomédico na abordagem do sujeito na consulta do enfermeiro, o que não faz muito sentido quando pensamos na Estratégia Saúde da Família, enquanto instrumento de quebra desse paradigma do modelo biomédico de atenção.

Essa teoria de Habermas difere a ação do comportamento, sendo este um fato da natureza, e uma ação sendo direcionada essencialmente por uma intencionalidade. Sendo assim, um agir comunicativo seria um comportamento intencionalmente pensado para estabelecimento de uma comunicação efetiva. No caso da saúde, uma comunicação capaz de viabilizar um processo de cuidado eficaz, onde, através dessa comunicação, chega-se ao consenso sobre a construção de um processo de cuidado que envolva o processos de cuidado do usuário e as propostas de cuidado do profissional.

1.2 IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA

Cabe aqui ressaltar alguns aspectos importantes de construção do meu caminho acadêmico e profissional, que por não ser um conjunto de compartimentos estanques, estão constantemente dispostos enquanto pontos que atravessam a configuração da presente pesquisa.

Escolhi fazer saúde da família, desde o quarto período da faculdade, onde fui apresentada a disciplina de Introdução à Saúde Coletiva, embora a incerteza de conseguir trabalhar na área pela qual me apaixonara fosse algo presente, nunca tive dúvidas de que a Atenção Básica era o lugar onde eu queria estar. O estágio nos postos de saúde do município de Itaboraí “ascendia a Enfermeira de saúde da família” que já existia em mim, me instigava ao conhecimento e a crítica. Tinha vontade de voltar aos postos e ser parte daquele tipo de trabalho, mesmo quando não era dia de estágio. Essa impulsão era tão forte, que durante as férias, procurei um posto de saúde próximo a minha casa, para conhecer as enfermeiras, me

apresentar como acadêmica, e obter a permissão delas para acompanhá-las, e isso fiz durante os meses de férias. Bem diferente desse cenário, eram os turnos passados no Hospital Universitário Antônio Pedro, onde me sentia uma turista, tentando se sentir confortável num lugar desconhecido todos os dias, por mais familiar que me fosse aquele prédio.

Portanto, tentei traçar todo o meu percurso acadêmico em caminhos que me levariam a conquistar meu objetivo. O percurso mais decisivo nessa etapa foi o concurso de acadêmico bolsista da prefeitura do Rio de Janeiro, onde o período passado na Coordenação da Estratégia Saúde da Família, na Secretaria Municipal de Saúde, me fez mergulhar no universo da Atenção Básica dessa cidade. Estagiei por dez meses no período de maior investimento na AB que o Rio de Janeiro já havia vivenciado, através da expansão da Estratégia Saúde da Família, e da inauguração das Clínicas de Família.

Nesse período acompanhava a equipe da coordenação em reuniões que desenhavam aos poucos a concretização de um modelo de atenção à saúde, cujas propostas me pareciam cada vez mais encantadoras. Acompanhei reuniões de desenho do curso Introdutório a ser feito com todos os profissionais que ingressariam para trabalhar na ESF do município; reuniões de desenho de implantação dos Colegiados de gestão participativa; reuniões de desenho da Estratégia saúde da família para moradores de rua, de projetos de educação popular, dentre outras reuniões onde a equipe da coordenação prontamente me abria portas para estar presente.

Logo encerrado o curso de graduação um processo seletivo para uma nova Clínica da Família a ser inaugurada no Catumbi, local que até então eu particularmente desconhecia, me abriu o caminho que eu tanto esperava seguir, e fui ser parte da ESF do município do Rio de Janeiro, agora não mais como estagiária, mas como Enfermeira de uma equipe, que inauguraria o trabalho em uma Clínica de Família modelo, com uma excelente estrutura física, seis equipes, atendendo uma comunidade de aproximadamente 23 mil pessoas.

Bem diferente do trabalho nos postos de Saúde que acompanhei durante a faculdade, o trabalho de Enfermeira na ESF do Rio de Janeiro se mostrou pesado, mas nunca deixou de me parecer gratificante e mesmo após quatro anos, ainda encantador. Eu não havia conhecido durante o estágio na coordenação o funcionamento das metas a serem alcançadas e do alto número de atendimentos. Quanto mais o tempo se passa, mais consolidado se torna o trabalho da Unidade no território e mais demandas de atendimento são geradas, e maiores as cobranças pelo alcance das metas estabelecidas.

Falar sobre o trabalho na ESF na cidade do Rio de Janeiro, para mim é falar como um objetivo de vida alcançado é falar sobre algo da qual fui e ainda sou parte. Falar sobre a consulta de enfermagem nesse cenário é falar sobre meus pares, é falar de mim mesma, é falar de onde passo mais tempo do dia do que em minha própria casa.

Fazer consulta de Enfermagem, no início do trabalho na Clínica, era conseguir colocar em prática a escuta ativa, a percepção das reais necessidades do indivíduo, a construção de um plano de cuidados para e em conjunto com o usuário, e até mesmo a avaliação desse plano de cuidados, também lançando mão dos protocolos quando necessários, para intervenções medicamentosas, ou solicitação de exames. Entretanto, em pouquíssimo tempo, o aumento do número de atendimentos, o aumento do número de responsabilidades para com o alcance das metas, a necessidade extrema que, enquanto enfermeira, passei a sentir por organização dos registros das informações de todas as linhas de cuidado dentro da equipe, a necessidade do monitoramento da situação epidemiológica do território, dos usuários faltantes às consultas, o advento das campanhas: de vacinação, de realização de testes rápidos, de intensificação da realização do citopatológico uterino, o provimento da sala de vacina, da sala de curativos, a gestão da equipe, e orientação do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, e as estratégias para o alcance das metas, pareciam se entremear direta ou indiretamente no meu processo de trabalho no ato das consultas realizadas. Era como se meu processo de trabalho durante as consultas de enfermagem, fosse passivamente cada dia mais absorvido por um conjunto de situações que ao invés de mim, tomavam a direção dele.

Manter-me fincada com os pés na academia, através da especialização em Saúde da Família, iniciada logo após o início do trabalho na clínica, e subsequentemente o início do Mestrado Acadêmico, além de instigar a manutenção do senso crítico em diversas situações, foram meios de não ceder ao processo de “absorção do meu trabalho vivo”. “Absorção” esta que a realidade capitalista submete os mais diversos tipos de trabalho, e como aqui já discutido, a atenção básica, que tem total implicação com questões político- econômicas desde os seus primórdios, não fica de fora dessa realidade.

Por ser parte de tudo isso, esse movimento de me colocar na posição de pesquisadora, tentando ao máximo não pensar por alguns momentos como trabalhadora da ESF, foi um movimento extremamente difícil e ativo, pois a passividade me conduzia ao olhar da enfermeira de uma equipe, e não ao olhar da pesquisadora sobre o trabalho de uma enfermeira

de equipe de saúde da família. O que interferiu nas idas e vindas das escritas e reescritas da análise crítica dos dados.

1.3 JUSTIFICATIVA, OBJETIVO, QUESTÕES NORTEADORAS E CONTRIBUIÇÕES

É importante, portanto, a necessidade de se estudar a prática do Enfermeiro, considerando sua importância social na Estratégia de Saúde da Família, principalmente no que se diz respeito à sua influência no processo saúde-doença do indivíduo e da própria comunidade (SCHIMITH e LIMA, 2009, p. 252).

Pode-se afirmar que vivenciamos hoje, o direcionamento das ações de enfermagem a um padrão que vem se afastando do verdadeiro propósito do cuidado de enfermagem, e focando em ações curativas e padrões de atendimento sob modelos queixa-conduta previamente protocolados. Este fato dá vazão à existência de dúvidas com relação ao processo de trabalho neste cenário; será que estamos vivenciando a manutenção do modelo biomédico assistencialista e curativista dentro dos consultórios de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro? Como se dá o processo de trabalho durante a execução da consulta do enfermeiro em quatro unidades de Atenção Básica da área de planejamento 1.0 dessa cidade? E quais os fatores que interferem nesse processo?

O objetivo geral do presente estudo é analisar a consulta do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família em uma determinada área da cidade do Rio de Janeiro, tendo como objetivos específicos: caracterizar o processo de trabalho do Enfermeiro durante a consulta de Enfermagem e descrever as ferramentas envolvidas nesse processo de trabalho. Espera-se deste modo, incentivar a reflexão a cerca do processo de trabalho do Enfermeiro nos consultórios, pois esse movimento de [re]pensar práticas de cuidado em saúde gera a busca pela melhoria na qualidade do serviço desenvolvido, reduzindo o mecanicismo das ações pretendidas e incentivando o desenvolvimento de olhares autocríticos sobre um cenário que muitas vezes de tanto se ver, não se enxerga.

Para tanto, caminharemos um pouco sobre os pressupostos teóricos que configuram histórica e atualmente o modelo de Atenção Primária em Saúde no Brasil, bem como o surgimento da Política Nacional voltada à Saúde da família nesse contexto.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE- A PANACÉIA DA POLÍTICA SOCIAL DO SÉC. XX E A QUESTÃO DO BANCO MUNDIAL

A Atenção Primária à saúde como conhecemos advém originalmente de um documento publicado na Grã- Bretanha em 1920, denominado Relatório Dawson, a partir da reunião de um conselho formado por representantes do Ministério da Saúde Inglês e médicos da rede privada, por iniciativa do Partido Trabalhista (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2009, p. 588). Neste documento toda a ideia de atendimento universal, focado na comunidade, com profissionais generalistas e que unem as ações preventivas e curativas, foi assim inicialmente promovida. Como aponta a OPAS (1964, p. 3):

A disponibilidade geral dos serviços médicos só pode ser garantida mediante uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade [...] A medicina preventiva e a curativa não podem se separar [...] devem ser intimamente coordenadas [...]. Qualquer plano de serviço deve ser acessível a todas as classes da comunidade [...].

A Atenção Primária em Saúde no mundo tem ganhado diversas conotações de acordo com cada localidade transpassada por seus legados histórico-político-sociais, onde a APS se desenvolveu. No Brasil, com a institucionalização do SUS a Atenção Primária passou a ser aqui chamada de Atenção Básica.

Ao nos debruçarmos sobre a questão das conotações desses dois termos: básico e primário veremos que na língua portuguesa o termo básico refere-se a algo que é essencial, fundamental, necessário; significados que são mais fidedignos ao conceito do termo *primary* na língua inglesa, enquanto que o termo primário nos apontará para ideia de algo que é primitivo e simples (ZOBOLI, 2009, p. 198).

Entretanto, entendendo as diferentes significações que as palavras: primário e básico assumem nas línguas em inglês e português, por ser conceito universal, tomaremos apenas como referência para este capítulo do trabalho o termo Atenção Primária à Saúde (APS).

Existem hoje três interpretações mais comuns sobre a APS; a APS como primeiro nível de atenção do sistema de saúde, como programa focalizado e seletivo, e como estratégia de reorientação do sistema de saúde. (MENDES 2006, p 271; GIOVANELLA E MENDONÇA, 2009, p. 575).

Nos países Europeus, por exemplo, a APS é vista como primeiro nível de serviços de atenção à saúde. O problema desta primeira ideia consiste no fato de propiciar uma visão reducionista da APS, dita como nível de mais baixa complexidade de ações. Ora, compartilhando do questionamento de Mendes (2002); a que tipo de complexidade então estamos nos referindo? Tomando como base seu questionamento; será que a prestação de serviços na atenção primária à saúde, que busca promover a saúde de indivíduos, famílias, grupos sociais – o que requer amplo conjunto de conhecimentos interdisciplinares, além de habilidades altamente especializadas-, é menos complexa do que a realização de certos procedimentos de maior densidade tecnológica em hospitais de grande porte? Outra afirmação para refletirmos a questão da complexidade do trabalho na APS, está no que Starfield (2002, p. 44) traz como a variedade de diagnósticos possíveis. Para ela, o subespecialista trata de uma variação menor de diagnóstico do que o profissional da atenção básica, que tem seu olhar voltado a observar uma gama de maior variabilidade de diagnósticos possíveis.

Por outro lado a própria declaração de Alma-Ata (1978), apesar de estabelecer críticas a OMS “no que se refere à abordagem vertical dos programas de combate a doenças transmissíveis, como a malária, desenvolvidas com intervenções seletivas e descontextualizadas” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2009, p. 577), de alguma forma elucidava a definição de cuidados primários, tornando-a mais próxima da ideia de primeiro nível de atenção:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (grifo nosso) pelo quais os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, 1978, p. 1)

Nos países em desenvolvimento, a APS parece ter seu significado mais próximo da segunda interpretação da APS; centrada em ações específicas de grande impacto com vistas à redução da mortalidade infantil e combate a algumas doenças infectocontagiosas (OPAS/OMS, 2008, p. 3). E esse significado, acaba por predominar em grande parte do

Sistema Único de Saúde brasileiro, pois historicamente configurou uma assistência vertical voltada para programas ministeriais com enfoques distintos.

A terceira ideia sobre a APS, que a toma como estratégia de reorientação do sistema de saúde é considerada a mais ampla, e de maior potencial no que tange a capacidade de reforma do próprio sistema. Para Starfield (2002) a APS deve cumprir o papel de “porta” garantindo a acessibilidade do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, deve garantir a longitudinalidade e a integralidade das ações de cuidado em saúde e deve cumprir sua responsabilidade de coordenadora da Atenção. Vemos que essas características, papéis e responsabilidades da APS, tornam-na ainda mais complexa do que podemos exemplificar.

No Brasil, atualmente, defende-se um cenário de saúde pública caracterizado pela “simultaneidade e permanência de ações e programas verticais, e abertura para políticas transversais como a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de práticas Integrativas e Complementares [...]” (BONETTI et al, 2011, p. 397). Ou seja, pode-se dizer que o Brasil hoje se encontra rumo à concretização plena da APS enquanto coordenadora do sistema de saúde, porém conservando as ações verticais específicas, ainda características de um país ‘em desenvolvimento’. Essas características, entretanto, só deixarão de ser parte da configuração do nosso Sistema de Saúde, quando a miséria e a alta vulnerabilidade social deixarem de ser parte da configuração da realidade em nosso país.

Adentrando na questão da complexidade da APS, tomemos como rumo de discussão nesse momento, o marco da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978. Foi neste espaço que a Atenção Primária foi catalogada como doutrina (MENDES, 1996 p 270) além de ter sido nesse evento, o episódio onde 134 países assinaram um acordo, contando com a presença de representações de 67 organizações internacionais e não governamentais, que tinha como meta atingir a Saúde para Todos no Ano 2000 (MATTA, 2005 p 379).

Porém refletindo o contexto de crise econômica mundial sobre a qual o sistema capitalista estava caminhando nos anos 70, especialmente os países subdesenvolvidos (como denominados na época), percebe-se um maior envolvimento do Banco Mundial em questões referentes ao financiamento do crescimento econômico, desenvolvimento social e combate a miséria nos países periféricos. Entretanto, “ressalta-se que, mesmo antes dessa crise, muitos países já vinham enfrentando dificuldades no setor decorrentes da crescente elevação dos gastos em saúde, levando à necessidade de reformas setoriais em muitos deles [...]” (GIL, 2006, p 1172).

O Banco Mundial (BM) foi fundado em 1946, é uma instituição internacional de caráter corporativo, criada com vistas à manutenção da ordem econômica mundial no período pós-guerra (RIZZOTTO 2000, p 60). Porém, como durante criação do Banco Mundial, o único país com reservas em dinheiro suficiente e alta liquidez na rede bancária era os EUA, os investimentos para o Banco foram compostos, em sua maioria, por recursos deste país (RIZZOTTO 2000, p 61), outorgando ao mesmo, a hegemonia norte-americana no poder de decisão e direcionamento das políticas neoliberais para os países em desenvolvimento.

E por que afinal adentramos nas questões neoliberais de imposição do Banco Mundial? Bem, na referida década de 70, onde se localiza o marco da Atenção Primária à Saúde no mundo- a saber; a Conferência de Alma Ata- é onde também se localiza o marco de intervenção do BM na orientação de políticas de saúde nos países em desenvolvimento. Entendamos, pois, como isso se deu.

O primeiro documento produzido pelo Banco Mundial sobre a questão saúde foi publicado em 1975 “*Salud: documento de política sectorial*”. Em seu conteúdo já constava as primeiras diretrizes para a reforma nas políticas de saúde dos países subsidiados por ele, tais como: a priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres (CORREIA, 2007, p 1). Essas diretrizes foram reafirmadas nos documentos posteriores como o documento do Banco Mundial “Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma” divulgado em 1987, que estabeleceu uma crítica à intervenção do Estado na operacionalização dos serviços de saúde (CORREIA 2007, p 1).

Para o Banco a raiz dos problemas de saúde estava em uma população pobre, com altas taxas de fecundidade, maus hábitos de higiene, má nutrição e vivendo em condições insalubres. Portanto, a principal característica da mudança do sistema público, proposta pelo Banco Mundial é que deveria haver então um abandono à assistência individual de alto custo, de contexto hospitalar, em substituição a concentração das ações em uma assistência mais “coletiva, simplificada e descentralizada para o nível comunitário”, pois os governos dos países em desenvolvimento investiam muito no “ápice do sistema de saúde” na construção de hospitais e no financiamento de uma assistência muito qualificada e de alto custo (RIZZOTTO, 2000, p 127). A mesma autora ainda aponta que:

O sistema público de saúde que o Banco Mundial idealizou para os países “em desenvolvimento”, prega o abandono do tratamento clínico, dos avanços científicos e tecnológicos alcançados na área médica, hospitalar e farmacológica, ao mesmo

tempo em que propõe a criação de serviços de saúde pública que se limitam a assistência básica, com utilização de procedimentos simples e baratos, realizados por profissionais pouco qualificados, que segundo o Banco, dariam conta de resolver os “problemas de saúde mais gerais, de caráter familiar e comunitário”. (RIZZOTTO, 2000, p 128)

Ou seja, é imposta uma limitação da cesta de oferta de serviços de saúde com vistas, acima de tudo, a custo-efetividade do sistema econômico. Há uma seletividade e focalização subentendidas nas propostas do BM referentes à Atenção Primária à Saúde para países periféricos que permitem entender o atual interesse que o Banco demonstra ao apoiar a ampliação deste programa no país, o que acaba por gerar no contexto de implementação do SUS, uma tensão constante entre o caráter universal do sistema nacional de saúde e o direcionamento do sistema aos mais pobres com base em programas seletivos (GIOVANELLA, 2008, p 22, 23).

E essa dialética paira no cenário de Atenção Primária hoje no Brasil, por mais diferenciadas que sejam as características que ela possa assumir conforme as especificidades de cada município. Essa dialética incomoda profissionais de saúde, confunde usuários do sistema, e nos leva a reflexões infundáveis na busca por entendê-la no âmago de sua significância no Sistema de Atenção à saúde.

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) pronunciou em 2011, o significado esperado da Atenção Básica no Brasil; “Atenção Básica de qualidade que consiga gradativamente consolidar seu papel de coordenadora do cuidado integral à saúde e ordenadora da rede de atenção à saúde” (CONASEMS, 2011, p.5). Essa é indiscutivelmente a expectativa de todos nós, pois nos remete a superação da concepção restrita de Atenção Primária, como um primeiro nível de complexidade na Atenção à saúde ou como um meio de atender à saúde dos mais pobres e marginalizados da sociedade (MENDES, 2002).

Apesar dessa expectativa, hoje ainda há muito ceticismo na APS como sendo suficientemente capaz de modificar o modelo assistencial ainda hegemônico no país; o modelo biomédico, centrado no profissional médico, e em intervenções medicamentosas, ou requerentes de tecnologias duras e dispendiosas. A verdade é que tomando a saúde como um bem de consumo, entendendo o contexto de crise econômica recessiva em que o mundo se encontrava na década de 70 (pano de fundo da Conferência de Alma Ata), e direcionando nosso olhar para a urgência de existir tentativas que “amenizem” a miséria e pobreza no mundo, percebemos que a APS emergiu como uma panaceia social e econômica, mas que essencialmente provocou poucas mudanças estruturais em termos de modelo assistencial à

saúde, devido ao seu baixo potencial para mudanças micropolíticas nos processos de trabalho dos profissionais de saúde (FRANCO e MERHY, 2006). Houve uma ampliação do acesso à saúde como bem de consumo, e nos mesmos padrões focados na doença e no procedimento, nos exames e no medicamento. E quanto mais dicotomizamos a prevenção da cura, quando discutimos saúde pública, mais contribuímos para sustentação dessa visão reducionista da APS.

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM “CASO DA APS COM O BRASIL”

Tomada pelo Ministério da Saúde como meio prioritário de reorganização da atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2012 p15), a Estratégia de Saúde da Família surgiu em 1994, como modelo de caráter substitutivo que visa romper com o modelo assistencial vigente e caracteriza-se como “uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997, p.8).

A ESF se caracteriza por trabalhar com população adscrita, de um território determinado, foca suas ações de cuidado no núcleo familiar, e não apenas no indivíduo, tem seu cenário de intervenções, por isso ampliado para além do consultório, abrangendo os lares, as escolas, e todos os espaços sociais oferecidos pela comunidade.

As equipes de saúde da família são minimamente compostas por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde, e, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal também podem estar inseridos nessa equipe. Vale ressaltar que o número recomendado de usuários cadastrados por equipe para acompanhamento é de três mil, e o número máximo, de quatro mil (BRASIL, 2012, p55).

As ações na ESF devem permitir a coexistência do foco curativo, preventivo e de promoção da saúde excluindo a priorização de alguma dessas partes. Entretanto, observa-se muito nos campos de prática, a existência de profissionais que reproduzem modelos biomédicos dentro dos consultórios de atenção básica, e profissionais que se eximem de sua

responsabilidade para com o manejo clínico dos agravos à saúde, limitando suas ações à prevenção e promoção da saúde (ASSIS et al, 2011; SCHMITH e LIMA 2009 p. 252).

A essa questão, Franco e Merhy (2006, p. 2) nomeiam de dicotomia entre a clínica e a epidemiologia, que se contrapõe ao invés de se complementarem. Contrapõe-se como se a epidemiologia fosse a parte nobre do sistema de saúde, e a clínica de alguma forma encarnasse os valores individualistas e liberalistas.

Apesar de representar de modo inegável, grande conquista do movimento sanitário brasileiro, e refletir irrefutável vitória do cidadão no que tange o alcance de seus direitos, há um eixo organizacional sobreposto a esses fatos, e que também é inegável; o já discutido eixo do direcionamento econômico da racionalização de custos, imposta pelo Banco Mundial (BM). Entretanto, isso não quer dizer que na prática estas orientações do BM foram seguidas cegamente, houve embates políticos em defesa do SUS e resistências ao que se garantiu por Lei (CORREIA, 2007, p. 04).

Rizotto (2000, p. 219) cita o PSF como programa focalizado e seletivo, e que essa focalização de serviços públicos de saúde à população mais pobre, nega o princípio da universalização, em substituição ao conceito da equidade. E assim voltamos à dicotomia inicial entre universalização e focalização dos serviços de saúde.

