

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ISABEL CRISTINA DOS SANTOS COLOMÉ

**PRÁTICA CLÍNICA DAS ENFERMEIRAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: EXERCENDO A CLÍNICA DO CUIDADO**

Porto Alegre, 2013

ISABEL CRISTINA DOS SANTOS COLOMÉ

**PRÁTICA CLÍNICA DAS ENFERMEIRAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: EXERCENDO A CLÍNICA DO CUIDADO**

Tese do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – EENF/UFRGS.

Linha de Pesquisa: Políticas, Avaliação e Atenção à Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima

Porto Alegre, 2013

ISABEL CRISTINA DOS SANTOS COLOMÉ

Prática clínica das enfermeiras na estratégia saúde da família: exercendo a clínica do cuidado

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 21 de março de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima:

Presidente - PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Silvia Matumoto:

Membro - EE/USPRP

Profa. Dra. Marta Regina Cezar Vaz:

Membro - FURG

Profa. Dra. Giselda Quintana Marques:

Membro – PMPA

Profa. Dra. Regina Rigatto Witt:

Membro – PPGENF/UFRGS

Dedico este trabalho com imenso amor...
Aos meus pais Miguel e Maria Ely e aos meus pais do coração Cândido e Maria.
Ao meu esposo e parceiro Alessandro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A Deus pela presença e proteção constantes e a Jesus, amigo de todas as horas, pelos ensinamentos que me permitem caminhar rumo ao aperfeiçoamento espiritual.

Aos meus pais Miguel e Maria Ely por terem me dado a oportunidade da vida e por me fazerem sentir tão amada. A saudade é infinita, mas sei que, mesmo na outra dimensão da vida, continuam acompanhando meus passos e torcendo por mim. Amo-os eternamente!
Aos meus pais do coração Cândido e Maria por assumirem a tarefa de pais com tanto amor e dedicação. Agradeço por me darem a cada dia o maior presente que um filho pode receber: o exemplo no bem. Com vocês aprendo o verdadeiro significado de amor ao próximo. Amo vocês!

Ao anjo e amor da minha vida, Alessandro, por ser meu porto seguro e estar ao meu lado compartilhando a idealização e concretização de tantos sonhos. O teu apoio e auxílio foram fundamentais para a realização desta tese, por isso, a vitória também é tua. Te amo!

À minha orientadora Profa. Maria Alice Dias da Silva Lima, por ter conduzido essa caminhada com tanta competência, sensibilidade e respeito. Sou muito grata pelos momentos de aprendizado e pelo incentivo recebido sempre. Saiba que seus exemplos de pessoa e profissional continuarão a guiar meus passos. Obrigada por tudo!

Aos meus irmãos Carlos Miguel e Paulo pelo cuidado que sempre tiveram comigo, cada um a seu jeito, demonstrando tanto carinho e amizade. Manos queridos, vocês moram no meu coração.

Aos meus irmãos do coração Carmem, Flávio e Valéria por se importarem tanto comigo, estarem sempre ao lado para ajudar, vibrando com minhas conquistas. Vocês são presentes que Deus me concedeu!

À toda a família Colomé, por estar sempre vibrando com minhas conquistas e, especialmente, por ser a melhor família que alguém poderia ter. Amo cada um de vocês!

À minha irmã Carmen – a Lulú – por ter acreditado que eu era capaz, me incentivando desde a graduação a confiar no meu potencial. Hoje, sinto que se não fosse o teu apoio e amor nada disso seria possível. Obrigada por tudo!

À minha querida amiga Darielli, com quem aprendi o valor da amizade, obrigada por estar sempre por perto para me ouvir, ajudar e compartilhar desafios e alegrias da enfermagem e da vida. Te amo amiga!

Ao meu cachorrinho Gody por estar literalmente sempre ao meu lado, inclusive nos momentos de elaboração desta tese. Por me dar tanta alegria e carinho.

À Mara que cuida de nossa casa e de nossa família com tanta dedicação, tua presença e apoio foram muito importantes nesta caminhada.

À Universidade Federal de Santa Maria, por possibilitar a minha realização profissional e conceder condições importantes para o meu processo de doutoramento.

Ao Departamento de Ciências da Saúde da UFSM Palmeira das Missões pelo apoio e incentivo, em especial às minhas colegas de disciplinas Alice, Graça e Marta, que prestaram auxílio e estímulo fundamentais. Obrigada por serem além de colegas, parceiras de trabalho!

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS, pelos diversos momentos de aprendizado que me proporcionaram;

Aos colegas do Curso de Doutorado, pela convivência e compartilhamento de conhecimentos, experiências, incertezas e alegrias nesta trajetória.

Às professoras Marta Regina Cezar Vaz, Regina Rigatto Witt e à Giselda Quintana Marques, integrantes da banca do exame de qualificação, pelas importantes contribuições feitas naquele momento, as quais foram fundamentais para a condução da pesquisa.

Às enfermeiras, sujeitos deste estudo, pela disponibilidade e gentileza com que me acolheram, viabilizando a realização desta investigação.

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho e que me incentivaram a chegar até aqui: fica a minha gratidão!

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a dimensão assistencial do processo de trabalho de enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família, considerando a prática clínica que desenvolvem nesse contexto. Trata-se de um estudo qualitativo, cujos dados foram coletados por meio das técnicas de observação livre por amostragem de tempo e incidente crítico. Os sujeitos foram 26 enfermeiras que atuavam na assistência em unidades de saúde da família. A análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo, do tipo análise temática e resultou em duas categorias temáticas e subcategorias. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS parecer número 22237. A prática clínica das enfermeiras permeia as atividades de assistência que realizam e compõe-se de ações curativas, educativas, preventivas, de recuperação e promoção da saúde. Essa prática ocorre em um processo de trabalho voltado para o atendimento de usuários de diversas faixas etárias, que apresentam necessidades e/ou problemas de saúde variados e complexos, resultantes de situações clínicas e sociais próprias da sua dinâmica de vida. A prática clínica da enfermeira na saúde da família se caracteriza pela clínica do cuidado, ou seja, uma clínica própria, capaz de promover a ampliação do objeto de intervenção para além da lógica clínica biológica e curativa. Os componentes da clínica do cuidado da enfermeira expressam a forma com que define o seu objeto de trabalho e o saber/fazer que utiliza para isso, são eles: mobilização de conhecimentos; habilidade de comunicação - escuta; criação de vínculos de confiança. O desenvolvimento da clínica do cuidado faz com que a enfermeira seja a profissional de referência para os usuários na unidade. No cotidiano, a partir da mediação entre os conhecimentos científicos e as experiências vivenciadas, as enfermeiras constroem o saber operante, ou seja, um saber/fazer específico do seu núcleo profissional. O saber operante permite a avaliação/julgamento das situações e a tomada de decisão, visando satisfazer necessidades físicas, mentais, emocionais e sociais dos usuários e famílias de forma integral, exigindo um processo de aprendizagem contínua. As enfermeiras encontram dificuldades no desenvolvimento de sua prática clínica, quando não conseguem alcançar os resultados traçados para o cuidado. No entanto, também encontram potencialidades que geram motivação, estando relacionadas a sua capacidade de minimizar o sofrimento do usuário e/ou família, realizar uma ação resolutiva e receber o reconhecimento dos usuários, familiares ou outros profissionais. Os resultados mostram que as enfermeiras desenvolvem a clínica do cuidado, na medida em que organizam o seu conhecimento clínico sobre o indivíduo e a família, a comunidade e o sistema de saúde; promovem a valorização dos momentos de fala e

escuta; buscam a promoção da saúde e desenvolvem uma clínica voltada para o sujeito, não desprezando a doença, mas deslocando o foco da cura para ter como finalidade primordial o cuidar.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em Atenção Primária. Saúde da Família. Programa Saúde da Família. Papel do profissional de enfermagem.

RESUMEN

Este estudio visa a analizar la dimensión asistencial del proceso de trabajo de enfermeras en la Estrategia Salud de la Familia, considerando la práctica clínica que desenvuelven en ese contexto. Este es un estudio cualitativo cuyos datos fueron recolectados por medio de las técnicas de observación libre por muestreo de tiempo e incidente crítico. Los sujetos fueron 26 enfermeras que actuaban en la asistencia en unidades de salud de la familia. El análisis de los datos siguió la técnica de análisis de contenido, del tipo análisis temático y resultó en dos categorías temáticas y subcategorías. El estudio obtuvo aprobación del Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal del Rio Grande do Sul según el informe número 22237. La práctica clínica de las enfermeras impregna sus actividades de asistencia y se componen de acciones curativas, educativas, preventivas, de recuperación y promoción de la salud. Esa práctica ocurre en un proceso de trabajo direccionado al atendimento de usuarios de diversos grupos de edad, que presentan necesidades y/o variados y complejos problemas de salud, resultantes de situaciones clínicas y sociales propias de su dinámica de vida. La práctica clínica de la enfermera en la salud de la familia se caracteriza por la clínica del cuidado, o sea, una clínica propia, capaz de promover la ampliación del objeto de intervención para allá de la lógica clínica biológica y curativa. Los componentes de la clínica del cuidado de la enfermera expresan la forma con que define su objeto de trabajo así como el saber y el hacer que utiliza para eso, es decir: movilización de conocimientos; habilidad de comunicación - escucha; creación de vínculos de confianza. El desenvolvimiento de la clínica del cuidado hace de la enfermera la profesional de referencia para los usuarios en la unidad. En el cotidiano, a partir de la mediación entre los conocimientos científicos y las experiencias vividas, las enfermeras construyen el saber operante, o sea, un saber y un hacer específico de su núcleo profesional. El saber operante permite la evaluación y el juicio de las situaciones y la toma de decisiones, visando a satisfacer necesidades físicas, mentales, emocionales y sociales de los usuarios y familias de forma integral, exigiendo un proceso de aprendizaje continuo. Las enfermeras encuentran dificultades en el desenvolvimiento de su práctica clínica, cuando no logran alcanzar los resultados trazados para el cuidado. Sin embargo, también encuentran potencialidades que generan motivación, relacionadas a su capacidad de minimizar el sufrimiento del usuario y/o familia y de realizar una acción resolutiva y recibir el reconocimiento de los usuarios, familiares o de otros profesionales. Los resultados muestran que las enfermeras desenvuelven la clínica del cuidado al organizar su conocimiento clínico acerca del individuo y de la familia, de la comunidad y del sistema de salud; promueven la

valoración de los momentos de habla y escucha; buscan la promoción de la salud y desenvuelven una clínica dedicada al sujeto, no despreciando la enfermedad, pero desplazando el foco de la cura al acto de cuidar como finalidad primordial.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud. Enfermería de Atención Primaria. Salud de la Familia. Programa de Salud Familiar. Rol de la Enfermera.

ABSTRACT

This study aims at analyzing the care dimension regarding the working process of nurses who perform in the Family Health Strategy by considering the clinical practice they carry out within such context. It is a qualitative study whose data were collected by means of free observation techniques as per time sampling and critical incident. The subjects were 26 nurses who attended in the care center at family health care units. The data analysis followed the technique of content analysis of the thematic analysis type which provided two thematic categories and subcategories. The study received the approval from the Ethics Research Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul under opinion number 22237. The clinical practice of the nurses permeates their care activities and is composed of healing, educative, preventive, recuperation and health promotion actions. Such practice occurs in a working process addressed to users from several age frames who present needs and/or varied and complex health problems derived from clinical and social circumstances that are peculiar to their life dynamics. The clinical practice of the nurse in the Family Health Strategy is featured by the care clinic, that is, an appropriate clinic able to promote the enlargement of the intervention object beyond the biological and healing clinical logics. The components of the nurse's care clinic express the way how he/she defines his/her working object and the knowledge and expertise he/she utilizes thereto which are: knowledge mobilization; communication ability – listening; creation of trust bonds. The development of the care clinic makes of the nurse the reference professional for the users in the unit. Upon daily life, from the mediation between scientific knowledge and experiences, nurses construct the operational knowledge, that is, a specific expertise from his/her professional nucleus. The operational knowledge allows the evaluation and judgment of the circumstances besides the decision-making, aiming at satisfying the physical, mental, emotional and social needs of users and families as a whole what requires a continuous learning process. Nurses find difficulties in the development of their clinical practice when they do not succeed into achieving the results they have outlined for the care. However they also find potentialities that generate motivation and are related to their capacity of minimizing the pain of the user and/or family, by performing a resoluteness action and receiving the recognition of users, family members or other professionals. Findings show that nurses develop the care clinic to the extent that they organize their own clinical knowledge about the individual and the family, the community and the health system; they promote the valorization of the speaking and listening moments; they search for health promotion and develop a clinic addressed to the subject and they do not

underestimate the disease but they displace the focus from the cure to the care as the primordial target.