Mas independente da “contaminação” de suas raízes originárias a questão é que, no Brasil, temos percebido certos ganhos na qualidade de vida da população após a implantação da ESF. Como verificamos com os resultados da expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, principalmente, entre 2010 e 2011, onde a estratégia recebeu um incremento de aproximadamente 15% deveriam ser suficientes para não deixar dúvidas quanto à importância da ESF na reorientação do modelo assistencial, pois houve queda nas internações hospitalares (quase 17 mil internações a menos entre janeiro e outubro de 2010), o que inclui as internações por doenças cardiovasculares, e “visível redução, ainda a quantificar, da demanda de atendimento de urgência, graves pontos de estrangulamento do modelo assistencial ainda hegemônico”. (RODRIGUES E ANDERSON, 2011, p. 24).

Pensar nessa Estratégia, repleta de facetas mais ou menos aparentes, requer muita cautela. Não é correto romantizá-la, assumindo uma ingenuidade de olhar para com sua criação e finalidade, e nem torná-la vilão ou bode expiatório dos processos sociais que o Estado não dá conta, pois não temos como ignorar a grandiosidade de seus resultados na sua implantação em território brasileiro. Para Franco e Merhy (2006, p. 5), devemos analisar as fortes determinações de um modelo assistencial para sabermos até que ponto ele carrega em si potencial para romper com os dogmas e tradições das práticas em saúde.

Nesse sentido, Cunha (2004, p 34) reforça o fato já apontado anteriormente:

O PSF, portanto, apesar dos seus avanços, continua reforçando a necessidade de discussão e elaboração sobre a prática clínica de todos os profissionais, principalmente o médico. Muda-se o modelo de atenção, referencia-se a clientela, fazem-se reuniões, faz-se gerenciamento mais centrado nos resultados do que nos procedimentos e nem sempre isso transforma a clínica da forma que precisamos.

Hoje, a ESF tem sido um aglomerado de expectativas políticas e sociais, no alcance da “Saúde para todos” proposta a nível mundial (OTAWA, 1986), dos objetivos propostos a nível nacional através do Ministério da Saúde, das metas idealizadas das secretarias municipais de saúde e de toda a expectativa de resolução dos problemas da comunidade local. Para tanto, os profissionais da equipe de saúde da família devem ser potenciais agentes de transformação da realidade o tempo inteiro.

Essa equipe, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, possui papel específico, para que todas as expectativas de melhoria da qualidade de vida das pessoas, redução de danos, diagnósticos precoces, manutenção da saúde, garantia do acesso, dentre outras, sejam alcançadas. Neste trabalho, enfocaremos o papel característico do Enfermeiro no que tange especificamente a consulta de Enfermagem, por meio da qual, muitos “primeiros contatos” são tecidos no dia a dia das unidades básicas de saúde no Brasil.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

Este estudo se propõe a discutir o processo de trabalho do Enfermeiro na consulta de enfermagem dentro do contexto de prática de uma política pública proposta pelo Estado voltado a atender as necessidades da sociedade. Nesse sentido, tomamos as ideias de Karl Marx, que são trabalhadas por autores do campo da Saúde Coletiva, para subsidiar o debate proposto neste estudo que se centra sobre o processo da produção de saúde na Estratégia de Saúde da Família, a partir da consulta do enfermeiro.

Iniciando a discussão sobre o trabalho na saúde, é importante destacar alguns conceitos que Marx defende em “o Capital”, como a noção de mercadoria como um bem de consumo externo que satisfaz as necessidades do homem. Se tomarmos os serviços de saúde como produtor de mercadoria orientado a satisfazer as necessidades de saúde, vemos que é premissa verdadeira que algumas dessas “necessidades” se resumem a de consumir serviços de saúde. Ou seja, já de início identificamos que a produção no serviço carrega uma

dificuldade em satisfazer as necessidades de saúde do usuário. Por vezes, a “mercadoria”, o consumo externo do trabalho produzido no serviço, tem dificuldade em responder às solicitações do usuário. Para Franco e Merhy, (2006, p. 59) as necessidades em saúde são determinadas socialmente de acordo com as variações das situações econômicas, sociais e políticas. Os mesmos autores ainda apontam que:

A presença do estado na organização de serviços de saúde é antiga e nos parece inexorável. Em menor ou maior grau, o estado tem que responder à necessidade de assistir à população, visto que a ordem capitalista, pela sua própria natureza voltada à acumulação de riquezas, não se coloca em condições de resolver de modo satisfatório esta questão, cabendo-a aos governos. (FRANCO E MERHY, 2006, p 59)

Para melhor compreensão acerca do processo de trabalho em saúde- atrelada a contribuição de Marx para o entendimento da produção do cuidado na saúde- e acerca do processo de trabalho da Enfermagem, serão abordadas a seguir ambas as questões separadamente, através dos conceitos de autores cujos escritos têm por essência o pensamento Marxista.

3.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A ordem capitalista, por assim dizer, na visão de Marx, traz um conceito de trabalho voltado não apenas para uma questão de valor segundo a força produtiva do trabalhador, mas incorpora também um valor de uso (no que tange ao atendimento de necessidades do homem) e de troca (concernente à aquisição de um bem de consumo por outro bem) que se materializa no objeto produzido. No caso do trabalhador em saúde, como podemos atribuir valor ao seu trabalho, se não há uma materialização palpável de sua produção?

Para Merhy e Franco (2005 p. 3), o produto no trabalho em saúde “se realiza, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado.” Se o valor de uso precisa responder a satisfação de uma necessidade particular (MARX, 1996, p. 5), e segundo Merhy e Franco (2005, p. 2) o valor de uso do produto é dado pelo “valor referente simbólico” que o configura em determinada sociedade, tomemos como necessidade a ser satisfeita o “ser cuidado”. Compartilhando da ideia desses autores o principal “referente simbólico” do trabalho em saúde seria o ato de cuidar da vida e do outro como a essência da produção do

trabalho em saúde, adquirindo assim o produto deste trabalho, uma “materialidade simbólica”. “Produto” este, consumido no ato de sua produção.

Se há uma definição de trabalho vivo, a que poderíamos chamar então de trabalho morto? Marx coloca o trabalho morto como aquele que precede o trabalho vivo, sendo a matéria prima para a execução deste, e em termos da saúde, pode-se dizer que é o saber científico e a tecnologia usada na produção do cuidado. E quanto à tecnologia, como a definimos no âmbito do trabalho em saúde? Merhy (2000, p. 109) traz a ideia das valises tecnológicas representadas através de caixas de ferramentas, das quais o trabalhador dispõe para a execução do seu processo de trabalho na área da saúde. Para este autor, as referidas ferramentas se materializam em três tipos de tecnologias, que podem ser definidas como duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras seriam aquelas relativas ao maquinário bruto, gerador de exames, como por exemplo, uma máquina de ressonância magnética. As tecnologias leve-duras, corresponderiam às relativas ao saber fazer, ou seja ao conhecimento científico que dá sustentação a prática. E as tecnologias leves, seriam aquelas propriamente efetivadas no encontro profissional-usuário, com valor incutido nas relações que se processam a partir desse encontro (MERHY, 1998,p. 5).

Souza et al (2010) apontam que as alterações históricas no processo de trabalho em saúde, se deram principalmente com a industrialização e com os avanços das descobertas científicas, resultando na super especialização. Este resultado se materializou no Modelo Flexineriano de Atenção à saúde, que fragmenta o ser humano para compreensão específica de suas partes.

Nesse caso temos o isolamento das disciplinas em seus campos de conhecimento, e a produção da organização de um trabalho executado de modo parcelado, caracterizado pela ausência de integralidade entre as partes que o constitui enquanto processo de trabalho em saúde. Para Matos et al(2009, p. 864) essa situação impede que o trabalho seja desenvolvido com qualidade, tanto do ponto de vista de quem o realiza como daqueles que dele usufruem.

Este modo de produção da saúde contribuiu para a instauração de um mercado forte de comercialização de tecnologias duras. Tanto em termos de exames como do mercado farmacêutico. A incorporação desses mercados no cotidiano da sociedade é evidentemente sustentada por um Marketing bem consolidado. Como exemplo; é fácil perceber como as pessoas são incapazes se quer de associar que uma mesma substância anti-inflamatória cujo nome fantasia se estabeleça em uma marca de remédio para cólicas menstruais, possa ser também fazer efeito para uma faringite. Nesse caso precisamos de “outro remédio” -de

mesma substância- cuja propaganda se fortaleceu no seu poder de atuar em inflamações de orofaringe.

A questão é que há modos de operar a construção do mercado da saúde (MERHY, 2007). E atualmente temos migrado da operacionalização do trabalho em saúde centrado no corpo biológico acometido de doenças que requerem atenção especializada, medicamentação excessiva e intervenções de alto custo para o sistema de saúde, para; o campo de um mercado que foca o que Merhy chama de “corpo sem órgãos”, incorporando o processo de operacionalizar anteriormente descrito, porém sob uma ótica mais sofisticada, medicalizando a própria prevenção, e patologizando hábitos de vida e comportamentos (MERHY, 2007, p. 9).

Sendo assim é importante nos apropriarmos da verdade que se apresenta na sociedade capitalista em que vivemos, de que a saúde é tida como bem de consumo, nem sempre pautada nas necessidades do ser humano, mas por vezes, ditadas em seu âmago consumista de atos prescritivos e procedimentos médicos, sem os quais os usuários, muitas vezes não conseguem absorver a ideia de cuidado à saúde.

Esse fato pode ser mais bem apreendido a partir de uma visão história da construção da Clínica, no desenvolvimento da Medicina ao longo do tempo. Foucault afirma em sua obra “O Nascimento da Clínica” que a medicina sempre terá formas de especializar as doenças. Apesar de podermos perceber ainda hoje certo destaque para a “a espacialização da doença no corpo na concepção do imaginário popular, sabe-se que o espaço de localização do “mal” no corpo só foi superposto na experiência médica, durante um curto período” (FOUCAULT, 2011, p. 2) coincidindo com a medicina do *século XIX* e o destaque concedido à anatomia patológica.

A espacialização primária, configurada na medicina das espécies, possuía um olhar para a doença como se esta tivesse um curso natural a ser seguido independentemente do corpo que a abrigava - onde seria assim manifestada a sua essência- e a parte da sociedade que abarcava este corpo. Nessa linha de pensamento, o indivíduo era tido como elemento negativo, pois para se compreender a doença em curso deveria subtrair o indivíduo e suas singularidades.

No sentido da não redução da compreensão da doença pela observação do curso natural da própria doença, surge então a espacialização secundária. Nela o médico precisaria dispor de um olhar mais profundo sobre os traços singulares do corpo no qual a doença habitava. Apesar de ainda assim considerar não haver motivos para esse olhar ser demorado,

apenas o suficiente para observar os traços singulares que a doença ganhou no doente, servindo assim como forte auxílio na definição do diagnóstico.

E por fim, a espacialização terciária, emerge como sendo “o lugar de dialéticas diversas: instituições heterogêneas, decalagens cronológicas, lutas políticas, reivindicações e utopias, pressões econômicas, afrontamentos sociais” (FOCAULT, 2011, p 16). Ela articulava então a espacialização primária e secundária como formas de espaço social.

Podemos associar essas definições aos modelos de atenção à saúde e aos modos de produção do trabalho em saúde. Sendo o modelo biomédico mais voltado às espacializações primária e secundária, por focalizar no corpo doente, na intervenção sobre o patológico, e na maioria das vezes, sem realizar associação da patologia ao espaço social que a configurou. E tomando a Saúde Coletiva, como modo de produzir saúde através da articulação dos três pontos essenciais na produção do cuidado em saúde (espacialização terciária): patologia singularizada em um corpo, o indivíduo singular e o seu meio social.

Inferimos aqui que as caixas de ferramentas do trabalhador da saúde, representadas por suas já citadas valises tecnológicas precisam ser, de igual forma, utilizadas em contínua articulação no processo de produção do cuidado, situando-se na espacialização terciária, usando seus conceitos como norte para compreensão do processo saúde-doença.

Nessa ampliação do conceito de produção do cuidado em saúde, o médico assumiria novas funções além dos atos prescritivos direcionados pontualmente a patologia em desenvolvimento no corpo biológico, alcançando a compreensão das questões políticas e sociais envolvidas no processo de adoecer. Nesse sentido Foucault (2011, p.36) considera que:

A primeira tarefa do médico é, portanto, política: a luta contra a doença deve começar por uma guerra contra os maus governos; o homem só será total e definitivamente curado *se* for primeiramente liberto: «Quem deverá, portanto, denunciar ao gênero humano os tiranos, se não os médicos que fazem do homem seu único estudo, e *que* todos os dias, com o pobre e o rico, com o cidadão e o mais poderoso, na choupana e nos lambris, contemplam as misérias humanas que não têm outra origem senão a tirania e a escravidão? Se souber *ser* politicamente eficaz, a medicina não será mais medicamente indispensável.

Neste cenário, observa-se que são distintas, e ao mesmo tempo complementares, as racionalidades que viabilizam a operacionalização do cuidado. Porém, Merhy (2007, p 4) ressalta que há uma disputa instalada no cotidiano das práticas em saúde, que podemos perceber através dos movimentos que embora partam da base de conhecimento clínico através do corpo, se contrapõe a este conhecimento afirmando o corpo como subjetivação e não como

biológico. E, daí, emergem as questões de qual saber se estabelece como mais científico e hegemônico.

O processo de trabalho na saúde está tão atrelado ao modo de produzir ditado pelo modelo médico hegemônico, prevalecente na sociedade capitalista, onde as tecnologias duras e leve-duras são mais valorizadas, que tanto o trabalhador como o usuário, muitas vezes tem a ilusão que se não for o trabalho médico, qualquer outro profissional se torna mero coadjuvante no processo de produção do cuidado. Como se o médico fosse um profissional isolado cujo saber fosse suficiente para responder a todas as necessidades de saúde em sua complexidade. Nesse sentido, Merhy e Franco (2005, p. 4) apontam que:

Verifica-se que, no modelo médico hegemônico, a distribuição do trabalho assistencial é dimensionada para concentrar o fluxo da assistência no profissional médico. No entanto, observa-se que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos ao usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços. Isso se faz, sobretudo, reestruturando os processos de trabalho e potencializando o “trabalho vivo em ato”, como fonte de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde. O trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador de dimensão coletiva. Não há nenhum perfil de trabalho que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde.

Tomamos por objeto de trabalho então, o sujeito ou coletividade ao qual se destinará a produção do cuidado. Nosso objeto de trabalho é repleto de dimensões (psíquicas, emocionais, sociais, culturais, espirituais e biológicas), e daí emerge o fato da tão grande complexidade sobre a qual se debruça o processo de trabalho em saúde, caracterizado como “um trabalho com características singulares que se expressa na produção de subjetividades” (ABRAHÃO, 2007, p. 2).

Nesse caso podemos afirmar que as subjetividades implicadas neste processo, não se limitam àquelas trazidas pelo sujeito- “paciente”, mas também àquelas trazidas pelos próprios profissionais. Ou seja; não há unilateralidade quanto às necessidades que delinearão o processo de trabalho em saúde, pois essas necessidades não partem apenas do sujeito- objeto do trabalho, mas também do trabalhador da saúde, e das instituições de saúde (Matos et al, 2009, p. 864). Afinal o processo de trabalho em saúde é dotado de intencionalidade de todas as partes que o compõem.

Essa questão de hegemonia do saber pode ficar ainda mais evidente de acordo com o perfil dos profissionais que compõem as equipes de saúde da Família, pois as equipes são profissionalmente heterogêneas, com um misto de papéis a serem desempenhados, visando o

alcançe de um objetivo comum. Nesse sentido, pode-se inferir que uma equipe onde os profissionais tenham um perfil formativo de individualismo, e conservem uma ilusão de autossuficiência, o objetivo comum fica cada vez mais longe de ser alcançado.

A Estratégia de Saúde da Família fomenta, portanto, a construção de ferramentas de uso comum, ou seja, ferramentas que não estão restritas a um campo de conhecimento do qual determinada categoria profissional deterá maior ou menor *expertise*. Essas ferramentas são, por exemplo: métodos de avaliação e monitoramento dos grupos risco, construção de um Projeto Terapêutico Singular para o indivíduo assistido, atenção aos grupos prioritários, mapas de abrangência do território, diagnóstico situacional do território, métodos de organização do processo de trabalho interno da equipe ou unidade para atendimento à demanda espontânea, estímulo à participação popular e controle social, boa interação com os espaços comunitários, dentre outras.

Pimentel et al (2012), em um estudo sobre a caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Estado de Pernambuco, levantaram a percentagem do uso de algumas dessas ferramentas e constatou que 52,1% das equipes de saúde bucal entrevistadas realizavam atividade de diagnóstico da área, 49,7% das mesmas realizaram a identificação de escolas, creches, asilos, além de outras instituições e grupos comunitários, e o diagnóstico situacional das doenças bucais mais prevalentes na comunidade, foi realizado em 43,8% dessas equipes. Sobre ferramentas de controle social; 24,0% das Equipes de Saúde Bucal realizam reuniões periódicas junto à comunidade para discutir temas como cidadania, assistência, funcionamento do SUS e outros; 46,2% das equipes possuem um profissional que se compromete em participar das reuniões com o Conselho de Saúde.

Embora a maioria dessas taxas signifique menos da metade das equipes participantes do estudo, pode-se refletir sobre o fato de que a urgência da nossa ansiedade por ver a concretização dos princípios, diretrizes, e métodos ideais de trabalho na Estratégia Saúde da Família, não acompanha a realidade de uma mudança social em um cenário democrático.

Nesse sentido Mendes (1966, p. 57-8) destaca que por se tratar de uma reforma social que ocorre dentro de um cenário democrático e por esta reforma demandar certa transformação cultural, o SUS acaba por assumir um caráter processual de maturação lenta.

O movimento de sair de seu núcleo de competência para compartilhar um campo de saber (WAGNER, 1999) não é um movimento passivo. Esse movimento de busca por construir ações em comum dentro de uma equipe tão diversificada, requer certamente, muito gasto de tempo e energia. É muito mais “confortável” a permanência dos profissionais cada um em seu núcleo de conhecimento, “produzindo cuidado” de modo estanque. Porém, já se

sabe que há bastante tempo esse tipo de produção de trabalho em saúde, não dá conta da resolução das demandas médico-sociais, maiores fontes de adoecimento da sociedade atual. Nesse sentido, Kanno et al (2012, p. 887) apontam em seu estudo sobre as estratégias de enfrentamento desse tipo de demanda pelas equipes de saúde da família, que “[...] entre os diferentes profissionais, e independentemente das formações específicas, a capacitação é insuficiente para lidar com a complexidade das demandas médico-sociais”. Ou seja, nenhuma formação é autossuficiente quando a questão é lidar com o adoecimento de uma comunidade, portanto nenhuma “ferramenta de uso exclusivo” terá potencial maior que as ferramentas de uso comum, na construção de um processo de trabalho resolutivo em saúde.

Reconhecemos a extensão das discussões relativas às variadas maneiras de como se dá o processo de trabalho em saúde, e os múltiplos aspectos que o envolvem, porém, não é objetivo deste trabalho aprofundar-se nessa questão, apesar de sua relevância e contribuição no desenvolvimento das ideias até aqui já descritas. Sendo assim, passaremos a discussão do processo de trabalho em saúde pelo viés da Enfermagem, foco da presente pesquisa.

3.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESF

O conhecimento empírico e o trabalho focado no desempenho de procedimentos e técnicas constituíam a base do trabalho da enfermagem, no início de seu surgimento enquanto prática profissional. Desde o advento do Cristianismo, os ensinamentos de amor e fraternidade trouxeram transformações na sociedade e também o desenvolvimento da enfermagem, “marcando, ideologicamente, a prática de cuidar do outro e modelando comportamentos que atendessem a esses ensinamentos.” (PADILHA E MANCIA, 2005, p. 723)

Foi a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale, que teve início a consolidação da enfermagem profissional no mundo. Entretanto, esta também foi influenciada por sua passagem em local onde se realizava cuidados de enfermagem de base leiga e totalmente direcionados por princípios religiosos (PADILHA E MANCIA, 2005).

Na década de 50 surge nos Estados Unidos da América, certa preocupação com a organização dos princípios científicos da prática profissional. Antes desse fato a enfermagem era vista como não científica e suas ações com base apenas na intuição (ALMEIDA, 2009, p. 750). Na busca de sua autonomia em termos de campo de conhecimento e intervenção, o

trabalho do Enfermeiro se configura e se delimita historicamente, através das contribuições das teóricas de Enfermagem.

Outra característica histórica importante dessa profissão é o fato do gênero de maior prevalência ser o feminino. Sem dúvidas, essa característica influenciou historicamente a constituição dos baixos salários pagos ao Enfermeiro. Almeida (1986, p 507) refere que historicamente a participação majoritária da mulher na enfermagem configura desvantagens nas condições de trabalho quando comparadas às características ocupacionais do trabalho masculino. Marques (2008, p. 84) acrescenta que este não reconhecimento enquanto profissional é reproduzido pelas próprias enfermeiras, materializando-se em seu trabalho como conformismo e desmotivação.

A responsabilização da Enfermagem no processo saúde-doença se dá através do próprio cuidado, pelo conforto, acolhimento e pelo bem estar dos pacientes, seja prestando diretamente o cuidado ou coordenando outros setores para a prestação da assistência. Segundo Marques (2008, p 100) cuidado direto ou a gerência do cuidado não podem excluir-se um ao outro, pois são lados da mesma atenção. Entretanto, sabe-se que há caracterizações diferentes do processo de trabalho de uma Enfermeira, dentro de instituições diferentes, ou dentro de um mesmo serviço. Podendo haver predomínio de ações gerenciais em detrimento de ações assistenciais, e vice-versa.

Outra atribuição da Enfermagem é promover a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (ROCHA e ALMEIDA, 2000, p. 97). As mesmas autoras descrevem o citado processo, como processo saúde-doença-cuidado, o que responde de forma melhor ao grau de complexidade dos problemas de saúde de um indivíduo, uma vez que o cuidado, deve sempre ir além da mera existência da patologia, que afeta o corpo biológico, passível de controle e manipulação.

Consideramos a ideia do cuidado de Enfermagem, aplicado ao indivíduo nas diferentes etapas da sua vida, ainda que as mesmas não alberguem uma questão patológica. Nesse sentido, Peduzzi e Anselmi (2002, p. 393, 394) afirmam que no campo da enfermagem, o objeto de trabalho constitui-se do cuidado de enfermagem e do gerenciamento deste, sendo esse cuidado, responsável por acompanhar continuamente o indivíduo seja no decorrer de processos patológicos ou vitais.

Anteriormente centrada no cuidado domiciliar ou nos cenários hospitalares, após a expansão da atenção básica no Brasil, percebemos intensa ampliação dos campos de atuação da Enfermagem (espaços comunitários, escolas, consultórios) e do potencial de intervenção deste profissional em favor da promoção de saúde dos indivíduos. Com a expansão da

Estratégia de Saúde da Família no Brasil, como reorientadora dos processos de trabalho na Atenção Básica, a consulta do enfermeiro ganhou força, expandindo-se consideravelmente em território nacional, como espaço “no qual o profissional enfermeiro possui completa autonomia para desenvolver estratégias de cuidado abrangentes para a promoção da saúde do paciente, da família ou da comunidade” (SHERIDA et al, 2012, p. 160)

Porém, este aumento de autonomia do Enfermeiro instituiu-se arraigado também em certa concessão de “poder medicalizante”. Isto se deu também a partir de diretrizes e orientações técnicas municipais ou nacionais, que visavam maior potencial resolutivo dos problemas de saúde da população na Atenção Básica.

A questão do “poder medicalizante” se refere a medicarmos processos que não são necessariamente patológicos, se tivermos um olhar mais atento à observação da situação, o que nos exigiria uma personalização da assistência de modo a exigir certa criatividade na elaboração do plano de cuidados para o indivíduo/ família. O inverso disto é um reforço ao modelo biomédico, focado na dureza das tecnologias e no enaltecimento das medicações como a panaceia para o cuidado em saúde da população.

Assim, com o trabalho morto se configurando nos atos prescritivos, na medicamentação e na espacialização da doença no corpo, o foco do cuidado em Enfermagem passa hoje por um processo de incorporação tão grande de tecnologias duras, que relacionando este fato à produção do trabalho em Marx (1996, p 34), percebemos o quão estreito se torna a distância entre ambos:

O trabalho morto, acumulado no instrumento de produção, suga como um vampiro cada gota de sangue do trabalho vivo fornecido pela força de trabalho, também ela convertida em mercadoria, tão venal quanto qualquer outra. (MARX, 1996, p. 34)

Talvez passemos a um período de quase retrocesso a predominância do trabalho morto na Enfermagem, como na época de sua instituição enquanto profissão, diferindo apenas no fato de que anteriormente o trabalho morto constituía-se da técnica, muitas vezes despida de embasamento teórico-científico. E hoje, as tecnologias duras são dotadas de todo o respaldo científico e até de certo caráter instituidor de status social para o Enfermeiro.

Merhy(1997, p. 13), nos faz entender esse fato com maior clareza, quando utiliza o termo “capturar” para denominar a ação do trabalho morto sobre o trabalho vivo. Ou seja, o trabalho morto praticamente sublima o trabalho vivo, quando refletimos os cenários de prática do Enfermeiro hoje. E apesar de, a Atenção Básica ser estruturalmente propícia em termos de

seus princípios, à efetivação do vínculo e à corresponsabilização entre usuário e profissional de saúde, a forma como o cuidado é oferecido, se mostra pautado nos protocolos repletos de fluxogramas de queixa-conduta, ou muitas vezes, configura a única forma como este cuidado pode ser oferecido (sufocado pela multiplicidade de funções e demandas espontâneas no atendimento).

Portanto faz-se necessário o estranhamento do olhar do Enfermeiro para seu próprio processo de trabalho, principalmente no que tange a como ele tem desenvolvido este cuidado dentro dos consultórios. É preciso mergulhar na micropolítica que tece o processo de cuidar em saúde dentro deste espaço e refletir sobre as tecnologias apropriadas pelo Enfermeiro neste processo.

Nesse sentido Matumoto et al (2013 p. 319) e afirmam que:

[...] o trabalho clínico do enfermeiro se dá como produção em ato, em processos micropolíticos que expressam o modo como o trabalhador opera o cotidiano, construindo o cuidado no encontro com o usuário. A micropolítica caracteriza-se pela articulação de seus componentes operadores: o trabalho vivo, aquele que vai se dando em ato, e o trabalho morto utilizado como ferramenta ou matéria-prima, que representa um trabalho humano anterior.

Descortinar essa micropolítica é refletir sobre as teias que a compõem, reconhecendo o grande potencial que ela tem de ser o caminho mais perto para a “reestruturação produtiva em saúde”, sendo esta; a representação das mudanças nos modos de produzir cuidado, geradas a partir de inovações nos sistemas produtivos em saúde (MERHY E FRANCO, 2005 p. 04).

Entretanto o que se sabe, é que há tensões produzidas neste cenário de Atenção Básica consequentes ao emprego de certo esforço dos Enfermeiros por resolverem as demandas, trazidas pelos usuários, com base na lógica da concepção ampliada de saúde e com foco nas tecnologias leves. Porém muitas vezes seus saberes e habilidades técnicas não se mostram suficientes, levando à coexistência da reprodução de práticas já instituídas e da criação de novas formas de produção do cuidado (MATUMOTO et al, 2013 p 319). Este processo de reprodução e novas produções refazem a todo instante o modo como a micropolítica se apresenta dentro dos consultórios de Enfermagem, mostrando que todo o processo de cuidar carrega em si certa plasticidade, pois se permite romper, remodelar ou mesmo reproduzir.

4. MÉTODOS E TÉCNICAS PARA INVESTIGAÇÃO

O presente estudo configura-se em uma pesquisa descritiva, pois o pesquisador se ocupa com a atuação prática (GIL 2008, p. 28). A prática, nesse estudo, está delimitada na atuação do Enfermeiro de Saúde da Família durante a realização da consulta de Enfermagem, sendo este o fenômeno a ser analisado. Esta pesquisa possui abordagem qualitativa. Para Minayo e Sanches (1993, p. 244) esse tipo de abordagem gera uma aproximação de caráter intimista entre o sujeito e o objeto, compreendendo-os como pertencentes à mesma natureza, permitindo ganho de significação às ações, às estruturas e às relações.

Este estudo tem por campo de pesquisa quatro unidades de atenção básica que trabalham com a Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. O município do Rio de Janeiro no ano de 2009 contava com uma cobertura da ESF em torno de 7%. Desde então, a nova gestão do município passou a promover uma reforma na APS com muita ênfase na expansão da cobertura da ESF, representado pela criação das novas Clínicas da Família e pelas Unidades tipo A (ambas 100% ESF), diferente das unidades B (Unidades com algumas ESF) e C (Unidades Tradicionais, sem ESF). Assim, no final de 2012, a abrangência da cobertura populacional da ESF era 40% (HARZHEIN, 2013 p. 1).

Quanto às técnicas de produção de dados, utilizamos a observação que se configura como uma aproximação inicial com o cotidiano do trabalho em saúde das equipes selecionadas.

O principal objetivo da observação simples foi analisar como se dá a consulta do enfermeiro na prática desses profissionais, a interação dele com o usuário, a dinâmica da consulta, e sua direcionalidade quanto aos processos de trabalho instituídos nesses espaços. A observação não se usa de qualquer tipo de intermediação para captação dos fenômenos (GIL, 2008, p. 101).

A segunda técnica utilizada na produção de dados foi a entrevista semiestruturada que constitui um tipo de entrevista “que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado” (MARTINS E BOGUS, 2004, p. 50). Tem como objetivo obter informações sobre condutas, concepções dos sujeitos quanto à consulta, aspectos relacionais, tecnologia empregada nas consultas, ou seja, complementar informações ou clarear aspectos observados nas mesmas.

Segundo Freitas (2009, p. 29) na entrevista, apesar de ser o sujeito que se expressa, sua voz traz em si o tom de outras vozes, refletindo a realidade de seu grupo, gênero, etnia, classe, momento histórico e social. E Minayo (2010, p. 205), acrescenta que:

Por meio da comunicação verbal- que é inseparável de outras formas de comunicação- as pessoas “refletem e refratam” conflitos e contradições próprias dos sistemas sociais e políticos, e de suas formas de dominação e de suas formas de dominação, em que a resistência está dialeticamente relacionada com a submissão das pessoas na vida cotidiana.

Para esta mesma autora (2010, p. 203), “a palavra, como símbolo de comunicação por excelência” é matéria prima da entrevista e as “interações sociais em campo” configuram o objeto das observações.

A escolha do campo é fundamental para o processo de investigação e deve considerar vários aspectos entre eles o interesse do pesquisador, o objeto e os objetivos propostos para o estudo. Desta forma a eleição das unidades se deu de modo a contemplar diferentes perfis das unidades com estratégia de saúde da Família na AP 1.0, excluindo-se, porém, propositalmente a Estratégia de Saúde da Família para população de rua, pois se entende que esta vivencia um perfil de realidade de trabalho extremamente diferenciado, inclusive conta com um capítulo a parte na Política Nacional de Atenção Básica (2012), não atendendo, portanto o foco do presente estudo.

O município é dividido regionalmente em áreas de Planejamento a título da organização da gestão local da rede de Atenção à saúde. Trabalhamos com a área programática 1.0, que é formada por 15 bairros e 6 Regiões Administrativas, detendo 2,8% do território da cidade do Rio de Janeiro (34,39 km²). É o centro histórico da cidade, porém também representa a área que mais sofreu transformações do cenário urbano. Essa área programática possui três Clínicas da Família (CF), dois Centros de Saúde-Escola (CSE), uma policlínica e nove Centros Municipais de Saúde (CMS), além da Estratégia de Saúde da Família para população de rua.

Buscou-se um CMS (centro Municipal de Saúde) no centro da cidade (Marcolino Candau), e o CMS da Ilha de Paquetá (local bastante afastado do centro da cidade), um CSE (Centro de Saúde Escola) a mais recente Clínica da Família inaugurada na área de planejamento 1.0 e, a segunda Clínica da Família inaugurada na área da AP 1.0, no período de realização deste estudo. A primeira Clínica da Família inaugurada na área foi a princípio convidada a fazer parte do estudo, mas como desta, não conseguimos um retorno da gerência da unidade em tempo hábil que correspondesse ao cumprimento do cronograma da presente

pesquisa, esta foi então, excluída como campo de coleta de dados, restando a princípio cinco unidades potenciais para participação neste estudo.

O Centro de Saúde Escola São Francisco de Assis foi escolhido por ser o único pertencente à Área de Planejamento em questão, e o CMS Marcolino Candau pela proximidade física com o Centro de Saúde Escola, o que facilitou o deslocamento da pesquisadora e, conseqüentemente, o cumprimento dos prazos da presente pesquisa.

A identificação dos participantes da pesquisa se baseou no fato de que são pessoas que disponibilizassem os dados e as informações capazes de provocar o entendimento sobre a realidade a ser estudada, pautada nos seguintes critérios: 1) Enfermeiros atuantes na ESF de uma das cinco unidades de atenção primária escolhidas, localizadas na área programática 1.0 da cidade do Rio de Janeiro; 2) Enfermeiros que pelo menos três meses de atuação na unidade. Foram excluídos aqueles que no período da coleta de dados estivessem gozando de férias ou licença médica/maternidade, e aqueles que estivessem cobrindo férias de outros Enfermeiros. O cruzamento destes critérios, portanto, serviu de base para selecionar Enfermeiros para participarem do presente estudo.

O dimensionamento numérico da amostra foi a princípio, a relação de um Enfermeiro para cada Unidade de Atenção Básica da AP 1.0 que possua Estratégia de Saúde da Família, totalizando uma amostra inicial esperada de catorze Enfermeiros, porém, devido à saturação dos dados colhidos, ou seja, devido à repetição dos elementos presentes nas entrevistas e observações, a amostra de dez Enfermeiros foi suficiente para a construção deste estudo, não sendo necessária a participação de uma das Clínicas da Família escolhidas.

O período de coleta de dados foram os meses de abril e maio de 2015. Cada Enfermeiro foi observado por um turno de consultas (manhã ou tarde), independente do número de consultas que foram realizadas nesse mesmo turno, e as entrevistas foram aplicadas no mesmo turno; no início ou no final dele, a critério da possibilidade apresentada pelo sujeito da pesquisa, de modo a não prejudicar sua rotina de trabalho.

Espera-se que as informações colhidas possibilitem definir mais claramente o processo de trabalho nas consultas de Enfermagem no campo da Saúde da Família.

O roteiro de entrevista utilizado (Anexo I) possui dois momentos; a parte A destina-se ao levantamento do perfil de profissionais que farão parte da pesquisa, e a parte B destina-se ao foco das informações a serem coletadas a respeito do olhar do Enfermeiro para a Consulta de Enfermagem.

4.1 A PRODUÇÃO DE DADOS E A VISÃO MARXISTA

As teorias dão base à execução do método, pois delimitam os focos para os quais estará voltado o olhar do pesquisador durante o processo de coleta de dados.

Minayo (2010, p. 290) afirma que “a teoria marxista tem desenvolvido pouco sua reflexão sobre o trabalho de campo”, mas aponta também, que a ênfase da observação no marxismo consiste nos conflitos, contradições e diferenças, com destaque para o contexto “uma vez que considera a saúde da população como uma derivação das suas condições de vida” (MINAYO, 2010, p. 296). No caso deste estudo a observação estará direcionada às práticas do Enfermeiro durante a consulta de Enfermagem na ESF, e deverá levar-se em conta a totalidade explícita e oculta das situações e não as partes isoladas do todo. Ou seja, apropriando-nos do pensamento de Marx, de que os seres humanos não são árbitros sem relação de dependência de seus atos, tendo a sua realidade determinada por condições estruturais prévias (MINAYO, 2010, p. 130), a captação do material (palavra ou interações sociais) não poderá se dar a parte do contexto que o instituiu, uma vez que a visão marxista requer sempre um fundamento histórico.

Por outro lado, oferece condição de produção e apreensão da significação dos textos que são produzidos pelos participantes envolvidos no estudo, com vistas a compreender melhor o funcionamento do se quer estudar, no caso do presente estudo; a consulta do enfermeiro.

A hermenêutica- dialética, técnica de análise, produz a síntese dos processos compreensivos e críticos e, portanto, adequado para ser empregado nesta pesquisa para o tratamento dos dados produzidos com a observação e a entrevista.

Minayo advoga ideia da hermenêutica configurada como arte do compreender, e a dialética como arte do estranhamento e da crítica. Para ela, “em Marx, a dialética está presente como método de transformação do real que por sua vez modifica a mente criando as ideias” (MINAYO, 2008, p. 10).

A Hermenêutica enquanto método surgiu na Grécia Antiga para interpretação de textos literários, posteriormente sagrados, e jurídicos, na “busca de cientificidade para as ciências interpretativas” (WELLER, 2007 p. 3). Buscava-se alcançar o sentido original do texto, e até mesmo compreender as condições que contextualizavam a interpretação. A hermenêutica parte do princípio que em ciências humanas as coisas não podem ser simplesmente explicadas, mas precisam de fato ser compreendidas (CARDOSO et al, 2013 p

5). Este método visa fazer da “compreensão” (embora seja este ainda um processo cotidiano que acompanha ações sociais) um método científico de construção de um conhecimento (WELLER, 2007 p. 4), visando transcender o nível de senso comum. O estudo da Hermenêutica se baseia na ideia que a imbricação entre sujeito- objeto se dá por meio da linguagem.

Todo discurso é composto por um fator objetivo, expresso pela linguagem do sujeito, e por um fator subjetivo, relativo à interpretação do momento psicológico do discurso. Esta interpretação psicológica por sua vez, “de modo algum consiste em um tipo extralingüístico de apreensão do autor e seu pensamento” (SCHLEIERMACHER, 1999, p. 18). Faz parte da própria linguagem, compõe o discurso. Em termos práticos, a técnica hermenêutica divide-se basicamente em dois momentos, como bem define Cardoso et al (2013 p 5): o gramatical e o psicológico:

O momento de interpretação gramatical analisa o discurso, o uso das palavras, os conceitos. O momento psicológico transcende o sentido objetivo das palavras, e se dá quando o intérprete se propõe a reconstruir as “intenções” do sujeito que proferiu as palavras. Essas duas dimensões possuem uma forte ligação, deixando evidente a visão hermenêutica de que há uma estreita conexão entre pensamento e linguagem.

Compreender é não só debruçar-se sobre aquilo que está dado, mas não deixar-se limitar unicamente pelo que se percebe. É esforçar-se para apreender os significados e significâncias que transpassam aquilo que se mostra como achado. E nisto consiste a arte da Hermenêutica.

A lógica dialética não admite que o foco no sujeito ocorra em demasia sem que haja o então confronto com seu contexto histórico, e entende a contradição manifesta na realidade através dos antagonismos que só se tornam visíveis após um mergulho na realidade em estudo, “e entende como irracional a ciência que ignora isso, já que opera em direção oposta à da experiência” (CARDOSO et al, 2013 p. 6).

A Técnica da Hermenêutica-Dialética é resumida por Cardoso et al (2013, p. 7) quando afirmam que:

A técnica de análise hermenêutico-dialética preserva, da hermenêutica, a possibilidade de interpretação dos sentidos que os sujeitos elaboram em seus discursos, e se combina à compreensão de tais sentidos face às contradições que lhes constituem, e ao seu contexto social e histórico, por meio da lógica dialética.

Esse misto de características do método da Hermenêutica Dialética atende aos objetivos deste trabalho, uma vez se tratando de um sujeito e um objeto tão permeado de subjetividades, apenas um instrumento que viabiliza um “mergulho na realidade” dada, considerando os aspectos do processo histórico das relações sociais, seria capaz de corresponder às expectativas da presente pesquisa, na medida em que é possível valorizar as complementaridades e divergências presentes na linguagem dos participantes do estudo, trazendo a importância da história, da prática, da não imparcialidade do pesquisador, do questionamento do tecnicismo, da valorização da produção subjetiva e da crítica. Entretanto a Hermenêutica valoriza o consenso e a dialética é orientada pela diferença.

Com base no exposto, formulou-se um fluxo para organização, classificação e análise dos dados de modo que se traçasse uma trajetória intercomplementar. O fluxo pode ser consultado no apêndice C do presente trabalho.

O modo de organização das sínteses verticais e horizontais pode ser observado no quadro abaixo, porém, a título de melhor visualização da produção dos dados, os fragmentos retirados das entrevistas e do diário, serão omitidos no capítulo seguinte, sendo destacadas apenas as sínteses horizontais e verticais, podendo esses fragmentos ser visualizados em anexo ao final deste trabalho.

Quadro 1: Sínteses verticais e horizontais do material produzido

| Unidades de Sentido | Fragmento da observação/diário | Fragmento da entrevista | Síntese Horizontal |
|---------------------|---|--|--|
| Unidade 1 | Fragmentos selecionados do diário de campo relativos ao delineamento e à definição da Unidade de sentido 1. | Fragmentos selecionados das entrevistas relativos ao delineamento e à definição da Unidade de sentido 1. | Síntese da definição da Unidade de Sentido 1 a partir dos fragmentos analisados. |
| Unidade 2... | Fragmentos selecionados do diário de campo relativos ao delineamento e à definição da Unidade de sentido 2. | Fragmentos selecionados das entrevistas relativos ao delineamento e à definição da Unidade de sentido 2. | Síntese da definição da Unidade de Sentido 2 a partir dos fragmentos analisados. |
| Síntese Vertical | Síntese a cerca do que observações apontam | Síntese a cerca do que as entrevistas apontam | Síntese das unidades de sentido, que definirão a |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | Caracterização do processo de trabalho do Enfermeiro na consulta de Enfermagem na ESF. |
|--|--|--|--|

Autores: Abrahão, AL e Amaral, IBST

Os enfermeiros participantes tiveram seus nomes omitidos e codificados pela letra E seguida de um número sequencial aleatório.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, obtendo aprovação no dia 24 de março de 2015 sob o parecer de número 996.698, e também ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro SMS/ RJ, sendo aprovado em 13 de abril de 2015 sob o parecer de número 1.021.164.

O presente Estudo observa e segue as orientações da Resolução 466/2012 que determina as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas que envolvam seres humanos. Os pesquisadores têm ciência de que a mesma oferece risco moral aos sujeitos participantes. Salientamos aqui, que caso houvesse a percepção da ocorrência deste fato, a pesquisa seria imediatamente interrompida.

Ressalta-se o fato de que os indivíduos participantes tiveram sua entrada na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo, serão apresentados e discutidos os resultados dos dados produzidos, tratados segundo a hermenêutica-dialética, divididos em dois momentos conforme descritos abaixo.

O primeiro momento será destinado a apresentar as unidades de análise, que definiram as características do processo de trabalho do Enfermeiro na consulta de enfermagem, bem como as potencialidades e limitações da mesma, que emergiram da análise das entrevistas somadas aos principais marcos do processo de trabalho dos Enfermeiros observados durante

as consultas. A importância dos dados observados então somados ao discurso das entrevistas se destaca como uma forma de trabalhar com dados que de fato, transcendam ao sentido objetivo das palavras.

No segundo momento, buscar-se-á conduzir uma análise do fenômeno observado, ou seja, uma análise do processo de trabalho do Enfermeiro no ato da consulta de Enfermagem tomando por base a identificação dos pontos convergentes, divergentes, complementares e diferentes do material analisado de modo a sintetizar os principais aspectos da discussão desenvolvida. Sem perder de vista a lógica dialética no contexto da ideia Marxista onde nada se dá a parte das contradições e contexto histórico que o instituiu. Nesse momento serão retomados alguns conceitos teóricos já discutidos no presente trabalho, os dados empíricos que de limitaram os pontos convergentes, divergentes, complementares e diferentes do material e a interpretação já desenvolvida, para conformar o processo de triangulação de dados, em cuja etapa do trabalho se configurará o segundo capítulo da análise, intitulado: Análise da consulta do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

Entretanto, antes de adentrarmos no primeiro momento, apesar de não ser o objetivo do presente estudo, tratar sobre o perfil dos Enfermeiros atuantes na ESF segue de modo sucinto a apresentação do perfil dos sujeitos participantes dessa pesquisa.

Quadro 2: Perfil dos Enfermeiros em número absoluto (n= 10)

| Características | N |
|--|----|
| Idade | |
| 20-30 | 03 |
| 31-40 | 03 |
| 41-50 | 01 |
| >54 | 03 |
| Tempo de Formação (anos) | |
| < 5 | 06 |
| 5-10 | 03 |
| 11-20 | 0 |
| >20 | 01 |
| Tempo de Trabalho na ESF (anos) | |
| < 1 | 02 |
| 1-5 | 04 |
| 5-10 | 02 |
| >10 | 02 |
| Tempo de trabalho na unidade em questão (anos) | |
| <1 | 03 |
| 1-5 | 07 |

| | |
|---------------------------|----|
| Turnos de consulta/semana | |
| 5 | 08 |
| >5 | 02 |

Fonte: Dados da pesquisa

Como se pode observar no quadro acima, a faixa etária dos sujeitos foi bastante diversificada, variando de 26 a 55 anos de idade. Mais de 50% desses enfermeiros possuem um tempo de formação de até 05 anos, e reservam até 05 turnos semanais da sua agenda para consulta de Enfermagem.

Dos dez enfermeiros participantes, apenas um é do sexo masculino, o que reforça a questão já discutida em capítulos anteriores quanto à majoritariedade histórica do sexo feminino na profissão.

O período de trabalho na unidade em questão não passa dos cinco anos, o que nos faz refletir sobre duas possibilidades: a rotatividade de profissionais na ESF, ou o fato do fortalecimento da ESF na cidade do Rio de Janeiro ter acontecido de modo mais forte, de fato nos últimos cinco anos.