Keyword: Primary Health Care. Primary Care Nursing. Family Health. Family Health Program. Nurse's Role.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Municípios pertencentes à 15ª Coordenadoria Regional de Saúde.....	61
Quadro 2 – Municípios integrantes da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, agrupados conforme número de equipes da Estratégia Saúde da Família	62
Quadro 3- Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	63
Quadro 4 - Número de incidentes críticos mencionados pelas enfermeiras e necessidade/problema de saúde que motivou o atendimento.....	79

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E SUA PROBLEMATIZAÇÃO..	22
2.1 OBJETIVOS	35
2.1.1 Objetivo Geral	35
2.1.2 Objetivos Específicos	35
3. REFERENCIAL TEÓRICO	36
3.1 O processo de trabalho em saúde e enfermagem na Atenção Básica	36
3.2 Clínica ampliada na Atenção Básica de Saúde: subsídios para a prática assistencial da enfermeira na saúde da família	45
3.3 Por uma clínica da enfermagem: o cuidado como foco	52
4 METODOLOGIA	60
4.1 Caracterização do estudo	60
4.2 Cenário da investigação	60
4.3 Sujeitos do estudo.....	63
4.4 Coleta de dados	64
4.5 Análise dos dados	70
4.6 Considerações bioéticas	72
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
5.1 Dimensão assistencial do trabalho das enfermeiras na saúde da família: o destaque da prática clínica.....	73
5.2 A clínica do cuidado das enfermeiras na ESF	84
5.2.1 Componentes da prática clínica da enfermeira.....	85
5.2.1.1 Mobilização de conhecimentos	85
5.2.1.2 Habilidade de comunicação	93
5.2.1.3 Criação de vínculo positivo e de confiança	101
5.2.2 Enfermeira: profissional de referência para os usuários	105
5.3 A construção do saber operante na prática clínica das enfermeiras	116
5.4 Possibilidades da prática clínica das enfermeiras na saúde da família	124
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICE A - Roteiro de Observação.....	147

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista.....	148
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	149
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	151
ANEXO 1 – Autorização da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde	153
ANEXO 2 – Carta de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	154

1 APRESENTAÇÃO

A temática deste estudo consiste no processo de trabalho de enfermeiras¹ que atuam no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), na especificidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como aspecto central a dimensão assistencial que integra suas práticas nesse contexto.

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde² (ABS) é considerada o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações individuais e coletivas, de elevada complexidade e baixa densidade, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. As práticas gerenciais e sanitárias, na forma de trabalho em equipe, são direcionadas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume responsabilidade sanitária. Orienta-se por alguns princípios como: universalidade, acessibilidade, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, equidade e participação social. Esse nível de atenção tem como prioridade estratégica para sua organização a proposta da Saúde da Família (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família foi criada como uma política de saúde brasileira no ano de 1994, tornando-se prioritária pelo seu papel de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua implantação foi influenciada por um contexto de contradições e incertezas do sistema, sendo considerada uma oportunidade para a superação destas, por meio de ações como: a expansão do acesso da população aos serviços de atenção primária, a consolidação do processo de descentralização do planejamento e gestão da saúde, a busca pela integralidade da atenção e a incorporação efetiva do controle social (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

Os autores citados afirmam que a ESF não consiste em um programa setorial de saúde, na medida em que transcende limites temporais e de amplitude de definição comuns aos programas de saúde. Sobretudo, é considerada uma estratégia criada não apenas para operar uma reorganização da atenção básica, mas para estruturar um sistema público de saúde com novas prioridades de ação, alicerçado na filosofia e nos princípios do SUS.

Define-se a ESF como um modelo de atenção primária à saúde, operacionalizado mediante ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos

¹ Neste estudo, utiliza-se a palavra enfermeira em função da profissão ser constituída majoritariamente por mulheres.

² Atenção Básica à Saúde é o termo utilizado pelo governo brasileiro para referir-se ao primeiro nível de atenção à saúde. Já a terminologia Atenção Primária à Saúde é utilizada mundialmente, sendo que ambas as expressões apresentam significados semelhantes.

realizados por equipes de saúde comprometidas com a integralidade do atendimento, centrado na unidade familiar e coerente com o entorno social, econômico, cultural e epidemiológico da comunidade. Destacam-se alguns princípios organizativos norteadores do trabalho da equipe de saúde da família na operacionalização dessa política, tais como: definição e descrição do território de abrangência; adscrição da clientela; diagnóstico de saúde da comunidade; acolhimento e organização da demanda; trabalho em equipe multiprofissional; enfoque da atenção na família e comunidade; estímulo à participação e controle social; organização de ações de promoção da saúde; clínica ampliada e educação permanente em saúde (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

Essa Estratégia tem apresentado intensa expansão no território brasileiro desde sua implantação, sendo que no ano de 2009 foram implantadas 30.328 equipes de saúde da família em 5.251 municípios, perfazendo uma cobertura de 50,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas (BRASIL, 2011a).

Tendo em vista a obtenção de melhor impacto das ações de saúde sobre os diversos fatores que interferem no processo de saúde e doença, o trabalho na ESF faz-se por meio da atuação de equipes multiprofissionais. Dentre os profissionais que a compõem, destaca-se a enfermeira, em função dos diversos papéis que vem assumindo na realização do cuidado, como o de educadora, prestadora de cuidados permanentes no território, planejadora e articuladora das ações, o que tem lhe proporcionado maior autonomia no trabalho no nível primário de atenção, tendo como consequência uma ascensão social e política da profissão (XIMENES NETO et al., 2007). A sua inserção na ESF ocorre em um contexto de busca por reformulação das práticas de saúde e necessidade de integração do seu trabalho com o dos demais profissionais da equipe (PEDUZZI, 2000).

A partir das propostas de construção do SUS, o trabalho da enfermeira tem sofrido diversas transformações, na medida em que desloca sua atuação predominantemente hospitalar, individualizada e curativa, pautada no modelo clínico de atenção, para práticas desenvolvidas em unidades básicas de saúde, contemplando também ações preventivas e de promoção da saúde (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

O processo de expansão da ESF abre novo espaço de trabalho para os profissionais de saúde, pela crescente capacidade de absorção dos municípios, nível em que a operacionalização da estratégia ocorre. A enfermeira, nesse contexto, foi reconhecida como profissional prioritária na composição das equipes, tendo em vista sua formação generalista e suas experiências / competências para planejar, executar e avaliar as ações assistenciais,

educativas e administrativas, as quais são desenvolvidas por ela desde o início do processo de implantação da proposta (PEREIRA; ALVES, 2004).

Autores defendem que as práticas das enfermeiras na ABS e ESF têm gerado mudanças positivas nos serviços de saúde e no modelo assistencial (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; COSTA; MIRANDA, 2008). Em seus micro-espços de trabalho, na realização da assistência direta aos usuários, famílias e comunidades, as enfermeiras têm se configurado como sujeitos transformadores do modelo de atenção, por meio da adoção de novas práticas e dinâmicas de trabalho que vão ao encontro das propostas da ESF/SUS, conseguindo alcançar melhorias nos perfis de saúde de diversos municípios (COSTA; MIRANDA, 2008).

O fato das enfermeiras participarem de todas as etapas do processo de trabalho na ESF (planejamento, execução, supervisão e avaliação das ações), lhes confere cada vez mais espaço, autonomia, poder de decisão na equipe e reconhecimento social (PEREIRA; ALVES, 2004; COSTA; MIRANDA, 2008). A enfermeira tem se destacado na equipe de saúde da família em função de sua facilidade de comunicação, da capacidade de escuta, da confiança dos usuários, além do reconhecimento por parte da comunidade e dos profissionais como uma facilitadora do atendimento à clientela, agilizando-o e realizando os encaminhamentos necessários, aspectos importantes na legitimação de sua prática (PEREIRA; ALVES, 2004).

Assim, a enfermeira tem participado das transformações na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde como uma mediadora técnica e científica das mudanças no sistema de saúde, no âmbito micro e macro-político, assumindo um papel social e histórico relevante que contribui para a construção social da saúde e para os avanços da profissão (COSTA; MIRANDA, 2008).

O cuidado prestado pela enfermeira na saúde da família é composto de ações educativas e atividades voltadas à promoção, manutenção e recuperação da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (XIMENES NETO et al., 2007). Preconiza-se que essa profissional desenvolva seu processo de trabalho na unidade de saúde da família e na comunidade, juntamente com a equipe, realizando ações de assistência a indivíduos sadios e doentes, ampliando o cuidado às famílias, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000).

Estudos vêm demonstrando que o processo de trabalho na ESF está exigindo das enfermeiras maior atuação na assistência direta aos usuários, a qual tem predominado em suas práticas (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008; ERMEL; FRACOLLI, 2006; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; SILVA et al., 2001; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

A Política Nacional da Atenção Básica define as atribuições específicas da enfermeira na ESF, dentre elas destacam-se as ações de assistência aos usuários como: realizar

assistência integral aos indivíduos e famílias na unidade de saúde da família, por meio de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, e quando indicado ou necessário realizar atividades no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários como escolas, associações, entre outros. Essas ações devem ser desenvolvidas em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, idade adulta e terceira idade). Outras atribuições são realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, observadas as disposições legais da profissão. Além das ações de caráter assistencial, ainda são atribuídas à enfermeira ações de educação permanente, planejamento, gerência e coordenação do serviço e junto aos demais profissionais da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006), as quais também estão direcionadas à viabilização do atendimento ao usuário.

Apesar das contribuições e avanços do trabalho da enfermeira na saúde da família, a produção científica atual aponta fragilidades que interferem em suas práticas. Essas são de diversas ordens, desde aspectos estruturais como infraestrutura e condições de trabalho, até questões relacionadas à dinâmica de atendimento aos usuários. Sobre esse último aspecto é que se centra esta proposta de investigação, particularmente na dimensão assistencial que compõe o processo de trabalho das enfermeiras. Existem algumas dificuldades evidenciadas por ações pautadas na racionalidade do modelo biomédico de atenção à saúde, que muitas vezes, tem conduzido a atuação das enfermeiras, contrariando os princípios da ESF e do SUS. Em alguma medida, o seu saber-fazer permanece estruturado pelo seguimento de normas, protocolos e atividades preventivas e de promoção, voltadas à doença.

A lógica da saúde da família exige que haja uma reforma nos modos de trabalho e na relação estabelecida entre profissionais e usuários, por meio da criação de vínculo e responsabilização, garantindo a continuidade de um cuidado resolutivo e de qualidade (BRASIL, 2006).

A proposta da ESF está alicerçada na lógica da atenção básica à saúde, criando novas práticas setoriais e afirmando o caráter indissociável entre as ações clínicas e as de promoção da saúde (BRASIL, 2000). Assim, considerando-se que a ESF traz oportunidades para a realização de ações que são próprias da enfermeira, como é o caso das atividades clínicas (PEREIRA; ALVES, 2004), e que estas permeiam a dimensão assistencial de seu trabalho, torna-se importante analisar a prática clínica que desenvolve nesse cenário de atuação.

Ainda são poucos os estudos na área da saúde que se dedicam a pesquisar e divulgar as contribuições específicas da enfermagem na trajetória de consolidação da ESF, abordando os

resultados obtidos a partir de sua inserção na equipe multiprofissional e a organização e condução das atividades de assistência que realiza (COSTA; MIRANDA, 2008). Torna-se necessária a realização de pesquisas que possibilitem avaliar a produção de saberes e fazeres da enfermagem, viabilizando a identificação da amplitude do seu trabalho na saúde da família (MARQUES; SILVA, 2004).

A motivação para desenvolver este estudo parte do interesse e da vivência da pesquisadora na área da saúde coletiva e, sobretudo, da saúde da família. A dissertação de mestrado em enfermagem abordou o tema do trabalho em equipe na perspectiva de enfermeiras que atuavam na ESF e forneceu subsídios para a superação das dificuldades do trabalho coletivo, em direção a uma prática integrada, com interação entre os profissionais e articulação das suas ações (COLOMÉ, 2005).

A atuação como docente no campo da saúde coletiva tem permitido o desenvolvimento de pesquisas e ações de extensão com foco no trabalho dos profissionais que atuam na atenção básica e, sobretudo, na saúde da família (MARQUI et al., 2008; COLOMÉ et al., 2009; COLOMÉ et al., 2010). Pesquisa (MARQUI et al., 2010) realizada em uma Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, evidenciou as características das equipes de saúde da família e as dificuldades presentes no seu processo de trabalho. Essas dificuldades envolvem diversos aspectos (infraestrutura das unidades, condições de trabalho, trabalho em equipe, falta de preparo dos profissionais), os quais provocam desmotivação dos trabalhadores e interferem na assistência prestada, na medida em que dificultam o atendimento às premissas da ESF, demonstrando a pertinência de aprofundamento de estudos nesse espaço de práticas.

No desenvolvimento das atividades de ensino, o contato direto com os serviços provocou reflexões e questionamentos sobre o trabalho das enfermeiras na saúde da família, tendo em vista a constituição e desenvolvimento de sua prática clínica e a contribuição para a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários. Essas questões, aliadas às evidências encontradas na literatura sobre a problemática do trabalho assistencial da enfermeira e sua prática clínica na ESF, motivaram a proposta desta investigação.