Na análise das entrevistas, buscou-se apreender o que o sujeito define enquanto ferramenta essencial e finalidade da consulta de Enfermagem, bem como os potenciais e dificuldades para realização da mesma, além da relação de sentido da consulta do enfermeiro para os sujeitos da pesquisa. As significâncias do discurso são reconstruídas através da apreensão de como aquele sentido e aquelas definições estabelecidas pelo sujeito se materializam na prática da consulta do enfermeiro, através da captação de pontos comuns entre as entrevistas e as observações.

5.1 CARACTERIZAÇÃO E FERRAMENTAS DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

Através dos dados colhidos pelas entrevistas e observações, foi possível estabelecer enquanto unidades de análise, quais as características, potencialidades e limitações mais marcantes e definidoras, ou seja, que aparecem de modo mais forte no do processo de trabalho do Enfermeiro, durante a consulta de enfermagem. A associação desses dados “brutos”, retirados dos registros das entrevistas e observações pode ser verificado no apêndice D.

Para melhor visualização das características atribuídas ao processo de trabalho do enfermeiro foi construída um quadro simples de associação paralela, onde também é destacada a síntese horizontal dos dados produzidos pelas entrevistas e observações que definiram as unidades de análise em questão, como segue abaixo (Quadro 2).

Quadro 3: Caracterização do Processo de trabalho do Enfermeiro na Consulta do Enfermeiro: síntese Horizontal

| Unidades de análise | Síntese horizontal dos Dados das entrevistas e observações |
|---|--|
| 1. Caráter de aproximação com a Integralidade | O cuidado abrange família, território e indivíduo, porém, não modificam de forma criativa os modos de abordagem do indivíduo, pois mantém uma reprodução de modelos verticais de atenção à saúde. |
| 2. Caráter educativo-prescritivo | Ao longo da maioria das consultas observadas, as orientações são explicadas, e ao final de cada consulta se retoma o plano de cuidados ponto a ponto para garantia de apreensão das orientações pelo usuário. Porém, apesar de haver explicações das orientações, elas ainda são em algum nível, prescritivas e refletem talvez um pouco da herança militar da história da Enfermagem com a presença das falas: “Não pode.” “Tem que fazer.” |
| 3. Caráter personalizado | O vínculo emerge durante as entrevistas e observações, enquanto possibilitador de direcionamento personalizado das abordagens durante a consulta, e da construção do plano de cuidados para o indivíduo. |
| 4. Caráter múltiplo-simultâneo | O tempo de trabalho parece ser curto para a quantidade de atendimentos e para o desempenho de muitas funções; culminando na sobreposição dos atendimentos e das atividades. |
| 5. Caráter Fragmentado | Há muitas “pausas” durante o Encontro usuário-enfermeiro, devido às interrupções geradas pela demanda excessiva de atendimentos e atividades. |
| 6. Caráter “vivo” | O trabalho do enfermeiro não é capturado em sua totalidade, pelos protocolos da Atenção Básica. |
| 7. Potencialidades da consulta do enfermeiro | A consulta do enfermeiro tem grande potencial gerador de cuidado através do acolhimento, da escuta ativa, e do vínculo para a identificação das reais necessidades do paciente, visando a construção de um plano de cuidados que seja concernente com a realidade do indivíduo, e que o mesmo apreenda a importância das orientações realizadas. |

| | |
|---|--|
| 8. Limitações da consulta do enfermeiro | A consulta do enfermeiro tem seu potencial reduzido mediante a existência de grande número de interrupções geradas pela excessiva procura não organizada de usuários e outros profissionais por falar com o Enfermeiro, para resolução de atendimentos não programados, renovação de receitas, solicitação de exames- grande parte deles; adiantamento de “trabalho médico”, reduzindo a qualidade do cuidado desenvolvido nesse espaço. Além disso, parece não haver valorização do profissional Enfermeiro nem pela comunidade, nem por si mesmo, quando este se autorrefere de modo inferior ao médico, quando permite a banalização das interrupções do momento da consulta e quando organiza o seu processo de trabalho durante a consulta em torno de uma avaliação médica. Além disso, há um reduzido conhecimento clínico aplicado durante as consultas, que acabam se baseando em sua maioria, mais na escuta ativa, e seguimento vertical de protocolos. |
|---|--|

Fonte: Dados da pesquisa

A seguir, essas unidades de análise serão discutidas a luz da hermenêutico-dialética juntamente com os achados das entrevistas.

5.1.1 Caráter de aproximação com a Integralidade

Há um movimento de aproximação com a prática da Integralidade em uma parte importante das consultas observadas. Nelas, por diversas vezes eram realizadas perguntas a cerca de familiares dos usuários que estavam sendo atendidos, perguntas a cerca do convívio familiar, perguntas sobre o território onde o usuário atendido residia, as rotinas de vida diária das famílias, incentivando o comparecimento de outros membros da família nas consultas de pré-natal e puericultura para envolvê-los no processo de cuidado respectivamente da gestante e da criança. Esses fatos, obviamente, não chegam a definir um cuidado integral, mas transparecem uma aproximação do profissional com a realidade de vida dos usuários, o que pode contribuir grandemente para a saída de um modelo queixa-conduta, no direcionamento da consulta. Salientando que, por ter uma formação voltada a essa compreensão da pessoa “como um todo”, é necessário que o enfermeiro tenha a clareza de que o contexto de vida particular de cada indivíduo determina os modos de cuidado mais ou menos eficazes em cada situação de saúde. O que se busca é uma aproximação com o modo de andar a vida do usuário, conseqüentemente uma redução do foco no eixo queixa conduta, e um realocamento desse usuário como centro.

Entretanto, esse caráter de integralidade foi definido como uma aproximação, porque a verdadeira concretização da integralidade deveria envolver uma total quebra dos modos

verticais de abordagem ao sujeito. E a protocolização das condutas, o raciocínio clínico enquadrado nas “caixinhas” dos programas verticais ainda é uma característica forte nos consultórios de enfermagem. Em uma das consultas observadas, uma colocação da Enfermeira chama atenção nesse sentido:

Você veio no ano passado, mas não foi consulta pela Hipertensão, foi por outra coisa.(E9)

Ora, a consulta é do paciente ou da doença? No momento da entrevista, novamente essa profissional deixa claro a dificuldade de lidar com os pacientes que “não se encaixam” nos programas:

As vezes você é obrigada a fazer certas coisas que nem é do teu conhecimento, da tua responsabilidade [...] As vezes algumas prescrições que eu discordo, fora de protocolo, e a gente tem que as vezes estar assumindo isso. E as vezes a gente assume. Porque assim, a consulta de enfermagem nos protocolos você já tem aquele paciente certo pra você fazer, mas muitas vezes, você atende o que não tá no protocolo. (E9)

Para além de enxergar esse paciente “que não está no protocolo” como uma “responsabilidade muito grande”, causa certa inquietação a parte da fala em que remete à necessidade da prescrição daquilo que está fora do protocolo. Prescrição esta que pelo contexto do discurso, se limita a prescrição medicamentosa. Por que o Enfermeiro se sente obrigado a fazer o que está fora de seu conhecimento? E o que ele julga estar de fato fora de seu conhecimento, deveria mesmo estar fora, ou é posto para fora? Durante as observações, não houve situações que exemplificassem esse “tomar para si” responsabilidades para além do que compete ao Enfermeiro enquanto profissional. Talvez pela própria presença da pesquisadora no consultório alguns atos podem ter sido inibidos em algum grau. O único ato prescritivo medicamentoso fora de protocolos foi a prescrição de analgésico para adultos (não gestantes). Outras prescrições não protocoladas relacionavam-se diretamente com pequenas mudanças nas rotinas de vida, como colocar a criança para dormir em um espaço só dela que não fosse a cama do casal, o estímulo ao aumento do diálogo entre mãe e filho, que vivenciavam um conflito, dentre outros.

Em alguns momentos a verticalização dos programas acaba por gerar a “produção de um pseudocuidado”, ou seja, algo que foi pensado para ser efetivamente o cuidado é tomado como cuidado, mas não é cuidado. Essa situação ficou tão evidente em certos momentos que a captura do que seria a verdadeira produção de um cuidado integral, voltado às reais necessidades do indivíduo, chega a se concretizar no uso de um termo que remete totalmente a um processo de trabalho mecanicista, conforme apontado no trecho abaixo da entrevista:

Dificuldade na unidade né, na realidade que a gente vive é falta de tempo né; a correria das agendas lotadas junto com as demandas, as outras diversas demandas que a gente tem. [...] Tem uma fila lá fora esperando, e a gente tem que “despachar” a queixa principal. (E 10)

Despachar, segundo o dicionário Aurélio significa resolver ou aviar, que por sua vez tem seu sentido descrito em “pôr em estado de empreender caminho ou ir-se embora”. Em outras palavras, o “despachar” emerge com um sentido muito mais próximo de “livrar-se” do outro, do que de acolher sua demanda para a construção de uma solução que seja de fato resolutive.

A falta de tempo devido ao excesso de atendimentos e atribuições não pode justificar a consolidação de um modelo processual de trabalho do Enfermeiro que se assemelhe a uma “produção em série”, pois o cuidado não se produz em série, mas na individualização do outro, na permissibilidade de um encontro onde profissional e paciente tenham participação no processo de produção do cuidado. Porém, nesse modelo vertical de atenção, nem o profissional é livre para criar formas de cuidado, e menos ainda o indivíduo encontra espaço para participar dessa produção.

Essa necessidade do direcionamento da consulta do enfermeiro dentro desse modelo médico-centrado, mecanicista e prescritivo impossibilita que o caráter de aproximação com a integralidade venha emergir como uma concretização da integralidade de fato.

5.1.2 Caráter educativo-prescritivo

Percebe-se que todo o processo de formação acadêmica do Enfermeiro, é perpassado pelo objetivo de formação de um profissional que além de educador, seja capaz de organizar as ações e serviços de saúde e que detenha, teoricamente, uma visão “mais ampliada” do processo de cuidado dos sujeitos. É evidente a autorreferência do Enfermeiro enquanto um educador nos seguintes trechos de entrevista:

*“[...] você cuida, você orienta, elas **seguem**, né...” (E 8)*

“A principal finalidade da consulta seria Educação em Saúde.” (E 1)

A educação é uma ferramenta mediadora do cuidado. Entretanto, cabe questionarmos que tipo de educação pode-se dizer que o Enfermeiro consegue fazer dentro dos consultórios? Será que esse verbo “seguir” as orientações, é de fato o que melhor define um bom resultado de um processo de educação em saúde? Ou será que chamamos de educação os atos prescritivos ditados nos consultórios?

Quanto às consultas observadas, pode-se dizer que a maioria delas configura espaços de “educação prescritiva”, embora haja uma preocupação com o uso de uma linguagem compreensível pelo sujeito. Outra característica marcante, ainda no âmbito do Enfermeiro enquanto educador em seu processo de trabalho, é que este profissional dispõe de duas ferramentas que instrumentalizam o ato da educação durante a consulta; a primeira delas é a explicação das orientações. Na maioria das consultas observadas, após cada orientação dada, uma justificativa quanto ao “porque” e “para que”, era verbalizada. Vale ressaltar que a linguagem utilizada pelos Enfermeiros observados, parecia sempre ser utilizada na tentativa de se aproximar ao máximo do entendimento do paciente, no objetivo do estabelecimento de uma comunicação efetiva, para uma orientação mais adequada e contextualizada. A segunda ferramenta utilizada nesse processo educativo concretiza-se no ato de repetir as orientações ao final da consulta. Como se um “resumo do plano de cuidados” fosse feito no intuito de reforçar a apreensão deste pelo usuário. Durante as observações, foi possível constatar que: para além do fazer, o Enfermeiro se preocupa em explicar o que está fazendo. Para além de prescrever, o Enfermeiro se preocupa em saber se o paciente compreende a prescrição. Para além de orientar, o Enfermeiro se preocupa em entender se o paciente compreende a importância da orientação. Porém, ainda assim, configura-se um caráter mais prescritivo do que necessariamente educador, pois não há espaço para o usuário fazer sugestões sobre o cuidado de si.

Nas observações pôde-se por diversos momentos ser identificadas falas como: “Não pode”, “Isso mata”, “Tem que fazer”. Talvez possamos localizar historicamente este caráter educador, na herança do modelo higienista, prática sanitária que acompanhou a era Oswaldo Cruz na história da Enfermagem. Essa postura acaba por gerar frustração no Enfermeiro, quando o usuário opta por seguir um caminho diferente do apontado pelo Enfermeiro, fazendo

com que o profissional tome para si um a responsabilidade que na verdade deve ser compartilhada com o usuário, conforme aponta o fragmento da entrevista abaixo:

“Não é porque você não”...eu não me sinto incapaz, entendeu? Mas você se questiona...será que eu poderia fazer mais? E como fazer mais se você tem uma carga de trabalho que...você viu né [...]. Porque você educar é você às vezes ter que ta lá todo o dia falando, falando, falando, falando... e é isso o que me dá tristeza, porque às vezes, por mais que você oriente, por mais que... alguns né, porque alguns aceitam, né tem os dois lados da moeda. (E 8)

Essa concepção do que vem a ser educação em saúde, além de equivocada, é geradora de frustração. A conscientização do outro não é um processo que depende de um ser externo (no caso do profissional de saúde), é um processo que tem que começar dentro do próprio indivíduo, pois a ideia do que seja o melhor cuidado deve ser construída coletivamente caso o contrário, o trabalho do enfermeiro, passará de educador a polícia médica, como aponta o fragmento de entrevista abaixo, a cerca do acompanhamento de um caso de um paciente portador de tuberculose:

*[...]foi muito difícil porque a gente tinha que conversar muito, chamava ele na unidade e ele não vinha, a gente ia na casa dele, fazia busca ativa, conversava com a mãe, com os irmãos, com os primos, conversava com todo mundo pra tentar cercar ele de todas as maneiras, **botava ACS na cola dele**, então, assim, foi um caso de muita dificuldade, mas no final a gente até conseguiu que ele voltasse a fazer o tratamento. (E7)*

Talvez essa postura se justifique pela existência de algum nível de cobrança que não ficou muito evidente durante as observações, mas que despontou em um pequeno trecho de entrevista:

“Tem coisas que não estão nas nossas mãos, mas...cobram da gente!” (E8)

Outra possibilidade é a questão de não haver a preocupação em se perguntar ao indivíduo; o que é mesmo que ele quer. A educação em saúde verdadeira deveria possibilitar mudanças na vida das pessoas, instrumentando-as para tomarem decisões e não representar tentativas de normatização, controle ou muitas vezes, de medicalização da própria vida. Talvez a concretização dessa educação em saúde, dependa muito da sensibilidade do profissional, e da organização do seu processo de trabalho, mesmo em meio aos muitos

atendimentos, de modo a despender atenção necessária ao usuário, e captar aquilo que o toca, aquilo que pode fazer sentido para ele, conforme apontado no trecho de entrevista abaixo:

“Não adianta você saber do que ta tratando, mas é ter sensibilidade. Essa coisa de você saber tocar no ponto certo na hora certa, de acordo com todas essas limitações de tempo que a gente tem.” (E10)

Um exemplo disso pôde ser captado em uma das consultas observadas; em uma consulta de hipertensão, a Enfermeira descobre que a paciente havia abolido o sal da sua dieta. Mas havia trocado o sal de cozinha pelo tempero pronto em cubo e orgulhosamente falava que passou a usá-lo nas carnes, no feijão, no arroz. A Enfermeira então, explica a cerca da composição do tempero em cubo, e como o sódio presente nele sobrecarrega os rins, e os efeitos dessa sobrecarga renal na hipertensão e na vida da paciente. A paciente faz perguntas, apreende as informações e divide com a Enfermeira ao final da consulta, o conhecimento a cerca de outros tipos de temperos alternativos, que não afetassem a sua pressão arterial.

Portanto cabe aqui a constatação de que apesar do enfermeiro ser um profissional educador, e que em raros momentos da consulta, encontra um meio de potencializar o indivíduo através da educação em saúde, essa educação tem sido majoritariamente uma educação prescritiva.

5.1.3 Caráter personalizado

Há características do processo de trabalho do Enfermeiro na consulta do enfermeiro, que emanam do contexto da própria Estratégia Saúde da Família. Como é o caso da constante possibilidade da realização de uma consulta personalizada, ou seja, cuja abordagem do usuário varia muito conforme a relação de vínculo, o conhecimento da história de vida, e o conhecimento do próprio território.

Os usuários são chamados pelos nomes e algumas vezes, até mesmo por apelidos, quando através destes os usuários se reconhecem mais do que nos próprios nomes. O reconhecimento do paciente enquanto indivíduo é importante para o início da relação Enfermeiro-paciente. Os Enfermeiros perguntam sobre os familiares dos usuários pelos nomes. Existe uma relação de conhecimento, vínculo e confiança, que se manifesta no trabalho vivo, e que não pode ser capturado por protocolos da Atenção Básica. E esse vínculo além de tornar-se visualmente essencial para o estabelecimento do cuidado integral, conforme

observado nas consultas, também emerge das falas dos entrevistados, conforme seguem abaixo descritos:

“[...] e você ter aquela interação com ela e...você sente que ela tem o prazer de vir aqui, e confia. Até porque se não já tinha saído, neh...mas confia.” (E 8)

“Eu acho que o principal da consulta de enfermagem é quando você tá lidando com o paciente diariamente [...] você observa como ele tá na rotina, então você tem a percepção de ver se ele tá bem naquele dia [...]. O paciente está sempre bem, e num dia chega triste, e no outro dia, bem triste de novo, então você começa a perceber quando o paciente tem algum problema, que às vezes nem ele mesmo se deu conta.” (E 7)

“[...] a gente constrói um vínculo muito grande com o paciente, a gente consegue, né...permitindo uma confiança. Uma troca maior. Um cuidado maior.” (E 10)

O conhecimento dos indivíduos atendidos, os saberes sobre sua rotina de vida, sobre sua família e seu território instrumentalizam o enfermeiro ao desenvolvimento do vínculo capaz de sustentar um acompanhamento diferenciado, uma abordagem integral.

Esse tipo de processo de trabalho acaba por resultar no aumento da demanda espontânea, que reflete o grau de confiança que o paciente adquire na equipe, conforme bem aponta o trecho de uma entrevista abaixo:

“[...] e porque essa demanda? É uma coisa que é uma consequência, por causa do elo que eles tem com a gente e por que eles não vão com uma dor de cabeça pra UPA, eles não vão com uma dor de garganta pro UPA, né? Eu sou um paciente, tenho um elo com você, você fez meu pré- natal, você fez a puericultura do meu filho. Quando ele tá com dor de garganta, eu vou pra quem? Vou pra você! Porque você quem cuidou de mim. Você que cuidou da minha primeira gravidez, da minha segunda gravidez... eu só procuro você, porque eu confio em você. Isso é um elo, a confiança. Por isso que eles voltam.”(E 2)

Vale á pena ressaltar que muitas vezes durante as observações, era possível constatar certa apreensão do Enfermeiro por ter que atender as demandas não programadas, e algumas falas como "Essa gente tem que marcar, não é assim". Essa expressão, solta, pode soar como um processo de burocratização do acesso, estabelecido pela figura do Enfermeiro. Porém, essa expressão dentro do contexto de multiplicidade de funções e papéis desempenhado pelo Enfermeiro da ESF onde além da demanda programada, ele precisa acolher toda a demanda espontânea que chega até a unidade, além das demandas do nível central de dados epidemiológicos, visitas domiciliares de urgência para preenchimento de fichas de

investigação de óbitos, registros de produção, supervisão do técnico de enfermagem, supervisão dos ACS, gerenciamento de insumos necessários ao adequado funcionamento da unidade, dentre outras atribuições, e em meio a todo esse cenário, essa expressão parece despir-se totalmente da percepção inicial que ela transmite de burocratização de acesso, e começa mais a se aproximar de um grito de socorro de um profissional que se vê em um momento tão importante que é a consulta do enfermeiro, ao mesmo tempo sufocado por uma inviabilidade de condução do seu processo de trabalho de modo que consiga dar conta de toda a demanda que chega até ele.

É difícil manter uma alta qualidade de consulta quando demandas espontâneas "evadem a programação do dia". Mas por outro lado, entendendo que atuar em saúde da família, é lidar com um mundo onde a dinâmica da vida é exacerbadamente um fator determinante do processo de trabalho, é de se esperar que este processo seja constantemente permeado "evasões da programação". Cabendo ao profissional enfermeiro, criar estratégias que auxiliem na gestão do seu processo de trabalho de modo a não prejudicar os usuários atendidos.

Nesse sentido, há um paradoxo que se estabelece na seguinte questão: É essencial, que um trabalho de qualidade na ESF seja demonstrado pelo aumento do vínculo entre profissional e usuário. Entretanto esse aumento de vínculo resulta em uma maior busca pelo atendimento na unidade. Essa busca aumentada por atendimento sem agendamento prévio, se por um lado transparece o fortalecimento do vínculo, da confiança da população no trabalho prestado, por outro lado gera interrupções, e prejuízos à consulta programada. Essa questão das interrupções será mais discutida no tópico que discute o caráter fragmentado do processo de trabalho do Enfermeiro.

A geração desse vínculo é algo esperado do cenário de atuação em Saúde da Família, pois todo o processo de trabalho, não só dos Enfermeiros, mas de todos os trabalhadores de saúde envolvidos, se constrói baseado no conhecimento do território, das famílias, e dos indivíduos. E no entendimento da dinâmica da relação entre eles.

Outra questão, que inclusive se antecipa a criação do vínculo, é o a postura investigativa do processo de trabalho do Enfermeiro no consultório. O fato da consulta do enfermeiro orientar um "processo de conhecimento do outro", além de poder ser apreendido durante as observações, também apareceu também nas falas dos Enfermeiros entrevistados:

“A consulta de Enfermagem [...] é um momento de conhecimento do paciente.” (E 6)

“[...] consulta de Enfermagem é um espaço que a gente tem com o usuário ou com a família para colher o histórico da pessoa, identificar os problemas de saúde [...]. (E 5)

A coleta do histórico, as perguntas sobre os hábitos de vida, sobre a casa das pessoas, sobre quem reside com elas, sobre atividades laborais, e renda familiar; são perguntas que fora do contexto da Estratégia Saúde da Família, é difícil observar-se. E sem essa postura investigativa, fica inviável a criação do vínculo e a construção de um cuidado personalizado.

5.1.4 Caráter Múltiplo-simultâneo

Outra característica que atravessa o processo de trabalho do Enfermeiro durante as consultas de enfermagem é o fato de este profissional desempenhar múltiplas tarefas ao mesmo tempo, conferindo um caráter além de múltiplo; simultâneo de trabalho durante a consulta. Os atendimentos se dão, muitas vezes de forma sobreposta; enquanto inicia nova consulta, registra consulta anterior, recebe caso de demanda por telefonema de ACS, ou o mesmo leva o caso até a porta do consultório, e entra para passar o caso. Durante os turnos de Observação, em todas as unidades a consulta do Enfermeiro foi interrompida por diversas vezes- chegando a 10 vezes em uma única consulta que durou cerca de 40 minutos.