Este estudo está inserido na linha de pesquisa Políticas, Avaliação e Atenção à Saúde e Enfermagem, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A presente tese está estruturada em cinco capítulos: o primeiro contempla a construção do objeto de estudo e sua problematização, apresentando evidências da literatura que dão sustentação ao que se pretende estudar, e evidencia os pressupostos do estudo, assim como seus objetivos; o segundo é composto pelos referenciais teóricos do processo de trabalho em

saúde, da clínica ampliada e clínica da enfermagem, que sustentam a proposta. O terceiro capítulo explicita o caminho metodológico escolhido para o alcance dos objetivos propostos; o quarto contempla os resultados e a discussão e, por fim, o último capítulo apresenta as considerações finais.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E SUA PROBLEMATIZAÇÃO

O trabalho da enfermagem contempla duas dimensões complementares: a dimensão assistencial e a gerencial (FELLI; PEDUZZI, 2005; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Na dimensão assistencial a enfermeira toma como objeto de intervenção pessoas com necessidades de cuidado de enfermagem, tendo por finalidade a produção do cuidado integral. A dimensão gerencial tem como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos, caracterizando-se por ações administrativas com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho para os trabalhadores de enfermagem (FELLI; PEDUZZI, 2005; ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Na década de 70 as enfermeiras desenvolviam principalmente ações gerenciais nos serviços de saúde pública, sendo que a partir da década de 80, com o processo de implantação do SUS, as atribuições dessa profissional foram modificando, passando a realizar atividades clínicas de assistência direta ao usuário, além de ações administrativas e de organização dos serviços (ALMEIDA, 1991). Alguns estudos evidenciam o predomínio de atividades gerenciais no processo de trabalho de enfermeiras que atuam em unidades básicas de saúde (NAUDERER; LIMA, 2008; SCHIMITH; LIMA, 2009). No entanto, a partir da implantação da ESF este panorama vem apresentando mudanças, sendo relatado em resultados de pesquisas um maior envolvimento da enfermeira com atividades de assistência (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008; ERMEL; FRACOLLI, 2006; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; SILVA et al., 2001; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

As características do trabalho nessa Estratégia trouxeram novas perspectivas de atuação para as enfermeiras, possibilitando o redirecionamento de suas práticas para a satisfação das necessidades dos usuários, sendo o cuidado de enfermagem a finalidade específica de seu trabalho (PEDUZZI, 2000). Sendo assim, entende-se ser relevante o desenvolvimento de estudos que permitam a análise e compreensão da prática assistencial da enfermeira no cuidado à saúde da família.

Em sua prática, a enfermagem pode atuar com diversos processos de trabalho realizados de forma concomitante, caracterizados pelo processo de trabalho de assistir, de administrar, de ensinar, de pesquisar e de participar politicamente. Salienta-se que todos esses subprocessos estão inter-relacionados e ocorrem de maneira dinâmica e complementar no cotidiano do trabalho. O processo de trabalho assistir ou cuidar em enfermagem tem como finalidade promover, manter e recuperar a saúde de indivíduos, famílias, comunidades e coletividades, tendo como objeto de trabalho os seres humanos que necessitam de cuidados de

caráter físico, psicológico, social e espiritual no decorrer de suas vidas. Para tanto, a enfermeira (agente desse processo) necessita dominar os instrumentos e métodos específicos da profissão. Os instrumentos incluem os conhecimentos, as habilidades e as atitudes para a efetivação da assistência, além de recursos materiais, como equipamentos e espaço físico (SANNA, 2007; FELLI; PEDUZZI, 2005; SILVA, 1996).

A dimensão assistencial contempla as funções exercidas diretamente com e para o usuário (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008), caracterizando-se por práticas que visam à satisfação de necessidades de saúde. Neste estudo tem-se o interesse em abordar as práticas de assistência da enfermeira estabelecidas no encontro com os usuários, em que ocorre a interação entre ambos na prestação do cuidado.

Salienta-se que as atividades de assistência são permeadas por um saber clínico próprio da enfermeira que direciona suas ações (CEZAR-VAZ et al., 2010), sobre o qual irá se lançar o olhar no processo desta investigação, já que se considera a prática clínica inerente ao processo de trabalho assistencial da enfermeira. Conforme Oliveira et al. (2009) prática clínica e processo de trabalho implicam-se de forma recíproca, já que são as situações concretas do processo de trabalho que possibilitam que a clínica se desenvolva.

Na ESF, a dimensão assistencial da prática da enfermeira envolve um conjunto de atividades clínicas, preventivas, educativas, de promoção da saúde, as quais vêm sendo abordadas em diversas pesquisas que serão citadas a seguir (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008; ALTINO et al., 2006; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010; SILVA et al., 2001; ERMEL; FRACOLLI, 2006; OLIVEIRA; MARCON, 2007; ASSIS et al., 2010; ZOBOLI, 2007; REIS; FORTUNA; OLIVEIRA, 2007; SCHIMITH; LIMA, 2009; CEZAR-VAZ et al., 2010; MATUMOTO et al., 2011; RIVEMALES; NASCIMENTO; PAIVA, 2009; DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

Giroti, Nunes e Ramos (2008), ao analisarem as práticas das enfermeiras atuantes em uma unidade da ESF de Londrina, identificaram a predominância de atividades assistenciais no seu cotidiano, caracterizadas pelo trabalho dentro e fora da unidade. As ações intra-unidade foram consultas de enfermagem, assistência a gestantes, puérperas, crianças, idosos, adultos, atendimento à demanda espontânea e outros procedimentos de enfermagem, e as extra-unidades as visitas domiciliares. Para o desempenho dessas ações as enfermeiras organizavam-se diariamente por meio de agendas, selecionando dias ou períodos para a assistência à saúde da mulher e da criança, sendo que a demanda espontânea era atendida nos horários em que não estavam realizando as atividades agendadas. As atividades assistenciais que ocorriam com maior intensidade eram aquelas ligadas aos programas oficiais, sendo que

algumas outras não eram realizadas, dentre elas pode-se citar: atenção à mulher no climatério, a vítimas de violência, dependentes químicos, prevenção do câncer de próstata. Sendo assim, as enfermeiras destacaram que as atribuições assistenciais preconizadas pelo Ministério da Saúde são amplas e vem sendo sua responsabilidade avaliar, delegar e/ou priorizar a sua realização. Reconheceram que no cotidiano há dificuldades de realizar a totalidade das atribuições, devido à sobrecarga de trabalho e organização do serviço, mas que estas serão facilitadas com a cooperação de todos os membros da equipe, em um trabalho integrado. As orientações de prevenção de doenças permearam as práticas das enfermeiras (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008), aspecto reforçado em outra pesquisa, na qual as práticas educativas eram realizadas nos momentos de consultas de enfermagem, grupos de saúde, salas de espera e reuniões em escolas e na comunidade (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

A Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC)³ é considerada um potente instrumento do processo de trabalho assistencial da enfermeira na saúde coletiva, possibilitando a avaliação de resultados, benefícios e impacto das ações de enfermagem realizadas (CUBAS; EGRY, 2008). O município de Curitiba foi o primeiro no Brasil a utilizar a CIPESC como um instrumento para sistematizar a prática de enfermagem na saúde coletiva. Pesquisa realizada no referido município identificou as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem em unidades de um distrito de saúde, utilizando o projeto CIPESC. Os dados mostraram uma ampliação e intensificação das atividades assistenciais sistematizadas no trabalho da enfermagem. Dentre as ações de assistência que as enfermeiras mais realizavam destacam-se: acolhimento, orientações voltadas a gestantes, saúde da criança e ao puerpério, avaliação da situação vacinal, solicitação de exames laboratoriais normatizados, consulta e prescrição de cuidados de enfermagem, visita domiciliária, entre outras (ALTINO et al., 2006).

Investigação revelou que enfermeiras atuantes em unidades de saúde da família envolviam-se em consultas de enfermagem entre seis e sete turnos durante uma semana típica de trabalho, desenvolvendo ações de puericultura, pré-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer cérvico-uterino. No tempo que restava, desenvolviam atividades como: visitas domiciliares, educação em saúde em grupo, atendimento a usuários portadores de tuberculose e hanseníase, coordenação de campanhas de vacinação e semanas comemorativas,

³ O projeto CIPESC foi desenvolvido com vistas à criação de um sistema que descreva a prática de enfermagem com uma nomenclatura compartilhada mundialmente pelas enfermeiras. Esta Classificação consiste na contribuição brasileira à Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE), atendendo à proposta do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (CUBAS; EGRY, 2008; ALTINO et al., 2006).

supervisão do trabalho dos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

Ao analisar as práticas de 233 enfermeiras da rede básica de serviços municipais de saúde de Campinas/São Paulo, pesquisa apresentou um quadro geral das atividades desenvolvidas por elas em seu cotidiano de trabalho. Nesse quadro, 28% das ações correspondem a atendimentos individuais e 23,9% a ações coletivas, o que significa que mais da metade de suas atividades são de assistência. As ações gerenciais na unidade de saúde somadas àquelas voltadas à coordenação, supervisão e treinamento da equipe perfazem 46,8% das práticas. Foi revelado ainda que, apesar do trabalho das enfermeiras estar dirigido a diversas áreas, permanece focado na viabilização da consulta médica, em detrimento de ações de promoção da saúde (SILVA et al., 2001).

A caracterização da prática de enfermeiras na ESF no município de Vitória/ES revelou que 88,2% delas atuavam com uma agenda de trabalho pré-determinada. As atividades de assistência eram direcionadas principalmente à saúde da criança, da mulher e do adulto. Cada uma dessas áreas previa uma série de atividades pertinentes à atuação da enfermeira. Das ações preconizadas para a saúde da criança, 67% eram realizadas. Na atenção à saúde da mulher, as ações relacionadas ao pré-natal perfaziam mais de 73,5% das atividades, incluindo: estímulo ao aleitamento materno, solicitação de exames de rotina, visitas domiciliares e consulta de enfermagem. Das ações preconizadas para o controle da hipertensão arterial e Diabetes mellitus mais de 76% eram realizadas e na atuação da enfermeira voltada ao adulto em geral, predominaram as visitas domiciliares e consultas de enfermagem, perfazendo 94,1% das ações direcionadas a esse público (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

No trabalho das enfermeiras na ESF de Marília/SP, as práticas assistenciais envolviam: consultas de enfermagem à mulher (pré-natal, puerpério, coleta de exame preventivo do câncer de colo uterino); à criança (puericultura); grupos de saúde (hipertensão, diabetes, puericultura); visitas domiciliares para pessoas acamadas; acolhimento na unidade (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Esse estudo descreveu a prática da enfermeira durante as visitas domiciliares e as consultas de enfermagem. Nas visitas domiciliares, as enfermeiras consideram que a família pode contribuir para a terapêutica do indivíduo, porém não abordam a dinâmica familiar, nem os seus desafios e sofrimentos. Já a consulta de enfermagem não contempla a dimensão social da vida das pessoas e é realizada de forma prescritiva, muitas vezes, atribuindo culpa aos usuários pela execução inadequada (na visão do profissional) do tratamento. Além disso, a consulta foi percebida como uma forma de aliviar a demanda por atendimento médico. A

finalidade do trabalho das enfermeiras consistia em intervir nos perfis de desgaste de grupos sociais, com atenção dirigida a indivíduos ou grupos com patologias específicas, com uma visão restrita sobre os problemas de saúde da comunidade. Para o desenvolvimento de sua prática a enfermeira utilizava ferramentas consideradas pelos autores ‘instrumentos tradicionais de saúde pública’ como a consulta de enfermagem e a visita domiciliar (ERMEL; FRACOLLI, 2006). Destaca-se que as práticas assistenciais das enfermeiras na Estratégia vão além das atividades citadas, no entanto, o que as torna tradicionais não é a sua natureza e sim a forma com que são colocadas em prática, em que há um reforço do modelo de atenção hegemônico curativo.

Conforme outra pesquisa, a consulta de enfermagem ocorria na unidade de saúde e no domicílio e, apesar de parecer um momento de maior escuta, estava baseada na prescrição de condutas sem espaço para a participação dos sujeitos nas decisões sobre sua saúde. Uma das fragilidades dessa ação consistia na falta de planejamento, pois não eram traçadas previamente as metas e prioridades no atendimento (REIS; FORTUNA; OLIVEIRA, 2007).

Investigação sobre a prática da enfermeira na ESF em Maringá/Paraná evidenciou que o trabalho com as famílias ocorria de forma individualizada e focado na patologia, não havendo estímulo à participação e à autonomia dos usuários em relação ao cuidado recebido e ao serviço de saúde (OLIVEIRA; MARCON, 2007). Os autores ressaltam que durante as visitas domiciliares as orientações limitavam-se à prescrição de comportamentos considerados adequados, em relação ao uso de medicações, cuidados com a dieta, esclarecimentos sobre patologias e controle da hipertensão e diabetes. As ações realizadas nos domicílios caracterizavam-se principalmente pela realização de procedimentos técnicos de enfermagem como verificação de sinais vitais, curativos e administração de medicamentos. Os achados do referido estudo demonstram que a visita domiciliar não tem se configurado como uma possibilidade das enfermeiras em compreender de forma mais ampliada o processo de saúde e doença individual e coletivo (OLIVEIRA; MARCON, 2007). As dificuldades que as enfermeiras têm encontrado para consolidar a visita domiciliar como importante ferramenta de cuidado se estende para as demais atividades de assistência que desenvolvem, pois as fragilidades apontam para a necessidade de rever suas formas de atuação, nas quais, muitas vezes, ainda prevalece o modelo tradicional de atenção, curativo e individual, em dissonância com as propostas do SUS e, sobretudo, da ESF.

A análise da prática da enfermeira no município de Jequié/BA revela que a organização do seu processo de trabalho está pautada nas ações programáticas em saúde, com predomínio de ações voltadas à assistência, priorizando os grupos de risco. Salienta-se a

importância de que haja flexibilidade nessa prática, pois, muitas vezes, esta não consegue contemplar as necessidades dos usuários da área, havendo a pertinência de adaptação à demanda social que busca os serviços (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

As ações programáticas permitem a classificação das doenças predominantes no território e a criação de uma agenda de trabalho, com eleição de prioridades. No entanto, ao atuar com base em um cronograma com formas tradicionais de organização, o profissional tende a aprisionar seu trabalho pela lógica da normatividade, direcionando suas ações mais pelo recorte programático do que pelas necessidades dos usuários (FERREIRA et al., 2009).

Outro estudo realizado em uma unidade de saúde da família de Itabuna/Bahia mostrou que a produção do cuidado pelas enfermeiras priorizava o uso das tecnologias leve-duras, aquelas pautadas em conhecimentos técnicos estruturados, guiadas pelo cumprimento de normas, protocolos e estabelecimento de relações hierarquizadas, a fim de garantir o funcionamento adequado da estratégia. As práticas das enfermeiras estavam centradas em ações programáticas e de vigilância à saúde, havendo dificuldades de utilização das tecnologias leves (de relações) que permitem a valorização do acolhimento, da responsabilização, da criação de vínculos, isto é, espaço de realização da clínica ampliada (ASSIS et al., 2010).

Pesquisa que abordou problemas éticos vivenciados por enfermeiras na atenção básica, concluiu que estas estão pouco preparadas para trabalhar com as tecnologias leves (comunicação, escuta, acolhimento, vínculo) no atendimento aos usuários. Atuar na atenção básica requer o redirecionamento da prática clínica da enfermeira, pois o contexto da dinâmica familiar e das condições de vida das pessoas requer sensibilidade do profissional para a percepção de problemas e de situações eticamente significativas. A ESF, na medida em que exige dos profissionais mudanças de atitude e de cultura, pode contribuir para uma transformação ética importante na consolidação do SUS (ZOBOLI, 2007).

Os resultados de um estudo de caso que analisou o processo de trabalho da enfermeira em uma equipe de saúde da família revelaram dissonâncias com os achados apresentados anteriormente, sendo que eram priorizadas as ações administrativas e educativas coletivas, além da coordenação do trabalho dos agentes de saúde. Eram poucas as atividades de atendimento individual aos usuários na unidade, pois as enfermeiras estavam desenvolvendo ações de prevenção na comunidade. Foi observada apenas a coleta de exame citopatológico, o qual independente do resultado necessitava passar por consulta médica. O teste do pezinho era realizado pelas auxiliares de enfermagem. Nessas situações, as enfermeiras perdiam oportunidades importantes de assistência, pois poderiam realizar consultas e fortalecer o vínculo dos usuários com o serviço. As práticas preventivas eram desenvolvidas de forma

vertical e descontextualizadas, não apresentando elementos para a construção da autonomia dos usuários. Foi identificado que o modelo de atenção da equipe investigada tem foco no procedimento, o que exige uma atenção que contemple a subjetividade dos sujeitos, individual ou coletivamente, e seus modos de viver (SCHIMITH; LIMA, 2009).

Outra investigação demonstrou algumas fragilidades ao analisar a contribuição do trabalho da enfermeira em um distrito sanitário do município de Goiânia, a partir das percepções de gerentes, usuários e gestores. Esta evidenciou a dificuldade desse profissional em colocar em prática os aprendizados teóricos e, da mesma forma, transformar a sua prática em conhecimentos. A atuação da enfermeira foi reconhecida pelos usuários pela execução de procedimentos básicos e técnicos, não havendo distinção das diferentes categorias que compõem a equipe de enfermagem (BARBOSA et al., 2004).

Os estudos mencionados analisam o trabalho das enfermeiras na ESF e mostram o predomínio de ações de assistência no seu processo de trabalho, assim como os desafios presentes nessa prática. Portanto, torna-se fundamental (re)pensar, problematizar, discutir e analisar a assistência prestada pelas enfermeiras nesse âmbito de atenção, com vistas ao aprimoramento do cuidado. Ainda é relevante identificar e analisar os elementos que constituem o processo de trabalho da enfermeira e as relações estabelecidas na produção do cuidado.

Para o desenvolvimento da assistência, as enfermeiras utilizam conhecimentos clínicos específicos da profissão, os quais permeiam todo o processo de cuidar (CEZAR-VAZ et al., 2010). As ações clínicas são executadas em consultas de enfermagem, visitas domiciliares, atividades de acolhimento, trabalhos em grupo, ações educativas, entre outras ações que constituem a dimensão assistencial. As pesquisas sobre a prática clínica da enfermeira na atenção básica são recentes e escassas, tendo em vista que são poucos os estudos que abordam o espaço que esta ocupa no trabalho da enfermeira nesse nível de atenção à saúde, justificando a importância e pertinência no aprofundamento de investigações sobre o tema.

Pesquisa que buscou caracterizar a prática clínica da enfermeira na atenção básica evidenciou que o grupo das profissionais investigadas considera como prática clínica na atenção básica as ações de acolhimento, a consulta de enfermagem, a visita/atendimento domiciliar, os trabalhos com grupos, e, de forma indireta, a orientação dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além do suporte ao trabalho médico (MATUMOTO et al., 2011). Essa visão dos profissionais é abrangente, pois entendem que as atividades clínicas não ficam restritas aos atendimentos individuais, mas são estendidas às

ações coletivas. Assim, tornam-se necessárias a mobilização de conhecimentos, habilidades e competências variadas para a atuação em diferentes âmbitos.

As enfermeiras compreendem que necessitam exercer a ‘clínica do cuidado’ que se diferencia pela escuta das necessidades dos usuários, considerando além do indivíduo doente, ao estender o foco para a família e o contexto de vida. Fazem referência à clínica ampliada como forma de mudança do modelo assistencial. No entanto, se deparam com desafios que acabam impedindo ou prejudicando o exercício da prática clínica, os quais estão relacionados a aspectos externos e internos ao seu trabalho. Os primeiros evidenciam-se pela precariedade de condições na estrutura e organização das unidades, havendo falta de salas e de apoio do serviço de recepção e gerência local, o não reconhecimento de seu trabalho pela equipe e gestores, assim como a ausência de supervisão e apoio técnico específicos (MATUMOTO et al., 2011). Esses aspectos são confirmados por outra pesquisa que constatou não existir espaço físico para a assistência individual de enfermagem, prejudicando a privacidade e o desenvolvimento das ações (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008).

As questões internas são definidas pela abrangência e complexidade do trabalho na ESF que geram demandas inespecíficas, ou seja, surgem diversos problemas que não são previstos ou conhecidos, próprios da subjetividade das situações. Essas demandas impõem à enfermeira a utilização de saberes e habilidades técnicas que nem sempre estão preparadas para lidar. Relatam que muitas vezes acabam reproduzindo o modelo hegemônico da prática médica já conhecida/estruturada e questionam suas formas de agir, fato este que pode favorecer uma ressignificação do seu trabalho e a busca por novos modos de atuação (MATUMOTO et al., 2011).

Estudo mostrou que enfermeiras que tinham mais tempo de formação não se sentiam capacitadas para o exercício da clínica na ESF, expressando insegurança de ordem técnica e ética na realização de consultas de enfermagem, principalmente de puericultura. O sentimento de vulnerabilidade profissional era reforçado pela indefinição dos limites de sua competência profissional nessa área, exigindo apoio técnico e delimitação do que é específico da enfermeira. Diante das decisões clínicas necessárias nas ações do pré-natal, esse profissional sentia-se inseguro tecnicamente, situação agravada pela falta de suporte dos demais componentes da equipe no esclarecimento de dúvidas (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

Outra tensão observada para a consolidação da prática clínica das enfermeiras centra-se nos limites de sua atuação, pela necessidade de complementaridade do trabalho dos demais integrantes da equipe para a prestação do cuidado. Isso faz com que precisem ter humildade

para reconhecer quando necessitam auxílio, porém, causa incômodo pela sensação de dependência, principalmente em relação ao trabalho médico. Afirmam que este profissional anseia que o serviço lhe forneça as condições para realização de sua prática, sem que haja contrapartida, ou seja, a enfermagem pode completar o atendimento médico na pós-consulta, mas este também pode completar uma consulta de enfermagem. As enfermeiras vêem a necessidade de priorizar as ações clínicas no seu cotidiano na atenção básica, abrindo espaços na agenda de trabalho para o seu exercício (MATUMOTO et al., 2011).

Defende-se a ideia de que, na organização do trabalho na ESF, não existe apenas a prática clínica de um profissional, ou seja, do médico, pois esta consiste em uma das linguagens do conhecimento clínico, que não é o único e verdadeiro. Portanto, ao se considerar que existem distintas formas de organizar o conhecimento clínico do objeto, pode-se dizer que a enfermagem possui uma clínica própria, na medida em que organiza seus conhecimentos para a prevenção de doenças e promoção da saúde dos indivíduos e da família, na realização do cuidado de enfermagem (CEZAR-VAZ et al., 2010).

Investigação sobre a constituição do conhecimento clínico da enfermeira na atenção primária, especificamente na ESF, revelou que esta profissional atua com base em um saber clínico próprio da enfermagem, a partir do qual organiza as suas práticas com foco no objeto/sujeito de sua ação. Os achados mostraram que o principal objeto de ação da prática clínica da enfermeira é o indivíduo doente ou que apresenta necessidades especiais e sua família. As atividades são realizadas na forma de consultas, orientações ou pré-consultas, direcionadas principalmente à saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso e do adolescente. A apreensão da família se dá em função do indivíduo que requer cuidados (objeto da prática clínica) e as ações são voltadas para a prevenção de doenças e agravos e minimização do sofrimento individual e familiar. Assim, destacam que o foco na família e a extensão do atendimento ao domicílio possibilitaram a ampliação das ações clínicas da enfermeira, ultrapassando a centralidade nos aspectos orgânicos e na doença, para vislumbrar as condições sociais que podem gerar riscos de adoecimento. A prática clínica da enfermeira ganha abrangência coletiva na realização de ações de caráter educativo, buscando suprir as necessidades de informações e orientações dos indivíduos e famílias, ou seja, os conhecimentos clínicos são organizados na forma de 'educação clínica' voltada para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. A enfermeira organiza sua prática a partir do conhecimento clínico, direcionado para o indivíduo e a família, a comunidade e o sistema da atenção primária à saúde, em uma prática clínica complexa (CEZAR-VAZ et al., 2010). Esses autores trazem importantes subsídios sobre a clínica desenvolvida pelas enfermeiras na ESF,

permitindo a visualização da especificidade do seu trabalho na equipe multiprofissional e os esforços em direção à mudança do modelo hegemônico.

O cuidado realizado pela enfermeira demonstra potencial para a melhoria e/ou manutenção da saúde das pessoas, fato que ficou evidente em estudo que investigou a percepção de gestantes atendidas pela enfermeira durante o pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família de um município de Salvador/Bahia. Este apontou a satisfação das usuárias com o atendimento recebido, sendo a consulta de enfermagem valorizada pelas mulheres assistidas como ação sistematizada e resolutiva, permeada pelo uso das tecnologias leves que qualificam o cuidado, com relações de interesse e cordialidade. Ainda, salientam a contribuição do trabalho da enfermeira na realização de grupos educativos como forma de informação, educação e terapêutica (RIVEMALES; NASCIMENTO; PAIVA, 2009).

Outra investigação que abordou a consulta de enfermagem realizada em um Programa de Hanseníase de uma unidade de atenção primária à saúde demonstrou que as ações da enfermeira caracterizavam-se principalmente por orientar, fazer e encaminhar. A orientação foi disponibilizada a todos os usuários atendidos, seguida das atividades de fazer e encaminhar, as quais perfizeram 84% da clientela. Foi observado que a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas consultas facilitou a identificação das necessidades dos usuários e as ações conjuntas da equipe frente a estas (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009). Esses dados confirmam a relevância das enfermeiras ocuparem seu espaço de trabalho na assistência aos usuários, tendo em vista que suas intervenções podem ser potentes facilitadores na busca da resolutividade, com importante contribuição para o cuidado multidisciplinar e para a valorização e visibilidade das suas práticas na Atenção Básica de Saúde.

Diante do exposto, considera-se importante investigar e analisar a vivência das enfermeiras que estão imersas no contexto de trabalho da ESF, pois esse conhecimento subsidia a busca contínua de aprimoramento das práticas de saúde e da situação de saúde da população que usufrui dessa política.