E essa questão muitas vezes reflete-se na medida em que o número de cadastrados da equipe supera o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, chegando a haver equipes com mais de seis mil usuários cadastrados. Além disso, é importante haver o seguinte questionamento: de fato tudo o que é cobrado cabe mesmo ao Enfermeiro enquanto profissional?

A sobreposição acontece por atendimentos que cabem de fato ao Enfermeiro, mas também por atendimentos de demandas puramente médicas, mas que o Enfermeiro é acionado enquanto “ponte” entre o paciente e o médico, como por exemplo, a renovação de uma receita controlada, descaracterizando totalmente o trabalho da enfermagem. O Agente Comunitário de Saúde poderia encaminhar o paciente diretamente ao médico, mas ao levar o paciente ao enfermeiro, este tem sua consulta interrompida, faz a renovação escrita da receita e “leva para o médico carimbar”. Outras vezes as demandas são administrativas, como reposição de

estoque em sala de vacina por exemplo. Em uma das unidades observadas, há grande quantidade de exames médicos solicitados pelo Enfermeiro ou pelo próprio paciente que já vem com a demanda de “querer fazer um raio-X” ou querer fazer um “hemograma completo”. E mais uma vez o Enfermeiro insere em seu processo de trabalho o papel de “ponte” até o carimbo médico.

Qual é a lógica do Enfermeiro solicitar exames que não foi capacitado para avaliar? A lógica seria um mero “adiantamento do trabalho médico”? Esse fato de solicitar e pedir para o médico carimbar, não reforçaria a ideia popular de que a consulta do enfermeiro pode funcionar como uma pré-consulta médica? Em Saúde da família, a estratificação de demandas não deveria ser trabalho da equipe e não só do Enfermeiro? Não podemos dizer que em saúde da família, deveria haver demandas médicas e de enfermagem? Porque se pressupomos um atendimento de Enfermagem a toda a demanda que chega a unidade, predizemos que toda demanda é demanda de enfermagem. Esse fato não é real.

Percebe-se uma cobrança de si extrema na figura do profissional Enfermeiro, como se sempre estivessem deixando de fazer alguma coisa. E talvez de fato estejam sempre deixando de fazer, mas é importante refletirmos no “quantas coisas” se cobram que sejam feitas por esses profissionais. Ou talvez essa cobrança extrema parta do próprio profissional, que de alguma forma acaba tentando absorver muitas funções, e bloqueia assim a capacidade de organização de seu próprio processo de trabalho no consultório, refletindo numa consulta fragmentada, pelo desempenho de muitas funções de modo simultâneo, gerando baixa qualidade do atendimento prestado.

A fala abaixo demonstra certa angústia do profissional enfermeiro ao descrever sua maior dificuldade na condução da consulta de enfermagem:

“A gente tem uma demanda muito grande e deixa a gente um pouco nervosa, porque...não nervosa; incapaz, porque a gente quer acolher todo mundo, e a gente tenta. Eu tento acolher todo mundo, mas nós não somos super mulheres nem super homens, e isso me deixa com a mão...de mão atadas” (E 2)

Essa simultaneidade de ações gera um processo de trabalho altamente fragmentado dentro dos consultórios de Enfermagem, sendo muito difícil a continuidade de uma consulta, após o início da mesma, sem que seja interrompida.

5.1.5 Caráter Fragmentado

Essa simultaneidade de ações e sobreposição de consultas certamente se torna fonte geradora de estresse para o profissional de saúde, e pode causar na relação paciente–enfermeiro, certo “bloqueio no encontro”, pois como o paciente encontrará nesse momento de encontro, conforto suficiente para conseguir abrir uma situação delicada, por exemplo, se há constantes interrupções e sobreposições de atendimento? Isso é um fator prejudicial ao processo de trabalho desse Enfermeiro por duas razões: ser fonte geradora de estresse e ser bloqueio do encontro paciente-profissional, podendo resultar em uma baixa qualidade da consulta do enfermeiro. Pois para esse “ambiente de conforto” ser retomado no momento do encontro, uma vez interrompido, requer-se um esforço a mais de ambos os lados (profissional e enfermeiro).

Além disso, foi possível perceber durante as observações, que por várias vezes, o Enfermeiro uma vez interrompido, se esquecia “aonde havia parado” na consulta. Em uma das situações observadas, um exame de membros inferiores de uma grávida precisava ser realizado, mas antes que o fosse, o profissional foi interrompido por um paciente que abriu o consultório dele com uma demanda a ser resolvida. O profissional saiu então para resolver e ao retornar, se esqueceu completamente do que iria fazer e deu continuidade a consulta sem avaliar os membros inferiores da grávida. Por várias vezes, os enfermeiros observados expressavam verbalmente o resultado das seguidas interrupções: “Aonde foi que eu parei mesmo?”, “Aonde nós estávamos?”, “Me esqueci de alguma coisa?”.

Em uma das observações, onde em cerca de uma hora de atendimentos o Enfermeiro havia sido interrompido por doze vezes (em média uma interrupção a cada cinco minutos), com o paciente na maca para ser examinado, o profissional respirou fundo e desabafou: “Às vezes fico cansada de ter que pensar por todo mundo.” Apesar de não ser objetivo deste estudo, mensurar a carga de trabalho do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, os dados colhidos a cerca de seu processo de trabalho durante o ato da consulta do enfermeiro aponta para uma sobrecarga de serviço que além de comprometer a saúde o próprio trabalhador, pode comprometer a qualidade do atendimento prestado.

Essa preocupação é refletida na fala do seguinte entrevistado:

“É ACS que bate toda hora na porta, telefone que não pára de tocar, então essa é uma das coisas que... às vezes paciente tá lá na maior dificuldade de te passar uma informação. Aí o telefone toca. Acabou. Até você voltar naquilo [...] E acho que isso deve acontecer em qualquer unidade né. Interrupções...é terrível.” (E 7)

Esse comentário no final da fala do enfermeiro entrevistado, que diz que as interrupções devem acontecer em qualquer unidade, aponta para um processo de naturalização das interrupções. E olhando para o modo como os Enfermeiros agiam perante as interrupções, de fato reforça esse apontamento. Havia uma atitude resignada perante as interrupções. Os profissionais observados se permitiam ser interrompidos, apesar de verbalizarem que essas interrupções gerassem sobrecarga e dificuldade na condução das consultas.

Esse caráter múltiplo/ simultâneo define o caráter fragmentado que acaba por se tornar o processo de trabalho do Enfermeiro durante a consulta do enfermeiro. Por várias vezes durante as observações os Enfermeiros mostravam-se aflitos com o excesso de casos para resolver, e ao mesmo tempo em que se tentava despender uma atenção ao paciente atendido, pareciam estar focados em outras coisas ao mesmo tempo, transparecendo certa desorganização do processo de trabalho. Por exemplo, ao sair do consultório para pedir ao médico uma avaliação de algum caso, o Enfermeiro por várias vezes já retornava ao consultório com alguma receita na mão para ser renovada, daí enquanto continuava a consulta do paciente que precisaria de avaliação médica, o Enfermeiro ao mesmo tempo renovava a receita trazida.

Essas interrupções geram o seguinte questionamento: até que ponto a consulta do enfermeiro é reconhecida como um espaço legítimo profissional? Será que há uma desvalorização desse espaço, ou desse profissional? Essa situação justificaria tamanho desrespeito ao profissional e ao próprio usuário atendido?

Essa sobreposição de atendimentos e simultaneidade de ações, além de ter sido apreendida ao longo do período de observação, apareceu de modo bastante claro nas entrevistas, conforme mostrado abaixo:

“Então assim, eu acho que essa pressa, não só em enfermagem mas no mundo inteiro, né? O mundo todo tem pressa de alguma coisa [...] Então assim, os testes são rápidos, a avaliação é rápida, a informação é rápida [...]. Antigamente não tinha isso, então, o processo acelerado de trabalho e a oferta muito grande de demanda, aliás; a demanda muito grande e a pouca capacidade de oferta.” (E 3)

“Dificuldade na unidade né, na realidade que a gente vive é falta de tempo né; a correria das agendas lotadas junto com as demandas, as outras diversas demandas que a gente tem. O Enfermeiro, que não é só atender paciente. Relatório, organizar equipe, organizar fluxo, saber de tudo o que acontece na unidade. Seria mais essa questão da multiplicidade de funções, entendeu?(E 10)

Existe um imediatismo por parte de profissionais e usuários, que se coloca também enquanto paradigma social do mundo moderno, onde parece que nada pode esperar. Em uma das consultas observadas uma paciente que havia chegado por demanda de renovação de receita não se contenta em esperar do lado de fora do consultório, e entra no meio de uma consulta e aguarda o Enfermeiro realizar a renovação ao lado de sua mesa, enquanto a usuária agendada aguarda sentada dentro do consultório a continuação da sua consulta interrompida. E mais uma sobreposição de atendimentos é assim estabelecida.

Essa caracterização do processo de trabalho do Enfermeiro nos consultórios nos aponta duas possíveis vertentes: Ou de fato há mais demandas do que capacidade de resposta do Enfermeiro, que acaba se frustrando por não conseguir desempenhar de fato seu papel. Ou há uma desordem no processo de trabalho deste profissional, que, deixando-se ser capturado, na maior parte do seu tempo, pela protocolização direcionada pelos manuais e pelo imediatismo social, fragmenta, reduz e “despotencializa” a consulta do enfermeiro enquanto ferramenta de cuidado. Ou talvez, a baixa capacidade de resposta do enfermeiro às demandas se dê exatamente pela desordem em seu processo de trabalho.

5.1.6 Caráter Vivo

Nos momentos em que a consulta não era interrompida copiosamente, os resultados do uso dessas ferramentas configuravam um cuidado com potencial gerador de mudanças paradigmáticas de condução de uma consulta.

Nesses raros momentos de observação das consultas, em que o Enfermeiro era menos interrompido, o mesmo parecia se debruçar em uma arte de apreender a demanda trazida pelo usuário, e lapidá-la com o uso de suas ferramentas, principalmente o vínculo, para que fosse revelada a real necessidade do indivíduo, e a partir dessa necessidade, um plano de cuidado era imediatamente construído.

Houve por exemplo uma consulta de Hipertensão de uma senhora que entrou se queixando de dor na perna, mas a Enfermeira logo perguntou como estava o filho dela (que havia sofrido um acidente recentemente) e o foco da consulta imediatamente se tornou na necessidade em que a senhora tinha de contar sobre o filho acamado e como isto vinha afetando sua rotina de vida. Em 20 minutos de consulta nada se havia falado sobre a Hipertensão ou exames de rotina. A Enfermeira apreendeu que toda essa situação vinha culminando nos constantes aumentos de PA e no retardo da cicatrização da úlcera venosa na perna onde a paciente referia dor, uma vez que a mesma não conseguia mais fazer repouso, pois estava assumindo integralmente os cuidados do filho, desde o banho no leito, preparo dos alimentos e organização e limpeza da casa dele, fora as atividades da casa dela, e por isso também ela não vinha conseguindo se alimentar direito. Se o Enfermeiro não estivesse aberto à escuta, certamente seriam dadas orientações descontextualizadas com as causas das manifestações clínicas.

O plano de cuidados para aquela senhora se baseou na divisão de responsabilidades em casa para com o filho agora acamado e na melhora da dieta. Isso é demanda de Enfermagem. É reinventar os modos de olhar o outro, é recriar novas abordagens de um problema “comum”. Eram necessidades em saúde, maquiadas por uma demanda puramente clínica: “dor na perna”.

Se talvez nessa consulta, a Enfermeira fosse interrompida para renovar receitas, for até a sala de vacina, atender telefonemas de Agentes de Saúde passando casos de demanda, será que ela teria conseguido partilhar o encontro com essa usuária de modo tão potencial? Ou seria mais um caso a ser encaminhado a consulta médica? Nessa consulta a Enfermeira observada usou o vínculo, a empatia, a escuta qualificada, a capacidade de compreensão, o conhecimento científico e prestou as orientações adequadas ao contexto vivencial da usuária. E até mesmo em dado momento quando a paciente se recusou em agendar uma mamografia de rotina, a Enfermeira não agiu de modo repreensivo, mas se interessou em saber o porquê aquela paciente se recusava a realizar o exame, compreendeu seus motivos, e entendeu que a não realização da mamografia, não configurava naquele momento, e talvez nem mesmo em outro, um problema a ser resolvido. Respeitou a posição da paciente, entendendo que ela era um indivíduo cujas experiências configuraram suas subjetividades e situações de saúde e que não havia como cuidar daquele sujeito, sem esse movimento de compreensão e empatia.

Nesse sentido, destaca-se o caráter “vivo” da consulta do enfermeiro, ou seja, um caráter definido pela existência de uma não captura do trabalho do Enfermeiro pelos protocolos de Atenção Básica. Entende-se que estes foram feitos para um direcionamento do processo de trabalho, porém, sabe-se que “os protocolos são células mortas da política” (TAVARES, Notas de aula, 2015) e definem um processo de trabalho que não leva em conta a dinâmica da vida, a subjetividade dos sujeitos e das relações. O Enfermeiro pode desenvolver dentro do consultório um trabalho que está muito além do que os protocolos podem enquadrar. Para além de cumprir um protocolo destinado àquele tipo de consulta para o qual o paciente foi marcado, há um misto de protocolos e ações não protocolares propositalmente utilizados para atender as reais necessidades do usuário, como por exemplo, uma consulta de para coleta de citopatológico uterino, onde a enfermeira sentiu necessidade de orientar sobre amamentação, pois ao exame clínico das mamas, constatou uma alteração anatômica, e conhecendo a paciente, sabendo que ela estava há um tempo tentando engravidar e que era uma pessoa ansiosa, começou a conversar com a mesma sobre como aquela alteração poderia ou não afetar a amamentação.

Orientações quanto à amamentação, são típicas de uma consulta pré-natal ou puerperal, que não era o caso, mas o vínculo e a sensibilidade do profissional foram capazes de estabelecer a real necessidade da paciente e interferir nela. Por várias vezes o Enfermeiro durante a consulta, falava de si; por exemplo ao orientar a prática de atividade física, falava da sua própria dificuldade de realizar atividade física ou contava alguma experiência positiva em relação à prática de alguma atividade física.

Essa implicação do enfermeiro durante o “encontro vivo, não capturado” é geradora de grande potencial de viabilização do cuidado, pois no momento em que fala de si, permite que o outro também se mostre.

O uso da consulta do enfermeiro enquanto espaço legítimo pode ser de fato um espaço produtor de cuidado. Segue abaixo a descrição dos aspectos potenciais e limitantes deste espaço, e posteriormente a descrição das ferramentas definidas pelos enfermeiros participantes, descrições estas que emergiram como dados produzidos a partir das entrevistas.

5.1.7 Potenciais e Limitantes da Consulta do Enfermeiro

Os dados colhidos essencialmente das Entrevistas realizadas possibilitaram a delimitação de aspectos potencializadores, bem como os limitadores do trabalho do Enfermeiro durante a consulta do enfermeiro. Todos esses aspectos foram apreendidos também, durante as observações, em maior ou menor frequência. Essas palavras foram extraídas das entrevistas e organizadas no quadro abaixo:

Quadro4: Potencialidades e Limitações da Consulta do Enfermeiro

| POTENCIALIDADES DA CE | LIMITAÇÕES DA CE |
|---|--|
| Acolhimento | Processo acelerado de trabalho |
| Vínculo | Interrupções no momento da consulta |
| Cuidado baseado em uma visão integral do indivíduo | Excesso de demanda espontânea |
| Desenvolvimento de um planejamento de cuidado participativo com o outro | Visão medicalizada da saúde |
| Educação em saúde | Falta de adesão dos pacientes |
| Autocuidado | Não reconhecimento social do profissional Enfermeiro |

Fonte: Dados da pesquisa

A educação em saúde e o autocuidado, apesar de aparecerem no quadro, configuram mais um desafio a ser alcançado do que um potencial eminente. Pois o espaço legítimo da consulta do enfermeiro os tem enquanto potencial ainda que ofuscados, mas para isso, deve ser superado o imediatismo, o “mecanicismo protocolado” no ato da consulta, e falta de gerenciamento do processo de trabalho do Enfermeiro.

Dentre os termos definidores das limitações da consulta do enfermeiro, o processo acelerado de trabalho como fruto do paradigma imediatista social, bem como as interrupções das consultas e o excesso de demanda, já foram discutidas anteriormente. Destacam-se três as quais ainda não foram discutidas; a falta de adesão do paciente, a visão medicalizada da saúde e o não reconhecimento do profissional Enfermeiro. Pode-se inferir que essas três limitações apontadas, na maioria das vezes estão interligadas. A visão medicalizada da saúde, como produto de um modelo processual de trabalho biomédico de atenção à saúde, não permite que o usuário reconheça as orientações dadas pelo Enfermeiro.

Essa não adesão do paciente às orientações dadas parece ser um fator gerador de grande frustração para os Enfermeiros, conforme se aponta nos trechos de entrevista abaixo:

“O importante seria que o paciente estivesse nas consultas, fizesse um acompanhamento, né. Não abandonasse, porque eles vem muito aqui quando estão passando por algum problema ou quando estão com alguma dificuldade. Quando estão bem...A adesão é muito difícil né.” (E 6)

“Por que se a população né, se todos tivessem esse reconhecimento da capacidade, isso seria mais fácil. Eles ficam até reticente quando você faz uma orientação... “Ah não, mas eu quero falar com o médico”. (E 8)

Essa dificuldade de compreensão por parte dos usuários do que vem a ser a Estratégia saúde da Família, e do papel do Enfermeiro nessa Estratégia, faz com que os usuários continuem a ter uma visão medicalizante da saúde dentro dos consultórios da estratégia Saúde da Família. E quando o Enfermeiro toma para si a responsabilização única de resolver a demanda médica, faz transparecer que ainda estamos longe de alcançar de fato, a mudança do modelo de atenção a saúde, e o reconhecimento profissional e social do próprio Enfermeiro. A sociedade ainda é médico-centrada, e no espaço das consultas de Enfermagem o direcionamento da consulta com foco biologicista ocorre o tempo inteiro, e conseguir reverter esse quadro é o grande desafio da Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Esses fatos além de observados foram encontrados nas falas a respeito da maior dificuldade de realização da consulta do enfermeiro, transcritas das entrevistas:

“O mais difícil, eu acho que é quando o paciente busca solução da doença, quando ele começa a não aceitar a promoção, quando ele começa a não aceitar as orientações. Ele quer um remédio pra tal doença. Eu acho que isso é uma...deixa a gente um pouco limitado.” (E 1)

“Eu acho que ainda é o não respeito pelo profissional Enfermeiro, pela sua capacidade. E aí isso precisa ser mais trabalhado [...] reconhecer a capacidade do Enfermeiro e as pessoas também, porque elas não reconhecem, elas ó vem aqui atrás do, algumas né como eu falei anteriormente, outras gostam, mas no primeiro contato, ficam reticente. “Mas Enfermeiro?”. Ah, um preventivo, ‘mas Enfermeiro?’. Então assim, isso que dificulta.” (E 8)

“Eu acho que ainda tem um pouco dessa resistência, dessa concepção do usuário, de uma consulta, mais como se fosse uma consulta médica, e eu acho que, então talvez essa expectativa do usuário de que necessariamente precisa sair com uma receita prescrita, com um exame solicitado, então, essa expectativa ainda muito medicamentosa da coisa sabe, é, talvez seja um grande dificultador.” (E 5)

Se essa mudança cultural, essa quebra de modelo biomédico não começar a partir de uma atitude diferenciada dos próprios enfermeiros, durante a condução das consultas, não poderemos esperar que os usuários tivessem outro tipo de demanda e comportamento, se não a busca por uma receita de medicamento, ou uma solicitação de exames. E manteremos assim, a reprodução de um modelo dentro de um contexto politicamente pensado para modificá-lo; a Estratégia Saúde da Família.

Além dos fatores potenciais e limitantes da consulta do enfermeiro, durante as entrevistas também foram coletadas as palavras que representavam as definições do que os Enfermeiros entendiam enquanto ferramentas essenciais para a realização da consulta do enfermeiro, em termos do processo de trabalho em si. As palavras seguem listadas abaixo:

- Conhecimento Científico
- Troca de conhecimento
- Respeito ao saber popular
- Capacidade de compreensão
- Escuta qualificada
- Orientações
- Autonomia
- Experiência
- Vínculo
- Empatia
- Amor

Essas palavras foram diretamente transcritas das entrevistas, mas cabe uma reflexão a cerca da intencionalidade dessas palavras. O conhecimento científico, a troca de conhecimento, o respeito ao saber popular, a capacidade de compreensão e a escuta qualificada, são ferramentas essenciais para a superação dos desafios apontados anteriormente: a concretização da educação em saúde e a efetivação do autocuidado. As orientações, o incentivo à autonomia, a valorização das experiências vivenciadas, e o fortalecimento do vínculo são partes integrantes fundamentais do enfermeiro.

Vínculo é uma ferramenta apontada pela política de AB, como um elemento que configura no quadro de tecnologias do processo de trabalho em saúde. Neste sentido os entrevistados reconhecem esta ferramenta na sua dinâmica durante a consulta de enfermagem.

Entretanto as palavras empatia e amor conotam uma visão pouco profissional e “romântica”, que chega a nos remeter a questão da caridade; a herança religiosa vocacional que perpassa a história da Enfermagem. Vale um contraponto, aqui para entender que a palavra AMOR aparece em apenas uma das entrevistas, enquanto parte de uma definição do que seja para o enfermeiro entrevistado a consulta de enfermagem, e do que seja essencial no ponto de vista dele para execução da consulta. Interessante que a palavra amor é citada em meio a outros termos que também remetem a questão da caridade, conforme nos aponta o fragmento de entrevista abaixo:

*“Ah esse momento, pra mim é único né. É o momento que você tem de interação com o paciente, com aquela pessoa que chega, né, como ser humano que vem até você, seja adulto ou criança, para que você possa, né...assim, orientar da melhor forma possível. Conversar, cuidar né, é o cuidado, o **carinho** e o **amor** que você tem por esse paciente. **Ajudar** [...] E o amor. Se você não tiver amor por aquilo, você não consegue. É o que impulsiona né.” (E8)*

Já a empatia, aparece também em uma única fala de uma enfermeira entrevistada que tentou definir a ferramenta mais importante para a execução da consulta de enfermagem, como descrito abaixo:

*“Acho que **empatia**. Eu acho. Se você não tiver com empatia, a pessoa chegar já toda armada, e você não criar esse campo para você começar a conhecer, ter a liberdade de você fazer as perguntas que você quer. Acho que **empatia** em primeiro ponto da enfermagem para o paciente, na nossa consulta mesmo”.(E4)*

Sendo assim, a empatia é tomada como ferramenta que viabiliza ao enfermeiro a construção do vínculo e a anamnese adequada, segundo a enfermeira entrevistada, mas cabe aqui questionarmos se de fato é uma postura de empatia ou uma postura profissional adequada que viabiliza o vínculo e a anamnese?