Nesse sentido, destaca-se um estudo que investigou as competências do trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde e sua contribuição na constituição das Funções Essenciais de Saúde Pública, as quais são definidas pela Organização Mundial de Saúde como um conjunto de atividades que devem ser desenvolvidas para a melhoria da saúde das populações e construção do SUS. Os resultados obtidos junto a enfermeiras assistenciais apresentam um conjunto de competências gerais e específicas destacadas como necessárias para o trabalho na atenção básica. Entre essas competências destacaram: trabalha na

perspectiva da vigilância de saúde; desenvolve ações de promoção e proteção da saúde; planeja e sistematiza a assistência de enfermagem; realiza atendimento integral dentro dos princípios do SUS. As competências que obtiveram consenso no grupo de enfermeiras foram: identifica-se com o trabalho; sabe ouvir; conhece a comunidade, com ela estabelece e mantém vínculos; desenvolve ações de promoção e proteção da saúde; promove a saúde de indivíduos, famílias e comunidade; coordena ações educativas na comunidade; identifica os problemas de saúde; compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde; prioriza os casos urgentes; e busca a resolubilidade. Houve ainda destaque para competências próprias do núcleo de competência e responsabilidade da enfermagem como: realiza consulta de enfermagem; presta cuidado domiciliar de enfermagem (WITT, 2005).

A partir desses resultados, é possível identificar algumas competências que as enfermeiras consideram fundamentais e imprescindíveis na realização de seu trabalho na ABS, sendo importante considerar as competências que estão sendo construídas pelos profissionais no campo de trabalho diário, através da experiência, pois são eles os conhecedores das peculiaridades do processo de produção que os envolve (WITT, 2005), aspecto que será valorizado neste estudo.

Os resultados dos estudos citados anteriormente demonstram a amplitude e a complexidade do trabalho da enfermeira na ABS, mais especificamente na ESF, considerando a dimensão assistencial de seu processo de trabalho, a qual é permeada pela prática clínica. Foi possível identificar um maior envolvimento das enfermeiras em atividades de assistência aos indivíduos e famílias por meio de consultas de enfermagem, visitas domiciliares, atividades educativas, ações de acolhimento e de promoção da saúde. Essas ações são direcionadas a faixas etárias diversas, abrangendo principalmente a saúde da mulher, da criança e do adulto. Isso exige das enfermeiras um domínio sobre os instrumentos e métodos específicos da profissão, por meio da utilização de conhecimentos e atitudes que conduzam a um cuidado de enfermagem integral.

A prática clínica se desenvolve na assistência por meio da mobilização de conhecimentos adquiridos pela enfermeira em outros momentos e experiências, além de informações sobre a situação do usuário, suas queixas, sintomas, contexto familiar e social, com a finalidade de buscar a satisfação de suas necessidades. No entanto, os estudos mostram que existem desafios para que essa prática se desenvolva que estão relacionados a alguns aspectos como: indefinição dos limites de sua competência profissional; insegurança técnica e ética para desenvolver as atividades; falta de suporte da equipe; precariedade na infraestrutura das unidades. Observa-se que, muitas vezes, na produção do cuidado pelas

enfermeiras, há a predominância de uma atenção clínica com caráter curativo e individual, voltado a patologias específicas, desconsiderando o processo saúde e doença como uma produção social. Isso foi observado na realização de consultas de enfermagem (ERMEL; FRACOLLI, 2006; MACIEL; ARAÚJO, 2003; REIS; FORTUNA; OLIVEIRA, 2007) e de visitas domiciliares desenvolvidas na ESF (ERMEL; FRACOLLI, 2006; OLIVEIRA; MARCON, 2007).

As enfermeiras têm encontrado dificuldades de abranger a família no cuidado, de atuar com base nas tecnologias leves, de contemplar as condições de vida dos usuários e de realizar ações preventivas que estimulem a participação e autonomia das pessoas. Diante disso, muitas vezes, as ações de assistência não são aproveitadas para compreender de forma mais ampliada as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade, e gerar mudanças nas formas de fazer saúde, fazendo com que, na prática das enfermeiras na ESF, haja o reforço do modelo de atenção tradicional hegemônico. Assim, muitas vezes, suas ações reproduzem o modelo biomédico, voltado para a produção de procedimentos, com base no seguimento de normas e rotinas pré-estabelecidas.

Em contrapartida, alguns avanços são observados, sendo que o foco na família e a extensão do atendimento ao domicílio possibilitaram a expansão das ações clínicas da enfermeira para questões sociais, demonstrando os esforços empregados para gerar transformações na atenção à saúde e a potencialidade de seu trabalho assistencial na ABS, com vistas à consolidação do SUS.

Sendo assim, os saberes e as práticas da enfermeira na ESF podem ser (re)criados nos encontros cotidianos com os usuários e demais profissionais da equipe. No entanto, essa situação exige novas competências e atitudes dos profissionais, buscando romper com o olhar cristalizado pelo modelo tradicional de atenção centrado na produção de procedimentos. Assim, torna-se importante conhecer se a prática assistencial das enfermeiras tem contribuído para a consolidação de um modelo de atenção condizente com as premissas do SUS e da ESF e em que medida isso ocorre.

A literatura anteriormente apresentada aponta as ações realizadas pela enfermeira e a população a quem se dirigem, no entanto, ainda existe necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as atividades clínicas, como são desenvolvidas, os instrumentos utilizados e as relações estabelecidas no encontro clínico entre a enfermeira e o usuário, ressaltando como ocorre o processo da prática clínica dessa profissional na saúde da família.

Diante do exposto, buscou-se responder ao seguinte questionamento: Como se constitui a prática clínica na dimensão assistencial do trabalho de enfermeiras que atuam na ESF?

Para tanto, foi definido o objeto deste estudo, que consiste na análise da prática clínica na dimensão assistencial do processo de trabalho da enfermeira na saúde da família.

Os referenciais teóricos sobre processo de trabalho em saúde; clínica ampliada e clínica da enfermagem contribuíram para a elaboração e sustentação dos seguintes pressupostos:

- As particularidades do trabalho na ESF possibilitam novas perspectivas de atuação para as enfermeiras e um redirecionamento de suas práticas, no sentido do fortalecimento da dimensão assistencial;
- A dimensão assistencial do processo de trabalho da enfermeira na ESF constitui-se de ações da prática clínica, nas quais o objeto de trabalho é definido por meio de um saber/fazer, a partir de um recorte das necessidades apresentadas pelos usuários;
- A prática clínica das enfermeiras é desenvolvida em todas as atividades assistenciais, por meio da utilização de um saber clínico próprio da enfermagem, que direciona a tomada de decisão e suas formas de intervenção;
- A prática clínica das enfermeiras tem como foco o cuidado de enfermagem, que possibilita a concepção do objeto de trabalho numa perspectiva de ampliação da lógica clínica biológica e curativa.

Assim, ao analisar/problematizar a dimensão assistencial do trabalho da enfermeira na saúde da família, este estudo traz subsídios para compreender a prática clínica da enfermeira na atenção básica, na especificidade da saúde da família, revelando o seu saber/fazer clínico, aspecto ainda pouco explorado na literatura.

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo Geral:

- Analisar a dimensão assistencial do processo de trabalho de enfermeiras que atuam na ESF, considerando a prática clínica que desenvolvem nesse contexto.

2.1.2 Objetivos Específicos:

- Identificar a constituição da dimensão assistencial do trabalho da enfermeira no âmbito da saúde da família;
- Caracterizar e analisar a prática clínica da enfermeira no desenvolvimento da assistência na ESF;
- Caracterizar o saber operante das enfermeiras no desenvolvimento da prática clínica;
- Analisar as dificuldades e as potencialidades da prática clínica da enfermeira na saúde da família.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial do processo de trabalho em saúde e as definições de clínica ampliada na atenção básica e clínica da enfermagem, fundamentam teoricamente este estudo e serão abordados a seguir.

3.1 O processo de trabalho em saúde e enfermagem na Atenção Básica

A partir das definições sobre trabalho em saúde, seus elementos e tecnologias, busca-se analisar o saber/fazer da enfermeira na realização de atividades de assistência aos usuários na ESF. As teorizações sobre processo de trabalho em saúde e enfermagem podem contribuir para pensar de forma crítica sobre o objeto de intervenção e a finalidade que orienta a prática dessa profissional, além de identificar os meios que utiliza para tal, confrontando essas questões às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários no contexto do trabalho.

O referencial teórico que fornece sustentação ao objeto foi construído a partir de estudos sobre o trabalho em saúde, utilizando autores como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves que adota o conceito de trabalho desenvolvido por Marx, aplicando-o ao campo da saúde, e Emerson Elias Merhy que trata da micropolítica do processo de trabalho.

O trabalho humano ocorre por meio de um processo no qual há a aplicação de certa quantidade de energia capaz de transformar ‘algo anterior’ em ‘algo posterior’. As transformações obtidas através do gasto de energia denominam-se processo de trabalho e são intencionais, na medida em que buscam produzir resultados para satisfazer a um carecimento/necessidade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Como categoria de análise, o processo de trabalho é composto por três elementos principais e inter-relacionados que são: o próprio trabalho destinado a uma finalidade; o objeto de trabalho, ou seja, aquilo sobre o que se trabalha; e os meios ou instrumentos de trabalho (MARX, 1994).

O diferencial do trabalho humano é o fato de estar guiado por uma finalidade durante todo o processo. Sendo assim, ao final se obtém o resultado que havia sido concebido anteriormente no imaginário do trabalhador (MENDES-GONÇALVES, 1992). A finalidade do trabalho significa a razão pela qual este é realizado, ou seja, o fim a que se direcionam as ações. Assim, o processo de trabalho consiste em atividade dirigida a uma finalidade, definida anteriormente para ir ao encontro das necessidades que a geraram, sendo que revela a intencionalidade e a racionalidade que a orienta (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A intencionalidade evidencia o projeto de trabalho e impulsiona energia para a transformação do objeto. Essa energia, que consiste em um conjunto de qualidades e potencialidades humanas que podem ser ativadas para operar transformações, se denomina força de trabalho. A força de trabalho opera com energias mecânicas e intelectuais (que controlam as primeiras), sendo que a ação coordenada de consumo dessas energias de acordo com a finalidade almejada é chamada trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O ‘algo anterior’ que se quer transformar é o objeto de trabalho, e este vem a ser propriamente um objeto apenas quando é delimitado e desprendido pelo sujeito, sendo a maneira com que isso se dá guiada pelo olhar que antevê um resultado potencial. Desta forma, “o objeto não se impõe em nenhum caso naturalmente, mas corresponde já a um olhar enviesado que nele discrimina a potencialidade do produto” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.62).

O objeto sobre o qual o homem irá trabalhar provém da natureza e contém a potencialidade do produto ou serviço em que será transformado pelo ser humano. Assim, ele não está colocado na natureza ou sociedade de forma natural dada, independente da ação humana, mas necessita que o trabalhador, fundamentado em um saber, o reconheça. O objeto se constitui a partir de um projeto, construído com base em conhecimentos anteriores sobre a necessidade a ser identificada, o produto virtual gerado e os meios/instrumentos para intervenção (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Os instrumentos correspondem à forma com que a energia é empregada ao processo de trabalho e se caracterizam como tal quando o sujeito que os utiliza se valer das qualidades dos mesmos para concretizar seu projeto. Sendo assim, cada instrumento será utilizado de acordo com o objeto de trabalho que lhe corresponde e a sua utilização consiste na operacionalização de um saber. Os instrumentos podem ser materiais como os artefatos físicos e imateriais como os saberes, atitudes e habilidades direcionadas para satisfazer determinadas necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1994; 1992).

As necessidades que o processo de trabalho busca transformar não são naturais, assim como também o trabalho, mas têm uma sócio historicidade, ou seja, são produto da reprodução do homem em determinado período e em dada sociedade. No processo de trabalho em saúde, os objetos e as necessidades a serem satisfeitas são sempre social e historicamente determinados, aspecto que justifica inclusive a sua existência como processo de trabalho individualizado e a atuação de agentes sociais (trabalhadores de saúde) dentro de uma divisão técnica do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994).

O processo de trabalho em saúde diferencia-se daqueles que objetivam bens materiais, produtos específicos que podem ser tomados como mercadorias. O trabalho em saúde apresenta especificidades, tendo como objeto de trabalho o homem e visando produzir resultados por meio da satisfação de necessidades, com interação entre as pessoas, as quais precisam ser apreendidas em sua objetividade e subjetividade. Esta última entendida como as relações que cada homem estabelece com o contexto em que vive e consigo mesmo e que são mediadas por afetos, desejos, repulsa, normatividade, trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Os processos de trabalho em saúde só ocorrem por meio da interação humana entre trabalhadores e usuários dos serviços, sendo que ao mesmo tempo em que os primeiros operam no sentido de gerar produtos, reproduzem as relações sociais e a si mesmos como trabalhadores e sujeitos sociais (MENDES-GONÇALVES, 1992).

No desenvolvimento do trabalho em saúde produto e consumo se confundem, tendo em vista que o usuário dos serviços sofre as ações dos trabalhadores de saúde e ele próprio se torna produto da ação realizada. Por isso, a análise desse processo de trabalho é complexa, já que seu principal objeto – o ser humano – não se constitui apenas de atributos materiais, pois tem existência e história, o que lhe confere incerteza, flexibilidade e personalidade (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999).

O trabalho em saúde envolve técnicas e tecnologias tradicionais e de consenso na área, representando normas sociais e regras técnico-científicas que guiam a forma com que o trabalho deve ser realizado. Um dos exemplos consiste nas normatizações sobre esterilização de materiais para proteção de profissionais e usuários. Entretanto, essas ações não contemplam a totalidade dos aspectos envolvidos na atenção à saúde, em função de seu caráter de incerteza e imprevisibilidade. Sendo assim, a aplicação de normas e regras depende da situação apresentada, isto é, existe a necessidade de que o trabalhador realize um julgamento e apreciação sobre os problemas e necessidades trazidos pelos usuários, considerando suas particularidades e singularidades. No momento de encontro, na interação entre trabalhador e usuário, é desejável que o trabalhador preste um cuidado que valorize a intersubjetividade (PEDUZZI, 2007).

Essas questões têm se mostrado um desafio para os profissionais, pois demandam esforços para realizar uma adaptação de seus saberes estruturados a cada caso que se apresenta no cotidiano e, principalmente, por envolver os usuários em seu contexto de vida, com sua cultura, seus anseios e expectativas sobre o atendimento. Sendo assim, é importante que ocorra um processo de negociação entre profissional e usuário, além da apreensão por

parte do trabalhador de necessidades não relacionadas aos aspectos biológicos, mas fruto de questões sociais.

No trabalho em saúde, além da utilização das tecnologias materiais e realização de procedimentos, sempre haverá relações produzidas na atuação de uma pessoa sobre a outra, havendo espaços de fala, escuta e interpretações, com possibilidades de estabelecimento de vínculo e acolhimento no momento de encontro (LUNARDI et al., 2010).

O modo de produção capitalista influencia e sustenta o trabalho na área da saúde por meio de uma lógica instrumental, a qual utiliza os conhecimentos da fisiopatologia para a realização do diagnóstico e terapêutica, sendo relativamente efetiva ao se considerar como produto a restauração biológica (LUNARDI et al., 2010). No entanto, ao considerar o contexto da saúde da família o produto que se antevê necessita estar contextualizado aos aspectos histórico-sociais da vida dos indivíduos, exigindo uma prática alicerçada nos princípios doutrinários do SUS enquanto direito de cidadania, tendo em vista a integralidade no atendimento individual e coletivo.

O trabalho em saúde caracteriza-se como coletivo, pois é realizado por um conjunto de profissionais que dominam saberes de distintas áreas do conhecimento, os quais cooperam entre si, tendo em vista a realização de atividades complementares. As ações são desenvolvidas com maior ou menor autonomia dos agentes, já que os níveis hierárquicos e de poder não se distribuem somente pelas capacidades técnicas, mas, sobretudo, pela posição social que ocupam (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999).

Entre os núcleos profissionais destaca-se a Enfermagem que, como campo de saberes e práticas, vem construindo de forma contínua um corpo de conhecimentos específicos, viabilizando a construção histórica de suas práticas no decorrer do século XX. Considera-se a enfermagem como prática social, sem negar sua cientificidade, pois é essa gama de saberes específicos que conferem o caráter de profissão que presta serviços legitimados pela sociedade (ALMEIDA et al., 2009).

A enfermagem como prática social é ação realizada para responder a uma necessidade e/ou interesse do indivíduo e da sociedade, executada por um agente sobre o objeto de sua prática, por meio da qual estabelece relações e aplica o seu conhecimento para transformar a realidade, sendo que nesse processo de mudança, transforma-se a si mesmo (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008).

A construção da enfermagem como profissão deu-se em torno das atividades de cuidar (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001; ALMEIDA et al., 2009), sendo o cuidado o seu

núcleo de competência e responsabilidade no trabalho interdisciplinar (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

A enfermagem tem domínio sobre um campo de conhecimento que lhe fornece competência para cuidar de seres humanos, em todo seu processo de vida, em suas múltiplas dimensões. O cuidado realizado no âmbito do trabalho profissional em saúde não é desenvolvido somente pela enfermagem, fazendo parte do trabalho dos demais profissionais de saúde, porém, “a profissão que coloca o cuidado como objeto epistemológico e como core de seu agir profissional é a enfermagem”. O cuidar em enfermagem significa a promoção da vida, visando “o bem-estar dos seres humanos na sua individualidade, complexidade e integralidade. Envolve um encontro interpessoal com objetivo terapêutico, de conforto, de cura quando possível e, também, de preparo para a morte quando inevitável” (PIRES, 2009, p. 742).

As práticas de enfermagem são repletas de valores éticos que evidenciam a singularidade do ser humano, pois trabalham “com o processo saúde-doença-cuidado, que é complexo e carregado de valores, sentidos e significados, além do conhecimento morfofuncional” (ALMEIDA et al., 2009, p.751).

A consubstancialidade entre processo de trabalho e necessidades de saúde direciona o processo de trabalho e pode estar expressa na circularidade entre a forma de organização, distribuição e consumo de serviços. Isso quer dizer que as necessidades de saúde identificadas em um contexto histórico e social, suscitam os serviços que são prestados, o modo como se organizam e são ofertados. Da mesma forma, os serviços podem ser geradores de necessidades, na medida em que criam valores quanto ao ‘cardápio’ de necessidades ou padrão destas na sociedade, reiteradas pelo consumo sistemático (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Nesse sentido, a circularidade apontada acima permite que sejam abertos espaços para a mudança e para a criação de novas necessidades de saúde. Nesse vazio que se abre, os trabalhadores podem instaurar diferentes intervenções e formas de organizar o trabalho com base em novos sistemas de valores (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Para realizar a apreensão de um objeto o trabalhador opera com um saber que se desdobra em técnicas materiais e imateriais. Ao considerar esse aspecto Mendes-Gonçalves (1994) constrói a categoria saber operante, que representa uma relação e distinção entre o mundo do trabalho e o mundo da ciência. No cotidiano de práticas, o agente do trabalho realiza a mediação entre os conhecimentos científicos, os saberes e as dimensões éticas e políticas de ambos, fazendo uso do saber operante, pela relação entre objeto, instrumentos e

atividade de trabalho. Destaca-se que os saberes são campos de inscrição de ciências e de outros conhecimentos (PEDUZZI, 2002), portando são constituídos, além de conhecimentos técnicos estruturados nas disciplinas científicas, por experiências oriundas das relações estabelecidas no contexto das práticas.

A partir da aplicação do saber operante, o trabalhador tem a possibilidade de criar novas formas de atuação que vão sendo avaliadas, experimentadas, reiteradas e aprimoradas na sua prática cotidiana, sendo esse espaço de mudança uma potência para os trabalhadores (PEDUZZI, 2007). Isso ocorre pela oportunidade que as enfermeiras possuem de (re)construir continuamente seus saberes e práticas na ESF, a partir das experiências diárias com os usuários e demais componentes da equipe no serviço de saúde.

Uma das grandes contribuições de Mendes-Gonçalves (1994) foi a ampliação do olhar sobre o conceito de tecnologia. Esta não é considerada apenas como um conjunto de instrumentos materiais do trabalho, com função essencialmente técnica, mas abrange um conjunto de saberes e instrumentos utilizados na produção dos serviços que evidenciam a trama de relações sociais em que os agentes articulam sua prática em um contexto social.

A partir da definição mais abrangente de tecnologia em saúde, considera-se que as inovações e mudanças no trabalho não ocorrem somente por meio da incorporação de novos instrumentos, sendo necessária a compreensão sobre a utilização das tecnologias e as relações que estabelecem no interior do processo de trabalho, destacando-se os saberes operantes e as finalidades que os orientam (PEDUZZI, 2007).

A partir da definição de Mendes Gonçalves sobre tecnologia, que pode ser material (instrumentos e máquinas) e não material (conhecimento técnico-científico), Merhy desenvolve a concepção de que existem outras tecnologias nos processos de produção de saúde que estão pautadas nas relações. Este autor considera que o trabalho em saúde só se efetiva por meio do encontro entre sujeitos (trabalhadores e usuários) individuais e coletivos e, portanto, é todo relacional (MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997).

Merhy (1997) classifica as tecnologias de trabalho em saúde em três tipos: as *tecnologias duras* que se caracterizam por produtos que derivam de trabalho anterior, ou seja, máquinas, instrumentos, normas; as *tecnologias leve-duras* que envolvem os conhecimentos técnicos estruturados, os quais podem ser aplicados pelo trabalhador de uma maneira própria, particular e criativa, revelando sua faceta leve; e as *tecnologias leves*, que se referem aos aspectos relacionais fundamentais na produção do cuidado.

Além disso, ao trabalhar em saúde operamos um “Trabalho Morto”, que traz em si a lógica instrumental, e o “Trabalho Vivo”, que é o trabalho humano em ato, lugar próprio das

tecnologias leves (MERHY, 2002). Sendo assim, o processo de trabalho pode ter a hegemonia do instrumental, sendo prescritivo, e, portanto, Trabalho Morto centrado; ou operar a partir de uma lógica relacional, Trabalho Vivo centrado (FRANCO, 2003).

Ao considerar o trabalho vivo na micropolítica do processo de trabalho em saúde, Franco (2006) desenvolve a idéia de rizoma, que representa a formação de um sistema de conexões que produzem novas significações e linhas de fuga. Assim, o trabalho vivo, pela sua capacidade rizomática, opera com altos graus de dinamicidade e inventividade, possibilitando um agir próprio do trabalhador para operar a produção do cuidado em saúde. Por ser autogovernável, o trabalho vivo em ato é capaz de abrir espaços para fugir da ordem e da norma instituída, evidenciando seu potencial criativo e realizando seu trabalho com maiores graus de liberdade.

Na micropolítica do processo de trabalho em saúde o trabalhador opera um núcleo tecnológico constituído de trabalho morto e trabalho vivo. Nesse núcleo ocorre a correlação entre ambos, sendo denominada Composição Técnica do Trabalho (CTT) a razão entre trabalho vivo e trabalho morto. No entanto, o trabalho morto tende a capturar o trabalho vivo quando segue a lógica do modelo médico hegemônico que privilegia a produção de procedimentos nos serviços de saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

A ESF possui um caráter normativo que reflete as diretrizes que balizam a organização dos serviços de saúde no SUS, quando segue a lógica das ações programáticas com especificação de horários para atender determinados grupos de usuários, oferecimento de certos procedimentos, distribuição de fichas e senhas. Essa normatização do trabalho impõe amarras e constrangimentos aos trabalhadores na produção do cuidado, aprisionando seu trabalho vivo e impedindo o estabelecimento de relações positivas com os usuários (FRANCO, 2006).

Assim, torna-se necessária uma transição tecnológica, caracterizada por mudanças nos modos de produzir saúde, com a primazia do trabalho vivo em ato sobre o trabalho morto, com base nas tecnologias relacionais centradas nas necessidades de saúde dos usuários e na resolução de seus problemas. Essa transição é capaz de impactar nos processos de trabalho, dando novos sentidos à prática assistencial (MERHY; FRANCO, 2003).

Parte-se desses pressupostos teóricos para pesquisar a dimensão assistencial do trabalho da enfermeira na Estratégia de Saúde da Família, tendo como marcadores os elementos constitutivos do processo de trabalho e as tecnologias utilizadas no desenvolvimento da prática clínica.

A partir do referencial teórico deste estudo, pode-se inferir que a profissional enfermeira, na realização de ações de assistência na ESF, define seu objeto de trabalho por meio de um recorte que faz a partir dos problemas/demandas apresentadas pelos usuários, no momento do encontro entre ambos. Conforme Malta e Merhy (2003), as ações da enfermeira são determinadas por um saber, pelas concepções que possuem sobre saúde e necessidades, pela compreensão sobre a finalidade de seu trabalho, pelos seus desejos e interesses.

Pesquisa que buscou compreender os elementos do processo de trabalho na recepção de uma unidade básica de saúde, a partir da ótica dos trabalhadores de saúde que nela atuam, dentre estes a enfermeira, revelou diversos desafios a serem superados. Foi observado um distanciamento das ações realizadas pelos profissionais da capacidade de antever o produto final de seu trabalho. O objeto de trabalho na recepção dos usuários na unidade era a realização de procedimentos, conforme protocolos e normas, sendo que o recorte das necessidades dos usuários se dá com base em uma visão biológica do processo de saúde e doença, com foco na oferta de consulta médica. Os instrumentos utilizados caracterizam as tecnologias duras e leve-duras, expressos pela necessidade de cumprimento de normas, rotinas e protocolos padronizados que desconsideram as particularidades de cada usuário. A finalidade do trabalho não estava claramente definida para os trabalhadores ou se direcionava a possibilidade de fazer o bem para os usuários, sem reconhecer a saúde como um direito de cidadania garantido na Constituição Federal de 1988 (SÁ et al., 2009).

Os resultados da pesquisa citada retratam características que, muitas vezes, estão presentes na prática das enfermeiras na atenção básica de saúde. Essa afirmação está pautada em resultados de estudos que demonstram que a racionalidade médica tem guiado a atuação das enfermeiras na ESF, o que fica evidente ao se observar a constituição dos elementos do seu processo de trabalho no desenvolvimento de atividades assistenciais como consultas de enfermagem e visitas domiciliares: o objeto de trabalho é o indivíduo doente, a finalidade centra-se na cura deste e os instrumentos privilegiam as tecnologias leve-duras e duras (ERMEL; FRACOLLI, 2006; MACIEL; ARAÚJO, 2003; REIS; FORTUNA; OLIVEIRA, 2007; OLIVEIRA; MARCON, 2007; GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; SILVA et al., 2001).

Para Pires (2009) o paradigma da biomedicina e da ciência positivista tem influenciado as práticas de assistência à saúde, a produção do conhecimento e formação profissional, sendo que no desenvolvimento do trabalho em saúde a enfermagem não tem apresentado força para contestar ou distinguir-se do modelo dominante.