O espaço da consulta do Enfermeiro é um ambiente potencial para geração de cuidado, entretanto há certa “poluição” do processo de trabalho do Enfermeiro, que inviabiliza as mudanças paradigmáticas que a Estratégia Saúde da Família se propõem a realizar.

5.2 ANÁLISE DA CONSULTA DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, SOB O FOCO DE SUA LEGITIMIDADE ENQUANTO ESPAÇO DE CUIDADO

Seguindo na análise da consulta do enfermeiro, consta no quadro abaixo, a síntese vertical dos materiais da observação retirados do diário de campo, dos fragmentos das entrevistas, e ainda a síntese vertical das unidades de análise descritas anteriormente enquanto características, potencialidades e limitações da consulta do Enfermeiro.

Quadro 5: Caracterização do Processo de trabalho do Enfermeiro na Consulta de enfermagem: síntese Vertical

| Síntese Vertical do que apontam as observações | Síntese vertical do que apontam as Entrevistas | Síntese vertical das unidades de análise |
|---|---|---|
| As observações das consultas dos Enfermeiros apontam para a existência de um espaço com grande potencial de mudanças no modelo assistencial de saúde, pois delimita uma prática baseada no vínculo, no conhecimento do território, e num olhar voltado para a rotina de vida do indivíduo. Entretanto, o ato da consulta do Enfermeiro, foi revelado em uma prática “poluída” por uma série de situações; - a poluição da permissividade do Enfermeiro deixar-se ser absorvido pelo imediatismo de outros profissionais e usuários, gerando uma consulta altamente | As referências à consulta de enfermagem pelos Enfermeiros são basicamente tomando a consulta enquanto espaço de cuidado ofertado através da escuta ativa qualificada, identificação das necessidades do paciente e realização de orientações adequadas. Porém, ainda há referências ao ato da prática do enfermeiro alusivas ao “amor” e ao “carinho”, o que nos leva a questionar ao tipo de cuidado que de fato tem se buscado implementar nesse espaço de consulta. Além disso, há muitas referências verbais ao não reconhecimento da legitimidade da | A consulta do enfermeiro se caracteriza como um espaço de construção de cuidado baseado no vínculo estabelecido com o usuário, entretanto o processo de trabalho do Enfermeiro se dá de forma altamente fragmentada e verticalizada, apesar de haver uma preocupação no estabelecimento de uma comunicação efetiva. Em alguns momentos o caráter vivo se sobrepõe a protocolização do atendimento, mas ainda assim, esse profissional tem seu processo de trabalho permeado por uma série de sobreposição de atendimentos e, em alguns momentos, um déficit de uso do conhecimento clínico, o que |

| | | |
|--|---|--|
| <p>fragmentada, e de baixa qualidade.</p> <p>- a poluição do não reconhecimento profissional do Enfermeiro, nem pela população, nem mesmo, muitas vezes, pelo próprio Enfermeiro, gerando um modelo de consulta de “adiantamento do trabalho do médico”, ou que precisa ser “complementado” por um carimbo médico.</p> <p>- a poluição da “maquiagem” do vínculo, sobre uma clara falta de tomada de decisões baseadas em conhecimento técnico científico, em algumas situações, gerando a manutenção da demanda pelo atendimento médico, nem sempre necessário.</p> | <p>consulta de enfermagem pelos usuários, entretanto, os próprios Enfermeiros em suas falas apontam para uma relação de inferiorização do seu trabalho, mediante o profissional médico. Muito se refere quanto à culpabilização da multiplicidade de papéis desempenhados pelo Enfermeiro, e quanto ao excesso de atendimentos por demanda espontânea, mas nada é referido acerca de tentativas de melhor organização do processo de trabalho para que se dê conta dessa multiplicidade de papéis, que é própria do Enfermeiro atuante na Atenção Básica e dessa grande quantidade de demandas, que é própria de um trabalho bem consolidado da equipe de saúde da Família.</p> | <p>desvaloriza a consulta do Enfermeiro.</p> |
|--|---|--|

Fonte: Dados da pesquisa.

Tendo em vista o exposto no quadro acima, pode-se ter um panorama um tanto que contraditório, entre o que se diz a respeito da consulta de Enfermagem, e como ela de fato acontece, e também, entre o que se percebe enquanto potencial nesse espaço, e o quanto desse potencial de fato pode-se ver concretizado no ato da consulta. Além disso, percebe-se a contradição das falas acerca da falta de reconhecimento social/ profissional do Enfermeiro, e, ao mesmo tempo, a existência de um olhar “romântico” voltado ao ato do agir do Enfermeiro, com referências ao “amor”, ao “carinho” e a “ajuda” por esse próprio profissional.

Nesse sentido, Pereira et al (2009) destaca que os interesses sócio-políticos e econômicos da conjuntura da sociedade, determinarão a constituição da força de trabalho em enfermagem de acordo com o momento histórico em que se situa. Conforme já discutido nos primeiros capítulos do presente trabalho, é inegável que o fortalecimento da Atenção Básica, emergiu em um cenário de crise econômica, e para que as demandas sociais reprimidas fossem respondidas (PEREIRA ET AL, 2009). Entretanto, cabe refletirmos há quanto tempo e de que modo estão sendo atendidas essas demandas sociais reprimidas? Será que os modos de

resposta que se instituem no dia a dia do Enfermeiro têm de fato sido modos eficazes de estabelecimento de cuidado? Ou têm de alguma forma, “mascarado” os processos de adoecimento da população que agora se dá de forma crônica e lenta, e têm gerado apenas outros tipos de demanda?

Pode-se dizer que as “poluições” tratadas no quadro acima, erguem-se enquanto barreiras no processo de trabalho do Enfermeiro no ato da consulta. Nesse sentido, Silva (2004) afirma que são as subjetividades que se concretizam enquanto forças capazes de romper as barreiras e de fato penetrar no cuidado com o usuário. E como encontrar espaço para que se permita a movimentação de subjetividades em um espaço tão modulado pelo imediatismo social, e tão ausente de um planejamento processual de trabalho?

Havendo espaço para produção de subjetividades, certamente haverá a conformação de um cuidado mais efetivo, e que de fato responda às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, corrobora-se que “falar em satisfazer necessidades e realizar finalidades coloca-nos, inevitavelmente, diante de uma discussão no campo da subjetividade humana” (MERHY e ONOCKO, 1997, p 17).

Seguindo os passos metodológicos descritos no fluxograma elaborado (Apêndice C), a partir da leitura transversal dos dados produzidos, pôde-se analisar a consulta do enfermeiro a partir dos seguintes pontos que mais se destacaram no material:

- Pontos de convergência: a existência do vínculo entre o enfermeiro da ESF e o usuário, manifestada principalmente através do conhecimento da rotina de vida diária do paciente e o fato de existirem inúmeras interrupções geradas pelo excesso de demandas espontâneas de atendimentos.
- Pontos de divergência: embora haja no material das entrevistas a referência a cerca da existência de escuta ativa e da identificação das necessidades do usuário, durante as consultas de enfermagem, observou-se que o excesso de interrupções que fragmenta o encontro enfermeiro-usuário inviabiliza a possibilidade de concretização da escuta ativa e da identificação das reais necessidades do usuário, favorecendo uma abordagem vertical baseada nos protocolos e programas de atenção a saúde.
- Ponto de complementariedade: Nas entrevistas há a verbalização de um não reconhecimento do profissional enfermeiro pelos usuários, mas percebe-se nos atos observados durante as consultas, e em fragmentos das próprias entrevistas,

que a não valorização do trabalho do enfermeiro fica evidente nas falas e atos do próprio enfermeiro.

- Ponto de diferença: apesar das entrevistas apontarem para a consulta do enfermeiro enquanto espaço de escuta ativa qualificada, e de identificação das necessidades do usuário, o processo de trabalho do enfermeiro se dá de forma altamente fragmentada, e na maioria das vezes; verticalizada e prescritiva.

Sendo assim, diante das características, anteriormente descritas, que marcam o processo de trabalho do Enfermeiro da ESF nas unidades de saúde participantes da presente pesquisa, questiona-se a legitimidade desse espaço da consulta do enfermeiro, enquanto gerador de um cuidado efetivo, e potencial agente de mudança do modelo assistencial.

Matumoto et al (2011) afirma que a ESF enquanto resposta a crise da saúde, foi proposta com vistas a quebra de uma lógica de atenção à saúde, médico centrada, biologicista e produtivista, entretanto percebe-se uma reprodução desse modelo em uma “escala territorializada”, repetidamente com os mesmos pacientes adscritos. Interessante observar que a fala dos entrevistados condiz com as propostas originais da ESF, mas não se consegue efetivar na prática o discurso que se tem.

A palavra legitimidade significa caráter de legítimo, legalidade, genuinidade. Como chamarmos de genuíno um espaço do enfermeiro que muitas vezes mais se assemelha a um espaço de “substituição de consulta médica”?

Nesse sentido, outros estudos apontam para uma lógica biomédica na condução das consultas de enfermagem, que além de também fazer referências à postura prescritiva do Enfermeiro, voltado a medicalização dos agravos identificados, também trazem referências ao trabalho do enfermeiro, como um meio de “desafogar” a agenda médica (ERMEL E FRACOLLI, 2005; GRAZIANO E EGRY, 2012). Essa situação nos faz novamente questionar se de fato o caráter da ESF tem sido efetivamente como originalmente se propôs a ser; “um caráter substitutivo” ao modelo de processo de trabalho centrado na doença (BRASIL, 1997, p. 11).

Se olharmos para os cenários descritos nessa pesquisa, encontraremos a presença de todas essas características em maior ou menor grau, para as quais a ESF foi criada há mais de vinte anos objetivando mudá-las, o que a faz ter um caráter muito mais de reprodução do que de substituição do modelo assistencial vigente, como já discutido anteriormente.

Para Franco e Merhy (2006), o grande crescimento da indústria tecnológica nas áreas diagnóstica e farmacêutica criou o senso comum de que saúde é um bem de consumo. Ainda não se consegue efetivar um modelo substitutivo de atenção à saúde nos consultórios de enfermagem. Não falo sobre um modelo onde a abordagem clínica, biomédica não deva existir, até porque é necessário que a tenhamos também, porém, esse tipo de abordagem não pode ser única e determinante na condução do trabalho do Enfermeiro durante a consulta de Enfermagem. Em alguns casos, entretanto, como já apontado anteriormente verificou-se a deficiência do conhecimento clínico do enfermeiro, que assumia se usar do vínculo para suprir essa deficiência de formação profissional. Conforme identificado no fragmento de entrevista abaixo, retirado do contexto de uma fala da Enfermeira entrevistada acerca do vínculo dela com os pacientes:

“É a confiança, e isso aí eu acho que vale muito porque às vezes você não tem aquele conhecimento, o mesmo conhecimento, a mesma formação que o médico, mas por outro lado você supre com esse jeito [...]. É isso que justifica o Enfermeiro ta aqui. Acho que esse papel do enfermeiro é muito maior que só...que a clínica é deles, né, do médico.” (E 09)

Questiona-se aqui o uso da expressão “aquele conhecimento” seguido da atribuição de significado imediato à “formação do médico”, como se fosse uma “falta” que precisasse ser “suprida” pelo vínculo, pela confiança. Que tipo de ferramenta o enfermeiro entende por essencial na produção de cuidado? O saber médico? O vínculo? E o saber da Enfermagem? Ressalta-se que durante as entrevistas, a estrutura de planejamento das ações de enfermagem, ou seja a própria sistematização da assistência de enfermagem não foi citada como uma ferramenta para a execução da consulta. Diferentemente do encontrado no estudo de Ermel e Fracolli (2006), onde os enfermeiros, quando questionados acerca do que consideravam enquanto conhecimento importante para sua prática da estratégia saúde da família, citaram a sistematização da assistência de enfermagem.

Essa situação de reprodução de modelo centrado na figura do médico enquanto detentor da clínica, e em torno do qual muitas vezes se organiza o trabalho do Enfermeiro no consultório, somada ao imediatismo enquanto paradigma social do mundo contemporâneo configura todo o pano de fundo onde a estratégia saúde da família acontece de forma viva em ato nas unidades pesquisadas. Nelas as consultas do Enfermeiro têm incorporado esse pano de fundo como determinante na condução do seu trabalho, legitimando certo modo de

operacionalizar seu processo de trabalho no consultório. Esse modo reproduz a lógica de assistência médico-centrada, pois é direcionado por uma postura mais prescritiva do que dialógica de reconhecimento e intervenção sobre as necessidades do indivíduo (ERMEL E FRACOLLI, 2006, p.537), muito voltados aos programas verticais e atendem um quantitativo grande de casos, muitas vezes de forma simultânea, se aproximando da realização de um trabalho em série, onde se “despacha” as queixas das pessoas.

Pode-se traçar um paralelo desse paradigma de reprodução de modelo biomédico com algo que Foucault (1984, p. 4) chama de “problema de política, de regime do enunciado científico”. Para ele, o que está em questão é o que de fato rege os enunciados de forma a constituir as proposições aceitáveis cientificamente, pois “não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos”. Pode-se afirmar que os efeitos de poder nesse caso, mantém a força das indústrias tecnológicas farmacêuticas, mantém a hegemonia do saber médico, fortalece a medicalização da vida e deslegitima o que deveria ser o trabalho do Enfermeiro dentro dos consultórios.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível desenvolver no espaço legítimo da consulta do Enfermeiro, uma quebra de paradigma do modelo assistencial vigente, através de uma abordagem dialógica do indivíduo, onde este possa ser parte ativa no processo de construção do plano de cuidados. De modo que a consulta do Enfermeiro possa ter claras intervenções de Enfermagem com objetivo de contribuir para efetivação de práticas que contribuam para melhoria da saúde do indivíduo. Entretanto, por mais simples e um tanto “familiar” que essa afirmação pareça ser, infere-se aqui a necessidade de o profissional Enfermeiro refletir acerca do que venha significar ter saúde para o indivíduo atendido. E que o ter saúde, dentro da compreensão de vida de cada um, não necessariamente irá se “adequar” a alguma mudança de rotina previamente protocolada, e que não existem fórmulas prontas de abordagem ao sujeito. O uso dos protocolos verticais previstos para abordagem dos sujeitos na ESF, que “agrupam” os usuários em linhas de cuidado deve ser efetivado como partes integrantes, e não direcionadoras do fazer do Enfermeiro durante a consulta.

Cabe aqui ainda ser questionado se de fato o número máximo de quatro mil pessoas que a Política Nacional de Atenção Básica entende como aceitável, é de fato viável para a condução de um processo de trabalho resolutivo e de alta qualidade. Principalmente se levarmos em conta o alto grau de vulnerabilidade social das comunidades atendidas pela ESF, que para atender o princípio da equidade, tem se expandido prioritariamente em locais mais vulneráveis.

A possibilidade de desempenho do trabalho no consultório de forma não capturada pelo modelo unicamente biomédico de atenção, é possível se houver possibilidade para o planejamento do processo de trabalho ocorrer de modo que o enfermeiro permita o protagonismo do usuário. Pois o contrário disso pode estar decorrendo também do incorreto manejo da situação da “superlotação de cadastrados” nas equipes. Repensar os números de pacientes acompanhados é um caminho, visto a constatação de que a quantidade excessiva de usuários somada ao alto grau de vulnerabilidade social das comunidades interfere diretamente no trabalho do Enfermeiro, trazendo esgotamento e frustração. Nesse sentido cabe o desenvolvimento de outros estudos que melhor avaliem esse dimensionamento numérico das equipes de saúde da família.

Além disso, é importante que o enfermeiro também se permita co-protagonizar o processo de cuidado saindo da “sombra do médico”, ou seja, organizando seu trabalho sem ter como parâmetro de objetivo; o adiantamento do trabalho médico. É preciso ainda que o enfermeiro se aproprie sim, da clínica, dos protocolos, das indicações de tratamentos medicamentosos, mas que não faça desses, os eixos de via principal de condução das consultas de enfermagem.

Ressalta-se novamente que o desafio de superação do imediatismo social, que também captura o trabalho vivo dos enfermeiros é outro ponto sem o qual não é possível configurar um cuidado de qualidade no ambiente do consultório. É preciso refletir sobre o modo como o enfermeiro tem se permitido deixar ser conduzido em seu processo de trabalho por uma “ditadura da modernidade” imediatista, normalizadora, e que castra do enfermeiro e do usuário, a possibilidade de produção de vida nos encontros dentro dos consultórios. Reafirma-se que a sobreposição de atendimentos traz graves prejuízos a qualidade do atendimento prestado ao usuário no consultório, e deslegitima o trabalho do enfermeiro.

O vínculo e a confiança do usuário para o profissional, não pode cobrir qualquer tipo de deficiência técnico-científica do profissional, pois o vínculo é tão importante quanto o

conhecimento científico. O cuidado fica prejudicado na ausência de um ou de outro. Precisa-se investir na educação permanente dos Enfermeiros atuantes na ESF, para que estejam mais seguros na condução dos acompanhamentos.

A presença do vínculo entre usuário e profissional, da inserção do profissional no território de abrangência da equipe através do trabalho domiciliar, certamente contribuem para uma abordagem diferenciada nas consultas, uma vez que o conhecimento do usuário a quem o cuidado é destinado pode direcionar a personalização do plano de cuidados, e é isso que faz da consulta do enfermeiro um espaço de grande potencial gerador de mudanças no modelo de atenção à saúde, se esse profissional conseguir fazer uso devido deste espaço.

7. REFERÊNCIAS

ABRAÃO, Ana Lúcia. Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde. *Informe-se em Promoção da Saúde*. v.03, n. 01, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 5, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500017>. Acesso em: 01 fev. 2013.

ASSIS, Wesley Dantas de, et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família . *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n.1, jan./fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a06>> Acesso em 03 fev.2013.

BARROS, Débora Gomes; CHIESA, Anna Maria. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 41, n. esp. 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea08.pdf>> Acesso em: 27 jan. 2013.

BRASIL, Lei 7498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>> Acesso em 04 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 1997. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em: 04 nov. 2012.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf> Acesso em: 03, nov. 2014.

CAIXETA, Camila Roberto da Costa Borges. *Consulta de Enfermagem em Saúde da Família*. 2009. Trabalho (Conclusão de curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2260.pdf>> Acesso em: 01 fev. 2013.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF) v. 57, n. 5. Set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 abr. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar recursos que também atuam como sujeitos da história. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. v. 4, n. 2. 1999. Disponível em: <<file:///C:/Users/Bel/Downloads/subjetividade%20e%20adm%20pessoal.pdf> > Acesso em: 15 fev. 2015.

CARDOSO, Monique Fonseca; SANTOS, Ana Cristina Batista; ALLOUFA, Jomária Mata de Lima. Sujeito, Linguagem, Ideologia, Mundo: Técnica Hermenêutico-dialética para análise de dados Qualitativos de Estudos Críticos em Administração. In: XXXVII ENCONTRO DA ANPAD. Rio de Janeiro, 7 a 11 de setembro de 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_EPQ1895.pdf> Acesso em: 16 fev. 2015.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 159 de 1993. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em 03 nov. 2012.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 358 de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de

Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 14 fev. 2015.

CONSELHO Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. A Atenção Básica que queremos. 2011. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/area-de-arquivos/view.download/5/243>> Acesso em 10 nov. 2012.

COORDENAÇÃO operacional de Atendimento em Emergências. Informação sobre todas as áreas de Planejamento. Disponível em: <<http://200.141.78.79/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>> Acesso em: 10 jan. 2013.

CORREIA, Maria Valeria Costa. A influência do Banco Mundial na orientação da Política de Saúde brasileira. In: III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 28 a 30 de agosto 2007. São Luís – MA. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/768279009323136cf7b0Maria_valeria.pdf> Acesso em: 04 jun. 2013.

CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica* /, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/23385741/1053060501/name/GTenorioClinicaAmpliada%255B1%255D.pdf>> Acesso em: 05 mar. 2013.

CUNHA, Margarida de Aquino, et al. Assistência pré- natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco, Acre, Amazônia. *Revista Baiana de Saúde Pública* v.36, n.1. jan./mar. 2012. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/245/pdf_60> Acesso em: 05 mar. 2013.

DECLARAÇÃO, de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ERMEL Regina Célia e Fracolli Lislaine Aparecida. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da família em Marília/SP. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40 n.4,2006. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/41576/45177> Acesso em 08 mar 2015.

FRANCO Túlio Batista, Merhy Emerson Elias. *Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial* In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006.p.53-124.

Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/PSF-contradicoes.pdf>>
Acesso em: 08 abr. 2013.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. 231p.

FOCAULT, Michael. *A Microfísica do Poder*. Organização: Roberto Machado. Edições Graal. Rio de Janeiro, 1984.

FREITAS, 2001. Abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de Pesquisa*, n. 116, jul./ 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000200002>
Acesso em: 12 jul. 2013.

GAUTERIO, Daiane Porto; Irala, Denise de Azevedo; Vaz, Marta Regina Cezar. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 3, mai./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a17.pdf>> Acesso em: 16 fev. 2013.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6. ed. São Paulo : Atlas, 2008, 200p.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2013.

GIOVANELLA, Lígia; Mendonça, Maria Helena. *Atenção primária à saúde*. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil cap.16 (org) Lígia Giovanella et al.. Editora Fiocruz/ CEBES, 2009. Disponível em: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/eve/evento_maestria/Giovanella%20L%20Mendon%C3%A7a%20MH%20APS.pdf> Acesso em 19 jun. 2013.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005>
> Acesso em 19 jun 2013.

GRAZIANO, Ana Paula, EGRY, Emiko Yoshikawa. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: vião sobre necessidades de saúde das famílias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 6, 2012.

HORTA, Vanda de Aguiar. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

HARZHEIN, Erno et al. *Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro*. Trabalho (Pós Graduação em Epidemiologia)- Faculdade de Medicina da UFRGS-. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/telessauders/materiais/por-classificacao-ciap/pca-tool-rio/view>> Acesso em: 20 set. 2013.

KANNO, Natália de Paula; BELLODI, Patrícia Lacerda; TESS, Beatriz Helena. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Revista Saúde e sociedade*, v.21, n.4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf>. Acesso em 15/02/2015.

MACHADO, Márcia Maria Tavares et al. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de Enfermagem. *Revista Latino-am Enfermagem*. v. 13, n. 5, set./ out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a17.pdf> >. Acesso em: 14 fev. 2015.

MARQUES, Dalvani. *O Gênero e o trabalho da Enfermagem na Atenção Básica: percepções das Enfermeiras*. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. 125 p.

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira, Bógus Cláudia Maria. Considerações sobre metodologia qualitativa como recurso para estudo das ações de humanização em saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, 2004 set-dez, 13(3), p.44-57. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf> > Acesso em 28 nov. 2014

MARX, Karl. *O Capital*. Crítica da economia política. Vol1. Livro primeiro. O Processo de Produção do capital. Tomo I. São Paulo: Nova Cultura Ltda. 1996, 496p. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/ocapital-1.pdf> Acesso em: 19 jul. 2013.