Sendo assim, muitas vezes, as práticas da enfermeira na ESF estão sendo guiadas pelo modelo biomédico de atenção à saúde, de caráter curativo e individual, com foco na produção de procedimentos e em ações programáticas, não permitindo uma prática de clínica ampliada.

De acordo com Vieira e Silveira (2011, p.778), a apreensão fragmentada e limitada da clínica, vinculando-a a doença se explica em função das concepções de clínica e de cuidado na enfermagem terem sido amparadas no pensamento científico moderno e construídas com base em uma “visão estruturalista e funcionalista dos corpos, das vidas e dos próprios sujeitos”. Isso refletiu no cuidado de enfermagem que assumiu um caráter intervencionista com foco em políticas e programas verticais e impositivos frente às formas de pensar e de viver das pessoas. A organização dos processos de trabalho, muitas vezes, ainda é realizada em torno da doença, direcionada aos sinais e sintomas do corpo, desconectada do contexto de vida e cultura dos indivíduos.

No entanto, investigação na ESF mostrou que as enfermeiras utilizam um saber clínico próprio do núcleo de conhecimentos da enfermagem para intervir sobre o seu objeto de ação. O indivíduo e a família constituíam objetos quase indissociáveis da sua prática clínica, havendo uma ampliação de suas ações para questões sociais (CEZAR-VAZ et al., 2010), o que aponta um momento de abertura para novas possibilidades no fazer.

Nesse sentido, a consubstancialidade entre o processo de trabalho das enfermeiras e as necessidades dos usuários, abre espaços para que as mesmas possam propor e gerar mudanças, demonstrando potencial para um redirecionamento no modelo de atenção, condizente com a proposta da saúde da família.

O referencial do processo de trabalho em saúde pode contribuir para a compreensão de como se constitui a dimensão assistencial do trabalho da enfermeira na ESF, com ênfase na prática clínica, pois possibilita a análise dos elementos (finalidade, objeto e instrumentos) que guiam o desenvolvimento das ações. Compreender o saber operante das enfermeiras, ou seja, os saberes que constroem a partir de suas práticas cotidianas no atendimento clínico ao usuário pode permitir a identificação de limites e potencialidades em seu trabalho, contribuindo para a visibilidade do impacto de suas ações na satisfação das necessidades de indivíduos, famílias e comunidade.

Existem três fatores na organização do trabalho e dos serviços de saúde que podem demonstrar os valores que sustentam a transformação das práticas de saúde, quais sejam: evitar a redução das necessidades de saúde a aspectos estritamente fisiopatológicos e clínicos; revalorizar a busca por uma prática integral (global e tecnicamente inovadora) e estabelecer a

dimensão subjetiva das práticas como parte da inovação tecnológica (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Esses aspectos podem guiar os profissionais de saúde, pois traduzem os esforços que podem empregar em seu cotidiano de trabalho na busca da transformação do modelo assistencial e de uma atenção à saúde qualificada, tendo em vista que, como salienta Sá et al. (2009), pelo seu caráter complexo e singular, torna-se difícil a resolução completa de todos os problemas trazidos pelos usuários, no entanto, “a atenção dispensada, a escuta, o respeito, a valorização de suas necessidades utilizando todos os mecanismos disponíveis para atendê-lo diferenciam o atendimento, tornando-o mais resolutivo” (p.465).

A seguir, serão abordadas questões relativas ao desenvolvimento da clínica pelos profissionais na atenção básica, tendo em vista a realização de uma prática ampliada, sendo destacados ainda aspectos relacionados à clínica realizada na especificidade da enfermagem.

3.2 Clínica ampliada na Atenção Básica de Saúde: subsídios para a prática assistencial da enfermeira na saúde da família

A dimensão assistencial do processo de trabalho da enfermeira na ESF constitui-se de diversas atividades, as quais contemplam ações no campo da clínica e da saúde coletiva realizadas de forma articulada e dinâmica no cotidiano de práticas. Para balizar questões referentes à prática clínica na atenção básica, são abordados alguns aspectos da clínica ampliada.

Campos (2006) destaca a necessidade de uma reformulação ampliada do trabalho em saúde, para tanto, parte de algumas premissas como: a saúde e a doença são fenômenos sociais resultantes de múltiplos fatores que podem ser externos ou internos às pessoas ou à coletividade; as pessoas são influenciadas e também influenciam os fatores/sujeitos com que/quem se relacionam, havendo então uma co-responsabilidade pela criação de situações singulares, ou seja, o singular reflete a influência do contexto sobre as pessoas e destas sobre ele e sobre si mesmas, caracterizando a co-produção. Outra premissa destaca a interferência do sujeito no mundo por meio da política, da gestão, do trabalho e de práticas cotidianas, sendo que para a compreensão do mundo e de si estabelecem interações com outros sujeitos, estabelecendo espaços dialógicos cujo resultado depende da capacidade e poder de cada um.

Essas premissas trazem importantes elementos para pensar o trabalho das enfermeiras na ESF, na medida em que permitem considerar que possuem autonomia profissional para a

produção do cuidado conforme o corpo de conhecimentos específicos da enfermagem, mas também sofrem influências por parte dos demais profissionais que compõem a equipe, dos usuários, das políticas de saúde, das formas de gestão e organização dos serviços, do sistema de saúde e dos aspectos culturais, econômicos, sociais e políticos inerentes à sociedade.

Campos (2006) considera que há dois grandes campos de conhecimento e trabalho em saúde que são o clínico e o de saúde coletiva. Os agentes de todas as profissões e especialidades em saúde atuam com base em uma ou outra dessas modalidades, ou seja, conforme o problema a ser analisado prevalece a função clínica ou a função de saúde coletiva. Ambas apresentam pontos de confluência e interface, mas também possuem núcleos específicos de atuação, que caracterizam os saberes próprios de cada profissão, como a clínica da enfermeira, do médico, do psicólogo, etc.

A clínica e a saúde coletiva buscam a produção de saúde, porém diferenciam-se pelo objeto de atenção e pelos meios que utilizam. A clínica tem como foco de seu trabalho o indivíduo, ainda que de forma ampliada considere-o integrado em suas relações cotidianas na família, no trabalho, na comunidade, em um contexto macroestrutural. A saúde coletiva trabalha com problemas de saúde da coletividade, isto é, de um grupo populacional que pode ser segmentado por distintas características como faixa etária, território e vulnerabilidade. Apesar disso, pode valer-se de abordagens individuais para realizar o diagnóstico da situação e desenvolver ações preventivas e de promoção da saúde (CAMPOS, 2006).

No desenvolvimento de suas práticas assistenciais, a enfermeira necessita utilizar conhecimentos da clínica e da saúde coletiva, a depender da situação que se apresenta para intervenção. Na ESF, ao mesmo tempo em que as ações são direcionadas a uma população de determinado território e, portanto, dirigidas às famílias e ao coletivo, existem demandas individuais por atendimento na unidade de saúde e no domicílio, contemplando usuários de diversas faixas etárias e com situações de saúde singulares. Dessa forma, os profissionais desenvolvem sua prática clínica nas mais diversas ações, sendo estas de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde de indivíduos e famílias.

Portanto, os saberes da clínica necessitam ser utilizados em diversos momentos pela enfermeira, sendo que as situações que se apresentam na prática cotidiana de cuidado exigem a integração de seus conhecimentos em torno das necessidades dos usuários. Diante disso, indaga-se: que espaço ocupa a clínica dentre as atividades assistenciais da enfermeira na ESF? De que forma e em que momentos a desenvolve? Que ações clínicas predominam em seu trabalho assistencial? Essas são questões importantes para a caracterização e análise do trabalho dessa profissional na equipe de saúde da família.

A clínica pode ser entendida como uma “prática social, situada no campo da atenção e do cuidado integral às necessidades de sujeitos em seus processos de adoecimento, sofrimento e busca pela preservação da vida” (FAVORETO, 2008, p.102).

A prática clínica dos profissionais de saúde tem sido influenciada pelas transformações e reestruturação da atenção à saúde propostas pelo SUS, inclusive no nível primário, demandando novos contextos e expectativas de trabalho. Os novos serviços e cenários de atuação como a Saúde da Família impõem desafios à prática clínica, tendo em vista que tem como objetivo prestar atendimento integral e contínuo, com base na aproximação e relação dos profissionais com os aspectos sociais e subjetivos que integram as necessidades e demandas dos usuários do sistema. Apesar de esses serviços buscarem a valorização e ressignificação dos sujeitos e de sua subjetividade nas ações preventivas e curativas da clínica, isso ocorre de forma rudimentar e descontextualizada, evidenciando fragilidades na apreensão de necessidades de saúde e na realização de atendimentos clínicos efetivos na ESF (FAVORETO, 2008).

A enfermeira que atua na Atenção Básica à Saúde, sobretudo no âmbito da Saúde da Família, possui um conhecimento clínico próprio da enfermagem que organiza sua prática tendo em vista operar sobre o objeto/sujeito de sua ação. Portanto, a enfermeira possui um saber clínico específico que direciona suas formas de conhecer/apreender os sujeitos de sua prática clínica (CEZAR-VAZ et al., 2010).

Na co-produção singular da saúde considera-se que ‘o singular’ significa cada caso ou situação específicos, sejam clínicos ou sanitários, em que ocorre a co-produção. Além disso, cada situação singular terá a interferência de fatores de forma diferente, com intensidades distintas, o que não permite que haja uma previsão exata da forma com que cada fator irá interferir naquele caso, questão essa que nega a determinação biológica, social ou subjetiva do processo saúde e doença. Desta forma, torna-se um desafio para a clínica a apreensão e compreensão dessa variabilidade, para que seja possível a criação de projetos singulares condizentes com cada situação particular (CAMPOS, 2006).

No processo de trabalho em saúde sempre ocorre o encontro entre pessoas numa relação intersubjetiva. Nessa interação expressam-se as diversidades de interesses, saberes e poder entre os sujeitos. Sendo assim, apesar do esforço em estabelecer relações horizontais e abertas entre profissionais e usuários, sempre haverá diferenças irreduzíveis, que não raro favorecem os profissionais e as instituições de saúde. A fim de amenizar essa desigualdade, é importante que haja uma ampliação dos conhecimentos clínicos que direcionam as

intervenções, para que estes sejam reconstruídos tendo em vista os saberes dos usuários sobre sua própria vida e suas dificuldades (CAMPOS, 2006).

Entre as diversas correntes que analisam os fatores que determinam a saúde e a doença está aquela que prioriza os fatores biológicos, representada pela clínica e epidemiologia, as quais evidenciam a relevância dos fatores orgânicos na produção de problemas e riscos de saúde. A capacidade explicativa dessa corrente apresenta potência ao considerar a relevância das variantes biológicas ou orgânicas na origem da saúde e da doença, no entanto, demonstra fragilidade por subestimar o valor de fatores políticos, sociais e subjetivos nesse processo (CAMPOS, 2006).

O conhecimento da biomedicina tem grande potencial de intervir sobre o corpo e sua fisiopatologia, porém apresenta limitações no que tange à promoção da autonomia das pessoas. Considera-se a relevância e eficácia desses saberes e técnicas para o enfrentamento de situações de emergência, trauma, adoecimentos graves, politraumas, em que podem atuar salvando vidas. No entanto, reconhece-se que essas situações são uma pequena parcela (minoridade) dos problemas de saúde em geral e dos que chegam até a rede básica ou a ESF (TESSER, 2006).

Cunha (2005) apresenta algumas especificidades que distinguem os serviços de atenção básica dos hospitalares, sendo destacadas algumas características importantes para se pensar a prática clínica neste âmbito como: acompanhamento dos usuários ao longo do tempo; predomínio de situações crônicas de saúde; sujeito inserido em seu contexto de vida e relações; necessária negociação do tratamento com o usuário; busca de melhoria da qualidade de vida, e não somente de uma situação aguda específica.

De acordo com Starfield (2002) um dos atributos essenciais do nível de atenção básica à saúde e que o diferencia dos outros níveis consiste na longitudinalidade do atendimento, que significa o acompanhamento de longa duração dos usuários por profissionais de saúde nas unidades. Na ESF a equipe tem responsabilidade longitudinal, pois necessita manter relação de cuidado no decorrer do tempo com os usuários e famílias, acompanhando-os ao longo da vida e garantindo um atendimento integral.

A clínica na Atenção Básica adquire particularidades, pois necessita ampliar seu olhar na medida em que o foco não está no leito hospitalar de um doente, mas envolve aspectos contextuais como o território, o domicílio, a família, o trabalho, entre outros. Essa questão atribui uma complexidade diferenciada a esse nível de atenção, exigindo trabalhar com relações intersubjetivas e considerar os sujeitos (usuários e profissionais) em sua

singularidade, inserção sociocultural e integralidade (ZOBOLI, 2009), o que reafirma a importância da utilização das tecnologias leves no desenvolvimento do trabalho.

O campo de conhecimento da clínica, dentre outros, busca produzir métodos de interpretação, criando e apoiando-se em padrões ou tendências que apresentam regularidade (CAMPOS, 2006), o que interfere no atendimento prestado aos usuários, havendo a tendência de homogeneizar condutas para diferentes sujeitos.