MATOS Eliane, Pires Denise Elvira Pires, Campos Gastão Wagner Souza. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2009 nov-dez; 62(6): 863-9. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a10v62n6.pdf>>. Acesso em 08 dez. 2013

MATTA, Gustavo Corrêa. A Organização Mundial de Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 3 n. 2, p. 371- 396, 2005.

Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r114.pdf>> Acesso em 10 mai 2013.

MATUMOTO, Silvia, et al. Cartografia das dores do cuidar no trabalho Clínico do Enfermeiro na Atenção Básica. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n.2 Abr./Jun 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a07.pdf>> Acesso em: 29 set 2013.

MATUMOTO, Silvia et al. Discussão de famílias na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.45, n.3, Jun 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300008> Acesso em: 22 ago 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo:Hucitec, 1996. 304 p.

MERHY, Emerson Elias. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. In: CAMPOS, César Rodrigues et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998. p.103-120. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>> Acesso em 10 mai 2013.

MERHY, Emerson Elias e Franco, Túlio Batista. *Trabalho em Saúde*. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>> Acesso em 9 de maio de 2013.

MERHY, Emerson Elias. *Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes do processos de produção do cuidado em saúde*. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>>. Acesso em 15 mai 2013.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Revista Interface- comunicação, saúde e educação*. Fev 2000. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09.pdf>> Acesso em: 15 mai 2013.

MERHY, Emerson Elias . *A micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde*. In: Merhy, Emerson Elias e Onocko, Rosana. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, Série didática, 1997.

MINAYO Maria Cecília de Souza. *Hermenêutica-dialética como o caminho do pensamento social*. In. Minayo, Maria Cecília de Souza, Deslandes Sueli Ferreira. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 83-107.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento*. 12ª Edição, São Paulo: Hucitec, 2010, 407 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e Sanches, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 9, n. 3. jul./set, 1993.

OLIVEIRA, SheridaKaranini Paz et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. v. 65, n.1. jan./fev, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf>> Acesso em 14 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. *Informe Dawson sobre El futuro de losserviciosmedicos y afines. Publicación científica No 93. Febrerero, 1964.*

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS e OMS*, 2007, p.3. Disponível em: <http://www.uepa.br/portal/downloads/PETSAUDE2012/REF_BIBLIOGRAFICAS/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf> Acesso em: 10 nov. 2012.

OTAWA, Carta de. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Nov. 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 11 nov 2013.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza e MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.58, n.6, 2005. p. 723-726. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf>> Acesso em 15 fev. 2015.

PEDUZZI Marina, Anselmi Maria Luiza. O processo de Trabalho em Enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 4, jul./ago. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672002000400006&script=sci_arttext>
Acesso em 20 jan. 2014.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.62, n.5 , set./out. 2009. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/22.pdf> >
Acesso em: 23 ago. 2015.

PIMENTEL, Fernando Castim, et al . Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 1. Jan. 2012. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300015 .
Acesso em: 15 fev. 2015

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Focalização em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/focsau.html>>
Acesso em: 15 fev. 2014

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. *O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2000. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000218821>> Acesso em: 12 jul. 2013

ROCHA, SemiramisMelani Mello e ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O processo de trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e Interdisciplinaridade. *Revista latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 8 - n. 6, dez. 2000 p. 96-101. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354.pdf>>. Acesso em 03 jun 2013.

RODRIGUES Ricardo Donato, Anderson Maria Inês Padula. Saúde da Família: uma estratégia necessária. *Revista brasileira de Medicina de família e comunidade*. Florianópolis, v. 6, n. 18. Jan./Mar. 2011. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/247/196>. Acesso em: 05 abr 2013.

SANTOS, Ariana Souza Rodrigues et al. Caracterização dos diagnósticos de Enfermagem identificados em prontuários de Idosos: um estudo retrospectivo. *Texto e contexto Enferm*. Florianópolis, v. 17, n. 01. Jan./ Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/tce/v17n1/16.pdf> . Acesso em: 05 abr 2013

SECRETARIA Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro. Site da área Programática AP1.0. Disponível em: <http://www.cap10smsdc.com/p/quem-somos.html>

SHERIDAKaranini Paz de Oliveira et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. v.65, n. 1jan./fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023 Acesso em 14fev2015.

SILVA, Vanezia Gonçalves; Motta, Maria Catarina Salvador, Zeitoune, Regina Célia Gollner. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v.12, n.3. 2010. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a04.htm. Acesso em: 08 jan. 2014

SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência. 2004. 214f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

SOUZA Sabrina Silva, et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Revista Eletrônica de Enfermagem* v. 12, n. 3. 2010Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a05.htm Acesso em 08 jan. 2014

SCHIMITH, Maria Denise; Lima Maria Alice da Silva. O Enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. *Revista de Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2. abr./jun 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a20.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2013.

SCHLEIERMACHER, Friedrich Daniel Ernest. *Hermenêutica- Arte e técnica da interpretação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Bárbara Starfield*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TAVARES, Claudia Mara. Cuidado em seu Contexto sócio-cultural. 2015. Notas de Aula.

WELLER, Wivian. *A hermenêutica como método empírico de investigação*. In: 30ª Reunião Anual da ANPED, 2007, Caxambu. 30ª Reunião Anual da ANPED, 2007. p. 1-16.

ZOBOLI, ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. *Revista O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 33, n. 2. 2009. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/195a204.pdf Acesso em: 15 fev 201

8. APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE A- IDENTIFICAÇÃO

- 1- NOME: _____
- 2- SEXO F()M()
- 3- IDADE: _____
- 4- TEMPO DE FORMAÇÃO: _____ ANOS
- 5- TEMPO DE TRABALHO NA ESF: _____ ANOS
- 6- TEMPO DE TRABALHO NA UNIDADE EM QUESTÃO: _____ MESES
- 7- POSSUI PÓS-GRADUAÇÃO? SIM () NÃO ()
- 8- SE SIM, EM QUE ÁREA: _____
- 9- QUANTOS TURNOS DO HORÁRIO SEMANAL É DEDICADO À CONSULTA DE ENFERMAGEM? _____

PARTE B- QUESTÕES

- 1- COMO VOCÊ DEFINIRIA A CONSULTA DE ENFERMAGEM?
- 2- SE VOCÊ TIVESSE QUE APONTAR UMA FINALIDADE COMO MAIS ESSENCIAL DA CONSULTA DE ENFERMAGEM, QUAL SERIA?
- 3- O QUE VOCÊ DEFINIRIA COMO MAIS IMPORTANTE PARA A EXECUÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM?
- 4- EM SUA OPINIÃO, QUAIS SERIAM A(S) PRINCIPAL(S) DIFICULDADE(S) NA REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM?
- 5- E QUAL SERIA O(S) MAIOR(S) POTENCIAL(S) DA CONSULTA DE ENFERMAGEM?

APÊNDICE B



**Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova
Telefone: 3971-1463**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: A Consulta de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisadores Responsáveis: Isabela B da S Tavares Amaral e Ana Lúcia Abrahão

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense

O Sr.(a). está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa: “A Consulta do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro: um recorte da prática em quatro Unidades de Atenção Básica” de responsabilidade da pesquisadora Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral. Os objetivos da pesquisa são: 1) analisar a consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, 2) descrever as ferramentas envolvidas no processo de trabalho do Enfermeiro na consulta de Enfermagem dentro dessa Estratégia. Tendo como justificativa a importância do desenvolvimento de pesquisas científicas, na direção de contribuir para a reflexão dos Enfermeiros a cerca de seu processo de trabalho nos consultórios, pois esse movimento de [re]pensar práticas de cuidado em saúde, gera busca pela melhoria da qualidade do serviço desenvolvido. Para tanto será realizada uma entrevista dividida em “parte A”, com nove itens de identificação e “parte B”, com sete questões sobre o seu olhar a cerca da consulta de enfermagem. Essas entrevistas serão gravadas e documentadas, porém não oferecerão risco à imagem social do entrevistado. Serão realizadas ainda, observações simples das Consultas de Enfermagem, durante um período de tempo previamente combinado com o Enfermeiro participante. Garantimos a confidencialidade de todos os dados de identificação e informações relacionadas à privacidade do entrevistado, e que todas as dúvidas serão esclarecidas em qualquer momento que julgar necessário. Sua participação não implica em custos e deverá ser totalmente voluntária. Os resultados da

pesquisa serão tornados públicos em trabalhos e/ ou revistas científicas. Em nenhum momento, esta pesquisa trará danos à sua saúde física, mas toda a pesquisa oferece um risco mínimo, e o Sr.(a) terá o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento deixando de participar do estudo, sem que isso lhe traga prejuízo. Embora não haja nenhuma garantia de que o(a) Sr.(a) terá benefícios com este estudo, as informações o(a) Sr.(a) fornecer serão úteis para contribuir com o avanço das pesquisas científicas em termos da atuação do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família neste município, podendo beneficiar outros indivíduos futuramente.

Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo representante legal do sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 3971-1463.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo,
_____ residente à
_____ concordo em participar do estudo intitulado: “A consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família”. Eu fui completamente orientado(a) pela En^{fn} Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi, e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar ao Comitê de Ética sobre qualquer anormalidade observada. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador.
Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Isabela B. da S. Tavares Amaral

(investigador)

(Assinatura do entrevistado)

(responsável)

Contatos:

Orientadora: Ana Lúcia Abrahão (Tel.:2629-9484)

E-mail: abrahaoana@gmail.com

Pesquisadora: Isabela B da S Tavares Amaral (Tel.: 4122-0894)

E-mail:isabela.t.amaral@gmail.com

CEP/SMSDC-RJ: Tel,; 3971-1463

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

APÊNDICE C- FLUXO DE ANÁLISE DOS DADOS



APÊNDICE D- QUADRO DE UNIDADES DE ANÁLISE E DADOS BRUTOS

| UNIDADE DE ANÁLISE | DADO BRUTO- observação | DADO BRUTO- entrevistas |
|---|--|--|
| <p>Caráter de aproximação com a Integralidade</p> | <p>“15-20 minutos de consulta já havia se passado, e a paciente ainda não havia verbalizado nada a que viera, além de contar sobre a situação do filho que havia ficado acamado recentemente por um trauma na coluna. Aparentemente era uma consulta do programa HIPERTENSÃO, mas nada ainda havia sido dito sobre sua PA. Até que em um momento a paciente começa a expor que vem sentindo dores nas pernas, refere que a úlcera que tinha no MIE era uma ‘úlcera nervosa’, que ela tem estado muito ocupada com o Filho que caiu, e que fica nervosa com isso tudo, e por isso a úlcera ta vermelhinha há um mês e não fecha” (Obs enf 1)</p> <p>“Enfermeira afere a PA, que dá 150:90mmHg, pergunta sobre a alimentação, se está reduzindo o sal, pergunta quem cozinha na casa dela” (Obs enf 1)</p> <p>“Enfermeira pergunta quem toma conta das meninas e se a mãe tem mais filhos. Mãe refere que tem mais dois além das gêmeas e do que está esperando. Enfermeira pergunta quem mora na casa, como é a água que eles ingerem, como foi o parto das meninas, onde elas nasceram, se a mãe fuma, se o pai fuma, que horas elas tomam mamadeira, o que comem em cada parte do dia, quantos cômodos tem a casa, se tem algum animal de estimação, até quanto tempo amamentou as meninas, se nasceram prematuras” (Obs Enf 1)</p> <p>“Então, após paciente falar, Enfermeira faz orientações de acordo com a rotina da paciente, que estava ingerindo alta quantidade de carboidratos.” (Obs Enf 4)</p> <p>“Quando a mãe vai acompanhada de filho (s), dificilmente o foco da</p> | <p><i>“Fazer uma escuta qualificada. As vezes o paciente só ta lá pra falar o que ele está sentindo e ninguém pára pra ouvir o que ele sente, e é uma angústia que ele tem que se não tiver alguém pra ouvir ele pode ter outros problemas relacionados a isso. Então o que eu acho mais importante, é ter uma escuta qualificada de você não só apontar o que o paciente tem que fazer, mas ouvir o que ele tem a dizer a você..” (Enf 7)</i></p> <p><i>“E é bom né, quando o paciente chega pra você e fala: ‘Poxa, agora eu to me cuidando, agora eu to bem, to bem melhor, agora to fazendo até caminhada, coisa que eu nunca fiz’. No final você vai ver; que começam a se cuidar, até mesmo assim, no geral, de tipo assim: fazer uma escova, passar um batom, ou até mesmo pintar uma unha, se dar o autovalor mesmo. Se olhar no espelho e enxergar mais do só a sua família. Família e casa, família e casa.” (Enf 6)</i></p> <p><i>“A gente trabalha mais o ‘como é que você ta?’ ‘ Como você ta lidando com isso.’ A gente até ta muito voltado pra essa parte biológica no fim das contas né?! Mas seria você ver além do clínico.” (Enf 10)</i></p> <p><i>“Consulta de Enfermagem é uma consulta pra você, é, pra...como é que se fala, poder levantar todo o problema de saúde que a pessoa tem, fazer promoção de saúde, educação em saúde, é, ver o indivíduo em toda a sua individualidade e no coletivo, na comunidade, enfim, é pra ver e ter um olhar ampliado.” (Enf 1)</i></p> <p><i>“uma consulta de Enfermagem é a consulta que o paciente tem oportunidade de expressar melhor o que ele ta sentindo, assim, ele fala sobre sua vida, expectativa, sobre tudo da sua própria vida. Um pouco diferente da consulta do médico, que ele expõe mais a doença. Então assim, eu vejo a consulta</i></p> |

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| | <p>consulta de enfermagem se resume somente a mãe”. Há uma coexistência do atendimento a saúde da criança, e da puérpera ou mulher ou gestante. Simultaneidade de competências, pois a questão pode necessariamente englobar mãe bebê (como amamentação por ex.) ou não, como(olhinho da criança ta com secreção).</p> <p>“(Obs Enf 4)</p> <p>“Pergunta se a mãe está pensando em colocar alguém pra tomar conta da criança e ressalta a importância de trazer essa pessoa na próxima consulta, para que ouça as orientações cuidado e alimentação”.</p> <p>“Há uma grande preocupação da enfermeira com ambiente familiar, rotina diária da criança, situações que transparecem toda a lógica da ESF, e que são partes fundamentais da consulta de Enfermagem.” (Obs Enf 5)</p> <p>“Assim como na consulta anterior, enfermeira se preocupa com a rotina familiar da criança, com quem vai tomar conta da bebe quando a mãe voltar a trabalhar, pede que traga essa pessoa para ouvir as recomendações na próximas consultas.” (Obs Enf 5)</p> | <p><i>de enfermagem como um meio do paciente as vezes falar dos problemas que o médico não consegue identificar. Então é uma consulta mais holística né, mais geral, não só focada na doença mas sim em todo o processo, né , de saúde” (Enf 3)</i></p> |
| <p>Caráter educativo-prescritivo</p> | <p>“Reduzir a quantidade de carne, retirar o sal da comida, se não vai ficar doente. Não usar caldo Knoor, Sazon, comer mais legumes.A pressão alta lesiona o rim e sua creatinina está aumentando, e por isso precisa atentar mais pra sua alimentação.” (Obs Enf 1)</p> <p>“A senhora tem que se cuidar, porque a senhora é a estrutura de todo mundo. Se a senhora não diminuir o sal, vai ter problema nos rins e a ferida não vai fechar.” (Obs Enf 1)</p> <p>“Percebe-se ainda, uma preocupação da enfermeira em ter certeza que o paciente entendeu e memorizou as orientações passadas.” (Obs Enf 1)</p> <p>“Enf. orienta como a gestante deve</p> | <p><i>“Porque você educar é você as vezes ter que ta lá todo o dia falando, falando, falando, falando...e é isso o que me dá tristeza, porque as vezes, por mais que você oriente, por mais que alguns né, porque alguns aceitam, né tem os dois lados da moeda.” (Enf 8)</i></p> <p><i>“Ainda é educação em saúde(Enf 1 falando sobre potencial da Consulta de Enfermagem no seu ponto de vista).</i></p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>levantar da maca, explica a hipotensão postural em linguagem simples para a gestante entender o motivo da orientação. Enfª calcula o IMC da gestante e informa que a mesma se encontra em obesidade grau III, retoma orientação de hábitos alimentares reforçando a redução do arroz e do pão.“ (Obs Enf 4)</p> <p>“Onde a Enfermeira rapidamente se apercebe que usou um termo que não foi bem compreendido pela paciente, e rapidamente repete a frase trocando o termo.” (Obs Enf 4)</p> <p>“Quando a enfermeira diz que o preocupante é estar perdendo sangue, e a paciente diz que há alguns dias atrás estava urinando sangue, a enfermeira explica a anatomia feminina de forma bem simplificada: “Olha, a mulher tem três buraquinhos lá em baixo: uma para sair o xixi, outro para as fezes e o outro é a vagina. Se o sangue só sai quando você urina, não tem nada a ver com o bebê.” (Obs Enf 4)</p> <p>“Enfermeira ao longo da consulta faz orientações que levam os pacientes a seguir um planejamento de cuidados, e ao final da consulta RETOMA esse planejamento” (Obs Enf 5)</p> <p>“Paciente com dor de garganta, diz que estava fazendo uso de bactrin por conta própria. Enfermeira diz que não pode fazer automedicação, explicando que tem ATB que é mais pra pele, outros que são mais para infecção urinária, etc, etc...” (Obs Enf 5)</p> <p>“Antes da prescrição do contraceptivo oral, se preocupa em saber se a paciente sabe fazer uso.” (Obs Enf 8)</p> <p>“Não pode beber não. Se você não botar na sua cabeça que não pode beber não adianta se tratar, fazer novos exames.”(Obs Enf 8)</p> <p>“Houve a repetição das orientações</p> | |
|--|---|--|

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| | dadas ao longo da consulta como forma de reforçar e fixar o que foi dito”(Enf 1) | |
| 9. Caráter personalizado | <p>“Desde o início da consulta era claro a presença do vínculo das pacientes atendidas com a Enfermeira. Esta fazia perguntas a cerca da rotina da vida das pacientes, como por exemplo: - “Como foi de carnaval?” (E) - “E a escola, já voltou às aulas?” (E) E conversava se dirigindo à criança. A Tia que acompanhava, por sua vez procurava uma foto no celular de uma criança da família que havia nascido para mostrar à Enfermeira. “(Obs Enf 1)</p> <p>“Grávida refere que tem dores abdominais, e Enfermeira, conhecendo a rotina familiar da paciente justifica que como ela tem uma filha pequena que demanda muita atenção, que ela pega a filha no colo o tempo inteiro, torna normal o sentir essas dores, pois com a rotina que tem, já é de se esperar.” (Obs Enf 4)</p> <p>“Ao exame clínico de mamas, na inspeção, a Enf logo repara que paciente tem um mamilo invertido, e explica quenão precisa se preocupar, pois isso não irá intervir na amamentação.Fala de amamentação mesmo em uma consulta de preventivo, porque conhece a paciente, sabe que ela quer engravidar e estava ansiosa por isso” (Obs Enf 8)</p> <p>“Enfermeira pergunta sobre como estava “lá em cima”, se já tinha melhorado as coisas. O território de residência do paciente é de extrema relevância na ESF. Este em particular havia passado por questões de conflito recentemente).” (Obs Enf 8)</p> | <p><i>“Eu acho que é essa questão do vínculo, porque a gente constrói um vínculo muito grande com o paciente, a gente consegue, né...permitindo uma confiança.” (Enf 10)</i></p> <p><i>“Esse vínculo. Eu acho que pra mim o melhor é você conseguir criar esse vínculo.” (Enf 8)</i></p> <p><i>““. O paciente está sempre bem, e num dia chega triste, e no outro dia, bem triste de novo, então você começa a perceber quando o paciente tem algum problema, que as vezes nem ele mesmo se deu conta.” (Enf 7)</i></p> |
| Caráter múltiplo-simultâneo | “SE aquela paciente estivesse precisando contar algo importante de sua vida, certamente não usaria aquele espaço de consulta, pois estava sendo vista por uma profissional que parecia se dividir em muitas ao mesmo tempo.” (Obs Enf 4) | <i>“Dificuldade na unidade né, na realidade que a gente vive é falta de tempo né; a correria das agendas lotadas junto com as demandas, as outras diversas demandas que a gente tem. O Enfermeiro, que não é só atender</i> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>“Assim que sai do consultório com pacientes da consulta 4 (mãe e bebe) para retirar a receita impressa na administração, já chama paciente 5 que fica no consultório aguardando enf retornar, e quando retorna já sem os pacientes da consulta 4, volta com pacientes da consulta 6 cuja demanda é uma renovação de receita. Então ficam simultaneamente no mesmo consultório, a enfermeira e pacientes da consulta 5 e 6.” (Obs Enf 5)</p> <p>“Essa simultaneidade de ações e sobreposição de consultas certamente se torna fonte geradora de estresse para o profissional de saúde, e pode causar na relação paciente –enfermeiro, certo “bloqueio no encontro””. (Obs Enf 5)</p> <p>“Tel. toca, enfermeira atende tel. com ACS do outro lado da linha passando caso, enquanto digita receita que médico prescreveu.” (Obs Enf 7)</p> <p>“Enfermeira ainda registra atendimento anterior enquanto já faz atendimento 9.” (Obs. Enf 7)</p> <p>“O Enfermeiro enquanto atende o usuário que acaba de chegar no consultório, ainda faz os registros da paciente que já havia saído. Pode-se dizer que a mente do Enfermeiro precisa dar conta de uma sobreposição de atendimentos. Enquanto conversa com um paciente, escreve no prontuário informações de outro. Essa naturalização do desempenho simultâneo de diversas ações, pode resultar em um processo de trabalho gerador de um desgaste mental importante para o profissional enfermeiro, podendo inclusive comprometer a fidedignidade dos registros.” (Obs Enf 8)</p> <p>“enquanto atende puericultura, abre prontuário de outro paciente que espera do lado de fora a receita de anti-hipertensivo para ser renovada” (Obs</p> | <p><i>paciente, relatório, organizar equipe, organizar fluxo, saber de tudo o que acontece na unidade. Seria mais essa questão da multiplicidade de funções, entendeu?” (Enf 10)</i></p> <p><i>“E como fazer mais se você tem uma carga de trabalho que...você viu né... você trabalha com uma múltipla...neh...trabalho...seja hipertensão, diabetes, gestante, puericultura...tudo que chega aqui você tem que trabalhar.” (Enf 8)</i></p> <p><i>“A gente fica muito com a parte de supervisão, de administração, entendeu?” (Enf 9)</i></p> |
|--|---|--|

| | | |
|---------------------|---|--|
| | <p>Enf 8)</p> <p>“Enfermeira sai da sala para chamar o médico, e retorna depois de um tempo dizendo que a médica virá avaliar. Já retorna com identidade de um paciente na mão, para renovação de receita.” (Obs Enf 9)</p> <p>“ainda aguardando avaliação da médica, com a paciente no consultório, retira folha de SINAN da gaveta da mesa, e diz que precisa aproveitar o tempo para fazer as coisas atrasadas, e começa a preencher o sinan .” Obs Enf 9)</p> <p>“Enquanto conversa com paciente 3sobre vida sexual, último preventivo, etc, gera receita da paciente que a ACS deixou após interromper consulta anterior” (Obs Enf 10)</p> <p>“Enquanto enfermeira examina criança com febre e tosse, uma ACS entra e depois outra na sala, cada uma com um pedido de avaliação de demanda diferente, ao mesmo tempo em que o paciente da consulta 3 é avaliado.” (Obs Enf 10)</p> | |
| Caráter Fragmentado | <p>“Médicos entram e saem do consultório diversas vezes, para pegar receitas, lençol descartável, e outros materiais.”(Obs Enf 1)</p> <p>“Há três interrupções (uma de paciente , outra do segurança da unidade, para pegar a chave de um sala que estava em posse do Enfermeiro, e outra de ACS) durante a consulta. A do paciente foi para saber se o Enfermeiro iria lá na frente para estratificar demandas. Enfermeiro comenta após paciente sair que no dia anterior uma paciente confessou para ele que o próprio ACS da recepção estava encorajando outro paciente a “bater na porta do enfermeiro de tempo em tempo para apressar o atendimento.” (Obs Enf 3)</p> <p>“Paciente reclama que está inchando muito. Enfermeiro pede para avaliar</p> | <p>“É, você se divide. Eu acho que isso é o que é ruim do trabalho na saúde.” (Enf 8)</p> <p>““. É ACS que bate toda hora na porta, telefone que não pára de tocar, então essa é uma das coisas que...as vezes paciente ta lá na maior dificuldade de passar uma informação. Aí o telefone toca. Acabou. Até você voltar naquilo. Então isso são dificuldades “(Enf 7)</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>MMII, e paciente levanta a barra de calça, mas consulta é interrompida pela gestante da consulta anterior que abre a porta do consultório para pedir o dia. Enfermeiro atende para resolver, deixa gestante com barra da calça suspensa, mas quando retorna, parecer que de alguma forma, não se recordava mais o que estava fazendo, e pega o aparelho de PA para verificar pressão. Continua a consulta, e a avaliação de mmii, não é realizada.” (Obs Enf 3)</p> <p>“Sistema trava no meio da consulta, e enf precisa ir até outro consultório para imprimir exames.” (Obs Enf 3)</p> <p>“Enf retorna, e enquanto explica a grávida sobre a realização dos exames, é interrompido por um técnico de enfermagem que entra na sala para dizer que tem paciente passando mal na sala de observação clínica aguardando ser avaliado.” (Obs Enf 3)</p> <p>“É espantoso o fato de ter acontecido dez interrupções em uma única consulta! As constantes interrupções geram uma sensação de “quebra do encontro” profissional-usuário. É como se não houvesse uma continuidade daquele momento, gera a sensação de consulta partida. A consulta durou muito mais tempo do que duraria se aquele momento fosse unicamente destinado ao Encontro profissional-usuário. A Enfermeira se esforçava para retomar sempre de onde parou, mas poderia deixar escapar algo, como escapou a azia, e a paciente precisou perguntar o que fazer com a azia em dois momentos diferentes da consulta.” (Obs Enf 4)</p> <p>“Pré-natal é interrompido por 8 vezes: 3 Enfermeiros em uma vez e dois em uma única vez, uma técnica de Enfermagem (uma vez pessoalmente e uma vez por telefone do consultório), um ADM , uma ACS e um paciente. A vez da interrupção por duas Enfermeiras em um único momento,</p> | |
|--|---|--|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>foi quase uma “mini reunião”, para resolver escala de trabalho dos técnicos.” (Obs Enf 4)</p> <p>“O problema em longo prazo do aumento do vínculo e do aumento do acesso, é que de alguma forma, ele acaba se tornando um fator de desorganização da consulta programada, causando inúmeras interrupções à mesma, o que afeta diretamente a qualidade do atendimento prestado.” (Obs Enf 5)</p> <p>“como o paciente encontrará nesse momento de encontro, conforto suficiente para conseguir abrir uma situação delicada, por exemplo, se há constantes interrupções e sobreposições de atendimento? Isso é um fator prejudicial ao processo de trabalho desse Enfermeiro por duas razões: ser fonte geradora de estresse e ser bloqueio do encontro paciente-profissional, podendo resultar em uma baixa qualidade da consulta de enfermagem. Pois para esse “ambiente de conforto” ser retomado no momento do encontro, uma vez interrompido, requer-se um esforço a mais de ambos os lados (profissional e enfermeiro).” (Obs Enf 5)</p> <p>“Depois se volta para paciente e pergunta se ela havia pedido mais alguma coisa, e justifica: É porque com tantas interrupções, posso acabar esquecendo algo.” (Obs Enf 7)</p> <p>“Acs interrompem a consulta por duas vezes seguidas para trazer casos de pacientes e erros de agendamento. Enfermeira após as interrupções, tem dificuldade de retomar o ponto em que parou da consulta: “Onde eu estava mesmo?” As interrupções chegaram a 12 vezes em uma hora de consultas! O que dá uma média de uma interrupção a cada 5 minutos!” (Obs Enf 10)</p> <p>“A preocupação em “deixar passar algo” advém da sobreposição de</p> | |
|--|---|--|

| | | |
|-----------------------|--|---|
| | <p>atendimentos e de atividades a serem feitas. O imediatismo não está localizado apenas nos pacientes, mas nos próprios profissionais. O imediatismo é um paradigma social da vida contemporânea que está posto. Mas cabe a reflexão de que a saúde mental do trabalhador e a qualidade da Consulta de Enfermagem precisam de fato ser sacrificadas em favor da manutenção desse paradigma social?" (Obs Enf 7)</p> | |
| <p>Caráter "vivo"</p> | <p>"Enfermeira pergunta ainda há quanto tempo paciente não faz mamografia, e a paciente refere que não quer fazer porque fez uma vez e apertou muito o peito dela. Enfermeira pergunta se ela não quer amadurecer a ideia. Paciente diz que não Paciente fala que pariu seis filhos, que criou todos eles, e conta sobre o trabalho de cada um. Enfermeira escuta ativamente, não insiste na questão da mamografia" (Obs enf 1)</p> <p>"Paciente adulto pede que seja prescrito dipirona, porque a de casa acabou."</p> <p>Enfermeira prescreve a dipirona.</p> <p>OBS: não há no protocolo de enfermagem dipirona para adultos, em nenhuma situação de saúde.</p> <p>O vínculo muitas vezes nos faz "fugir do protocolo" → prescrição de dipirona para adulto." (Obs Enf 1)</p> <p>"SOLICITA EXAMES "DE ROTINA" FORA DO PROTOCOLO. Porque ao Enfermeiro só é liberado fazer pedidos de alguns exames protocolados para certos programas (gestante, hipertenso, diabético...) (Obs Enf 3)</p> <p>"Enfermeira orienta a mãe para usar óleo de semente de uva para hidratar a pele da criança, após verificar ressecamento em exame físico. Indicação fora do protocolo; o que de alguma forma, indica que as orientações não são feitas dentro das caixinhas indicadas para serem usadas. Muitas vezes, o conhecimento empírico</p> | <p><i>"Eu acho que é a sensibilidade aliada com o conhecimento científico. Não adianta você saber do que ta tratando, mais a sensibilidade, essa coisa de você saber tocar no ponto certo na hora certa, de acordo com todas essas limitações de tempo que a gente tem." (Enf 10)</i></p> <p><i>"O paciente é a parte principal do processo de saúde. Ele que sabe, ele que tem o direito de escolher o melhor tratamento pra ele, a melhor forma de ser atendido. É lógico que nós temos participação, mas é uma coisa... Nossa parte não tem que ser tão invasiva. A nossa tem que ser participativa, a gente tem que participar do desenvolvimento, do crescimento desse paciente, se não perde o sentido." (Enf 3)</i></p> <p><i>"Eu não fiz nada além de uma consulta normal. Mas eu dediquei o maior tempo daquela consulta pra ouvir tudo o que aquele paciente tinha pra dizer. E eu não fiz muita coisa eu só ouvi o paciente. Então ele achou aquilo super diferente, nunca tinha acontecido isso com ele de...daquele tempo ele chegar e ele acabou a partir daquele dia vir todo o dia aqui querer conversar comigo, então assim, criou essa coisa assim, de, a partir da primeira consulta todos os dias a pessoa vinha aqui pra clínica e me procurava." (Enf 3)</i></p> <p><i>"Realizar um planejamento de cuidado que envolva o usuário no cuidado em saúde, seja lá qual seja o problema de saúde dele ou a necessidade de saúde dele" (Enf 5)</i></p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>é usado, o saber adquirido fora do protocolo, ou mesmo a questão do vínculo torna-se mais determinante nesse processo, como por ex; a prescrição de dipirona para adultos.” (Obs Enf 5)</p> <p>“Para além de cumprir um protocolo destinado àquele tipo de consulta para o qual o paciente foi marcado, há um misto de protocolos propositalmente utilizados para atender as reais necessidades do usuário.” (Obs Enf 8)</p> | |
| <p>Limitações da Consulta Enfermagem</p> | <p>“Consulta pouco dialogada, perguntas bem direcionadas, Enfermeiro escuta uma demanda de dor em baixo ventre da gestante, tenta qualificar essa dor, mas talvez por falta de um protocolo específico para manejo desse tipo de dor, ou uma deficiência clínica do Enfermeiro, o mesmo apesar de ouvir e qualificar a queixa, não a retoma ao longo da consulta e não apresenta uma conduta resolutiva para ela.” (Enf 3)</p> <p>“Em uma consulta pós-busca ativa de paciente com Tuberculose, a enfermeira busca informações a cerca do tratamento atual da paciente (que ocorria em concomitância com pneumologista da unidade secundária), e enquanto isso; reclamava o fato de estar sendo cobrada por estas informações: “sabem que a paciente acompanha em dois lugares, mas continuam pedindo dados de acompanhamento sempre a ESF”.</p> <p>Até onde vai a compreensão do ser de fato responsável pela saúde do paciente, seja lá mais em quais lugares ele venha a ser acompanhado, a solicitação dos dados desse acompanhamento, deverá ser à ESF. (Obs Enf 8)</p> <p>“Paciente entra no consultório, visivelmente angustiada, e refere estar com a “Vida enrolada” porque perdeu o marido recentemente. Enfermeira pergunta sobre última consulta de hipertensão, paciente diz</p> | <p><i>“Conversar, cuidar né, é o cuidado, o carinho e o amor que você tem por esse paciente. Ajudar.” (Enf 8 definindo consulta de enfermagem)</i></p> <p><i>“E o amor. Se você não tiver amor por aquilo, você não consegue. É o que impulsiona né.” (Citando ferramentas mais importantes para a execução da consulta de enfermagem Enf 8).</i></p> <p><i>“As vezes te falta algumas habilidades, eu pelo menos assim, tenho as minhas limitações, mas quando eu não tenho o conhecimento sobre o assunto, eu até vou procurar, mas assim, o usuário confia muito por causa desse vínculo, desse acolher. É a confiança, e isso aí eu acho que vale muito porque às vezes você não tem aquele conhecimento, o mesmo conhecimento, a mesma formação que o médico, mas por outro lado você supre com esse jeito.” (Enf 9)</i></p> <p><i>“agente o fez o possível e o impossível com esse paciente, mas ele Não queria aderir ao tratamento,” (Enf 7)</i></p> <p><i>“não tem uma maior dificuldade de realização da consulta. Só em relação mais de voltar mesmo, porque eles não voltam e aí não tem como dar continuidade ao tratamento.” (Enf 7)</i></p> <p><i>“Tem coisas que não tãonas nossas mãos, mas.... Cobram da gente” (Enf 8 falando sobre a dificuldade com os pacientes que não</i></p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>que foi ano passado, mas enfermeira retruca: “Você veio no ano passado, mas não foi consulta pela Hipertensão, foi por outra coisa.” A consulta é do paciente ou da doença?” A consulta seguiu de forma a enfermeira verificar quais as rotinas de atendimento para Hipertensos a paciente não tinha “seguido”, e a mesma não encontrou um espaço que pudesse falar sobre a perda recente do marido.” (Obs Enf 9)</p> <p>“Tem que ter um médico para avaliar ela, ver se precisa passar uma vitamina.”</p> <p>Em outro momento da consulta filha interfere novamente: “A gente ta com pressa pra ela passar logo com o médico”. (Obs Enf 6)</p> <p>“Nem todo caso de sinusite, se precisa fazer RX para diagnóstico, e no caso ela pede, o médico carimba e paciente faz, depois médico avalia. Qual é a lógica do Enfermeiro solicitar exames que não foi capacitado para avaliar? A lógica seria um mero “adiantamento do trabalho médico”? Esse fato de solicitar e pedir para o médico carimbar, não reforçaria a ideia popular de que a consulta de enfermagem pode funcionar como uma pré-consulta médica?” (Obs Enf 6)</p> <p>“Uma ACS entra com um papel dizendo que o médico pediu p ela adiantar o pedido p ele depois só carimbar. Enf concorda.” (Obs Enf 7)</p> <p>“Pct traz resultado de mamografia e preventivo. Enf passa um tempo avaliando e diz: vou marcar consulta com médico para avaliar esse exame aqui. E nada mais foi dito.</p> <p>Há protocolo para avaliação e tomada de decisão do Enfermeiro perante aos resultados de mamografia e citopatológico uterino. A necessidade de encaminhar ao médico deveria ser ao menos justificada para a paciente, pois pareceu não haver sentido em mostrar resultados de exames de</p> | <p><i>seguem as orientações)</i></p> <p><i>“Sei que meu conhecimento não é tanto por a gente não ser médico, mas o que a gente pode ta ali.” (Enf 8)</i></p> <p><i>“É aquele momento né, de paciente ...e eu não me vejo tanto como profissional. Eu gosto do saúde da família um pouco por aquele lado humano de você ta podendo ajudar.” (Enf 8)</i></p> <p><i>“Eu acho que ainda é o não respeito pelo profissional Enfermeiro” (Enf 8)</i></p> <p><i>“Dificuldade na unidade né, na realidade que a gente vive é falta de tempo né; a correria das agendas lotadas junto com as demandas, as outras diversas demandas que a gente tem. [...]a gente tem que...tem uma fila lá fora esperando, e a gente tem que “despachar “ a queixa principal” (Enf 10)</i></p> <p><i>“Porque assim, a consulta de enfermagem nos protocolos você já tem aquele paciente certo pra você fazer, mas muitas vezes, você atende o que não ta no protocolo.” (Enf 9)</i></p> <p><i>“Porque as vezes você...mas faz falta né, porque não basta só o vínculo, né, você precisa ter o conhecimento também. Então as vezes o Enfermeiro ele peca por isso porque ele não sabe alguma coisa, e, claro, é justificável isso, mas as vezes a gente desconhece, a gente não estuda muito, entendeu? A gente fica muito com a parte de supervisão, de administração, entendeu? E...falta também a gente conhecer um pouco dos protocolos, até pra gente brigar, pra gente ficar mais ...precisa...acho que o que ainda me falta é conhecer bem profundamente os protocolos, os cadernos de atenção.” (Enf 9)</i></p> <p><i>“Eu acho que ainda tem um pouco dessa resistência, dessa concepção do usuário, de uma consulta, mais como se fosse uma consulta médica, e eu acho que, então talvez essa expectativa do usuário de que necessariamente precisa sair com uma receita prescrita, com um exame</i></p> |
|--|---|---|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>citopatológico e mamografia para o Enfermeiro.” (Obs Enf 7)</p> <p>“Paciente refere ainda dor em face. Enfermeira pergunta se ela fez Rx de face, faz o pedido de rx, e leva a paciente até o médico para ele carimbar a solicitação.” (Obs Enf 7)</p> <p>“ACS entra para resolver questão de agenda médica. Enf resolve problema da agenda médica e dispensa ACS.” (Obs Enf 7)</p> <p>“O atendimento 9 era uma dor no joelho e enfermeira pede raio X do joelho. “Quando paciente 9 retorna com raio X, médico vem avaliar, e como enfermeira não esta na sala ele diz que vai passar um remédio pra paciente , mas que vai falar com a enfermeira para prescrever” (Obs Enf 7)</p> <p>“A clareza da falta de entendimento da população a cerca da consulta de enfermagem pode ser percebida pelo número de demandas médicas identificadas durante os atendimentos. De alguma forma, essa demanda médica exposta durante a consulta de enfermagem, parece gerar certa "frustração" do profissional enfermeiro pelo não entendimento da população a cerca do papel que lhe cabe enquanto Profissional.” (Obs Enf 8)</p> <p>“É difícil manter uma alta qualidade de consulta quando demandas espontâneas "evadem a programação do dia". Mas por outro lado, entendendo que atuar em saúde da família, é lidar com um mundo onde a dinâmica da vida é exacerbadamente um fator determinante do processo de trabalho, é de se esperar que este processo seja constantemente permeado "evasões da programação."</p> <p>“Há um paradoxo que se estabelece na seguinte questão: É essencial, que um trabalho de qualidade na ESF seja demonstrado pelo aumento do vínculo entre profissional e usuário. Entretanto</p> | <p><i>solicitado, então, essa expectativa ainda muito medicamentosa da coisa sabe, é, talvez seja um grande dificultador.” (Enf 5)</i></p> <p><i>“O mais difícil, eu acho que é quando o paciente busca solução da doença, quando ele começa a não aceitar a promoção, quando ele começa a não aceitar as orientações. Ele quer um remédio pra tal doença. Eu acho que isso é uma...deixa a gente um pouco limitado.” (Enf 1)</i></p> <p><i>“Acho que nesse momento é um pouco difícil de conduzir, acho que às vezes o paciente se sente meio desconfiado, por que ele não tem essa cultura da consulta de enfermagem”(Enf 1)</i></p> <p><i>“A gente tem uma demanda muito grande e deixa a gente um pouco nervosa, porque...não nervosa; incapaz, porque a gente quer acolher todo mundo, mas, e a gente tenta. Eu tento acolher todo mundo, mas nós não somos super mulheres nem super homens, e isso me deixa com a mão...de mão atadas” (Enf 2)</i></p> <p><i>“Por exemplo, muita gente pra você atender. Às vezes a repetição dos casos faz a gente ficar meio mecanizado. São indivíduos, são diferentes, mas o caso que ele apresenta é o mesmo, e agente acaba querendo tratar da mesma forma todos os casos. [...]o processo acelerado de trabalho e a oferta muito grande de demanda, aliás; a demanda muito grande e a pouca capacidade de oferta.” (Enf 3)</i></p> <p><i>“É, pela nossa realidade eu vejo maior dificuldade que é quando temos excesso de demanda, pra gente.” (Enf 4)</i></p> <p><i>“Pra ela, que eu sou a referência dela pra tudo. Eu já expliquei pra ela que eu tenho minhas limitações, por ser Enfermeira.”(Enf 4)</i></p> |
|--|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| | <p>esse aumento de vínculo resulta em uma maior busca pelo atendimento na unidade. Essa busca aumentada por atendimento sem agendamento prévio, se por um lado transparece o fortalecimento do vínculo, da confiança da população no trabalho prestado, por outro lado gera interrupções, e prejuízos à consulta programada.” (Obs Enf 8)</p> <p>“Enfermeira pede que ela olhe a criança da consulta 1, médica diz que não dá e enfermeira insiste falando: “olha que você só carimba e eu prescrevo”. (Obs Enf 9)</p> | |
| <p>Potencialidades da Consulta Enfermagem</p> | <p>“No meu olhar, a maior necessidade da paciente atendida era contar sobre o filho acamado”. E como isto vem afetando sua rotina de vida, e isso culminou no aumento de PA e retardo da cicatrização da úlcera, uma vez que a mesma não consegue fazer repouso. Se a Enfermeira não estivesse aberta à escuta, certamente seriam dadas orientações descontextualizadas com as causas das manifestações clínicas.</p> <p>Outra questão interessante é o olhar integral, não só para paciente e família, mas paciente em suas várias vertentes do ser: o ser hipertensa, o ser mãe, o ser “sustentação da família”, e o ser mulher (lembra-se de perguntar sobre mamografia). “(Obs Enf 1)</p> <p>“o desdobramento da consulta de enfermagem para este atendimento assumiu um papel de larga amplitude, no que tange à compreensão do funcionamento da dinâmica familiar, hábitos alimentares, hábitos de higiene, avaliação de risco das crianças, monitoramento de cobertura vacinal, atendimento simultâneo de duas puericulturas e um ‘pré-natal’ (Obs Enf 1)</p> <p>“Enfermeira faz orientações de acordo com a rotina da paciente” (Obs Enf 4)</p> | <p><i>“O cuidado, o vínculo, você conseguir evitar que aquela pessoa não fique doente, você conseguir promover uma saúde” (Enf 8)</i></p> <p><i>“Eu acho que é, talvez, a identificação dos problemas e das necessidades do usuário que a gente tem, né, várias formas de fazer isso com anamnese, com o exame físico, com o olhar clínico que a gente tem, então acho que isso seria essa identificação, seja talvez o que diferencie bastante a consulta de enfermagem para consulta de outros profissionais. Esse olhar que a gente tem pra poder identificar as necessidades e potencialidades.” (Enf 5)</i></p> <p><i>“A principal seria Educação em Saúde.” (Enf 1)</i></p> <p><i>“Pra mim é ver a família como um todo, sabia?” (Enf 2)</i></p> <p><i>“Eu acho que o acolhimento.” (Enf 3)</i></p> <p><i>“Potencial de investigação.” (Enf 4)</i></p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>“Enfermeira pergunta sobre os filhos da paciente pelo nome deles. (Vínculo). Pergunta se a mãe está pensando em colocar alguém pra tomar conta da criança e ressalta a importância de trazer essa pessoa na próxima consulta, para que ouça as orientações de cuidado e alimentação” (Obs Enf 5)</p> <p>“Há uma grande preocupação da enfermeira com ambiente familiar, rotina diária da criança, situações que transparecem toda a lógica da ESF, e que são partes fundamentais da consulta de Enfermagem.” (Obs Enf 5)</p> <p>“Há uma preocupação na manutenção da continuidade do acompanhamento.” (Obs Enf 5)</p> <p>“Para além do fazer, o Enfermeiro se preocupa em: explicar o que está fazendo. Para além de prescrever, o Enfermeiro se preocupa em saber se o paciente compreende a prescrição. Para além de orientar, o Enfermeiro se preocupa em saber se o paciente compreende a importância da orientação. Para além de cumprir um protocolo destinado àquele tipo de consulta para o qual o paciente foi marcado, há um misto de protocolos propositalmente utilizados para atender as reais necessidades do usuário.” (Obs Enf 8)</p> <p>“explica sobre a normalidade da criança não evacuar todo o dia quando a mesma está em aleitamento materno exclusivo. Em vários momentos, o Enfermeiro se preocupa em antecipar uma possível preocupação do paciente e explica o que ele pode esperar da situação, antes que essa se torne um problema.” (Enf 8)</p> | |
|--|---|--|