Conhecer esses padrões e possibilidades como, por exemplo, fatores de risco e proteção é importante, pois eles permitem a constituição do conhecimento clínico. Porém, o desafio que se coloca é o de criar frente a cada caso uma composição de fatores singular, priorizando os fatores conforme a necessidade e possibilidade, sendo capaz de modificar aquela situação de acordo com o objetivo proposto (CAMPOS, 2006).

A superação da clínica tradicional, em direção à clínica ampliada requer que se reconheçam as limitações da ontologia das doenças, pois todo saber é parcial diante da singularidade dos sujeitos. Os profissionais tendem a utilizar ‘filtros teóricos’ que se traduzem em um roteiro fixo de questionamentos e exames que devem ser realizados diante de certas queixas, sintomas ou suspeitas. Isso é reproduzido de tal modo que aquilo que não está no roteiro não é contemplado e gera insegurança nos profissionais, comprometendo a relação clínica, o diálogo e a singularização (CUNHA, 2005). Pode-se inferir que os filtros teóricos são elementos que favorecem a captura do trabalho vivo pelo trabalho morto no processo de trabalho em saúde, quando os profissionais mobilizam exclusivamente os conhecimentos estruturados e pré-concebidos.

Diante disso, é preciso produzir novas formas de intervenção, com projetos terapêuticos que considerem as diferenças, transformando os limites do saber em possibilidades diferenciadas de cuidado. Nesse sentido, pode-se ponderar que será adotada conduta diferente, por exemplo, diante de uma pessoa com hipertensão arterial que está empregada e de outra pessoa que apresenta a mesma patologia e está desempregada (CUNHA, 2005). Portanto, torna-se “necessário pensar uma forma de clínica que não seja totalmente capturada pelas instituições de poder agenciadoras de nossa subjetividade” (FERIGATO; BALLARIN, 2007, p.58).

Para que a clínica se torne uma prática ampliada, torna-se essencial que haja uma ampliação de seu objeto ou finalidade de trabalho e também dos instrumentos que utiliza. Para além das doenças, o objeto deve envolver problemas de saúde, fatores geradores de riscos e vulnerabilidades na vida das pessoas. Um aspecto fundamental nesse movimento de expansão do olhar é o fato de que não existem doenças ou problemas sem que estejam materializados

em pessoas, o que se define como ‘clínica do sujeito’. Quanto às mudanças nos instrumentos de trabalho, é preciso agregar aspectos da história de vida dos indivíduos, valorizar o poder da escuta na terapêutica, além do potencial da educação em saúde e do apoio psicossocial (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A valorização e a escuta das informações privilegiadas trazidas pelos usuários, com a incorporação de seus saberes e vontades pode ser um caminho na busca da singularização, pelo esforço dos profissionais de superar e reconstruir generalizações, elaborando um projeto diagnóstico e terapêutico com base nos interesses e desejos dos usuários, facilitando a realização de um cuidado direcionado/adaptado a cada situação particular. Sendo assim, ao ajustar a racionalidade clínica/sanitária ao interesse/desejo dos usuários, pode-se promover uma clínica compartilhada na saúde coletiva (CAMPOS, 2006).

A clínica ampliada e compartilhada busca desenvolver e aumentar o grau de autonomia dos usuários e estimular sua participação na construção dos projetos terapêuticos. Entende-se por autonomia o aumento da capacidade da pessoa de compreender sua situação e atuar sobre si mesma e o mundo que a cerca, lidando com suas limitações, o contexto em que vive e as relações sociais que estabelece (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Na prática clínica, a finalização de uma consulta pode não ser somente voltada para prescrições, solicitações de exames ou realização de encaminhamentos, mas numa mudança de enfoque, pode ser o princípio de um novo espaço de diálogo, focado na pessoa e seu sofrimento, suas condições psicológicas, sociais e existenciais e, sobretudo, nas dificuldades enfrentadas frente à terapêutica, abrindo novas possibilidades de interpretação (TESSER, 2006). Portanto, “não se trata de um profissional modificando um usuário, mas do profissional se revendo o tempo todo, ao mesmo tempo em que revê a posição do usuário e também o conduz a essa revisão” (FERIGATO; BALLARIN, 2007, p.56).

No momento em que uma pessoa busca o serviço de saúde para obter ajuda, estão presentes dois componentes. O primeiro evidencia a impotência de lidar com a situação e a expectativa de que seu adoecimento seja reconhecido, bem como a busca de respostas e de tratamento. Geralmente há uma projeção de poder no saber do profissional, nos medicamentos e exames, o que envolve uma passividade do sujeito doente, que tende a aumentar quanto maior for a sua medicalização. Já no segundo componente se expressa o desejo de encontro com o profissional na busca de melhoria, de esperança, mais saúde e liberdade. Para que o atendimento promova a autonomia do usuário, é importante que o profissional busque satisfazer o primeiro componente, mas, concomitantemente, proporcione aprendizado sobre

seus problemas, estímulo para manter a esperança, diálogo sobre a terapêutica e sua construção coletiva, aspectos geradores de mais autonomia e participação (TESSER, 2006).

Os profissionais continuam presos a certos discursos, que apesar de lhe conferirem poder, propiciam pouco espaço para a expressão de sua própria singularidade e criatividade (FERIGATO; BALLARIN, 2007). Ao mesmo tempo em que a dificuldade é maior em ter que adaptar os conhecimentos estruturados às particularidades de cada usuário, por lidar com incertezas e necessitar de formas criativas de intervenção, a potência está em ter a oportunidade de reconstruir a cada encontro/interação enfermeira-usuário novas possibilidades de cuidado, estabelecendo novas relações que podem, sobremaneira, resignificar a prática profissional, em direção à maior realização no trabalho e integralidade nas ações.

Existem algumas diretrizes práticas que podem guiar os profissionais em busca de uma clínica ampliada na atenção básica, sendo direcionadas para minimizar a resistência dos usuários ao tratamento e impedir a medicalização, destacando-se: evitar começar a consulta fazendo perguntas sobre comportamentos e resultados; realizar ofertas e não apenas restrições; considerar que a doença crônica não deve ser a única preocupação da vida; procurar não fazer recomendações que culpabilizam a pessoa, negociando restrições e valorizando a qualidade de vida; questionar o que o usuário entendeu das orientações sobre sua doença e medicação (CUNHA, 2005).

Salienta-se que a apresentação de diretrizes inovadoras como o conceito de clínica ampliada não é suficiente para provocar uma reforma na atenção à saúde, na medida em que pode encobrir práticas e procedimentos tradicionais. Torna-se necessário que haja uma reformulação do pensamento dos sujeitos envolvidos (profissionais e comunidade) e, principalmente, a aceitação do caráter de imprevisibilidade e criatividade inerentes ao cotidiano (SUNDFELD, 2010).

Da mesma forma, as propostas da ESF de mudança na estrutura dos serviços não bastam para produzir processos de trabalho diferenciados. O modo prescritivo com que é conduzido o programa paralisa a capacidade criativa e autônoma dos profissionais, sendo que uma estratégia para superar essa realidade centra-se no investimento em mudanças no processo de trabalho. Mudanças estas que estejam pautadas na possibilidade de cada profissional atuar com o máximo de potência no trabalho vivo em ato, valorizando elementos que constituem a essência da micropolítica do processo de trabalho em saúde, quais sejam: o acolhimento aos usuários, a responsabilização e compromisso pela resolução de seus

problemas de saúde, a criação de vínculo e a criatividade no atendimento (FRANCO; MERHY, 2006).

Conforme Campos e Amaral (2007), a singularização da prática clínica exige empenho de cada profissional frente a cada situação singular. No entanto, para que isso ocorra, existem condições fundamentais como os profissionais terem certo grau de autonomia para desenvolver as atividades clínicas e o investimento dos métodos de gestão na motivação destes para a produção do cuidado.

Os elementos teóricos da clínica ampliada trazem importantes contribuições para a prática da enfermeira no trabalho com saúde da família, estimulando a busca de novas possibilidades de abordagem, postura e atitude do profissional frente ao usuário, resgatando a autonomia de ambos.

A partir das ideias expostas, é possível afirmar que o cuidado da enfermeira voltado à singularização do atendimento e à prática da clínica ampliada se dá no trabalho vivo em ato, expressando o caráter de imprevisibilidade e o potencial criativo do seu trabalho. No encontro intersubjetivo entre enfermeiras e usuários é que se dá o cuidado à saúde e se efetivam os princípios das políticas de saúde com que trabalham, evidenciando suas concepções teóricas, técnicas, culturais e ideológicas, as quais irão nortear a definição do objeto, da finalidade, dos instrumentos/tecnologias utilizados no processo de trabalho.

Considera-se que o desenvolvimento da dimensão assistencial no processo de trabalho da enfermeira na ESF, por meio da prática da clínica ampliada, pode contribuir para a reorganização de um processo de trabalho centrado no usuário, integral e efetivo e para a valorização e o aprimoramento da ciência e da prática da enfermagem.

A seguir são abordados alguns aspectos da clínica da enfermagem, buscando identificar de que forma tem sido apresentada na literatura, tendo em vista a relevância e pertinência de destacar os saberes e práticas próprios da profissão para a compreensão do objeto de estudo.

3.3 Por uma clínica da enfermagem: o cuidado como foco

O processo de trabalho da enfermagem estruturou-se ao longo do tempo a partir de diversos paradigmas, os quais foram sofrendo alterações que influenciam as suas concepções e formas de atuação. Nesse sentido, a construção do conceito de clínica na enfermagem ocorreu na convivência com a medicina, no processo de institucionalização do hospital, tendo como base um modelo de clínica anátomo-patológica. Os reflexos dessa concepção de clínica

da medicina perpassam as práticas da enfermagem e, muitas vezes, são observados na criação de normas e protocolos de atuação, classificação de diagnósticos, intervenções e resultados, e na prática baseada em evidências (OLIVEIRA et al., 2009).

Em contrapartida, na década de 70, a enfermagem iniciou um movimento na busca da compreensão do processo saúde e doença articulado à estrutura política, econômica e ideológica da sociedade, colocando o sujeito social como objeto de cuidado, concepção esta que, apesar de não alcançar hegemonia (ROCHA; ALMEIDA, 2000), demonstra os esforços empregados para o alcance de transformações nas práticas de enfermagem.

Enquanto disciplina voltada à produção de um cuidado integral ao ser humano, a enfermagem buscou distanciar-se do modelo clínico de atenção à saúde no decorrer de sua caminhada histórica, objetivando contemplar questões que envolvem vida, saúde e ser saudável (SOUSA et al., 2011), sobretudo ao considerarmos as práticas voltadas à saúde coletiva. Para Swearingen (2009) as enfermeiras que atuam na área de saúde pública são o maior grupo profissional do sistema público de saúde e, por isso, têm o maior potencial para impactar positivamente na saúde da população.

Autores trazem contribuições importantes ao questionarem se é possível construir outra clínica para a enfermagem, que ultrapasse aquela tomada pelo referencial biomédico. Vislumbram essa possibilidade ao considerarem que a enfermagem pode desenvolver suas potencialidades a partir de uma prática da clínica centrada no cuidado. O cuidado é entendido como essência da práxis da enfermagem, permitindo romper com o olhar tecnicista e objetivante sobre os sujeitos, deslocando-se do foco na cura para ter como finalidade primordial o cuidar. Esse cuidado envolve uma série de aspectos importantes a serem observados no desenvolvimento da prática clínica, destacando-se: a necessidade da enfermeira se despojar de saberes totalizantes e se lançar no intempestivo de cada encontro; levar em consideração os saberes dos sujeitos a quem se dirigem as ações, buscando aumentar sua potência e autonomia; buscar a promoção da saúde, ultrapassando orientações de medidas higiênicas e sanitárias; valorizar os momentos de fala e escuta; desenvolver a clínica do sujeito, ou seja, voltada a ele, não desprezando a doença, mas entendendo-a como parte das experiências que perpassam a sua vida (OLIVEIRA et al., 2009).

A clínica é constituída por um conjunto de saberes que sustentam o trabalho da enfermagem, no entanto está sendo pouco explorada na prática assistencial, no ensino e na pesquisa (SOUSA et al., 2011), aspecto que evidencia a necessidade e pertinência de investigações sobre o tema, que busquem analisar as práticas clínicas a partir do trabalho cotidiano nos serviços de saúde.

O tema da clínica em enfermagem ainda é pouco abordado na literatura nacional, e quando a clínica é discutida tem sido utilizada como sinônimo de abordagem da doença (OLIVEIRA et al., 2009). Esse aspecto pode ser observado ao se analisar os resultados de um estudo que objetivou conhecer a produção do conhecimento da enfermagem brasileira acerca da temática da clínica por meio de uma revisão integrativa (SOUSA et al., 2011). Ao analisar o quadro de apresentação dos artigos selecionados na revisão, identifica-se que a maior parte deles refere-se a patologias específicas (diabetes mellitus, câncer, nefropatia), a diagnósticos (dor, sentimento de impotência, fadiga) e intervenções de enfermagem (prevenção e controle de náusea e vômito no pós-operatório imediato, prevenção de lesões de pele no transoperatório).

O referido estudo revelou que nenhum dos artigos analisados teve como foco a clínica enquanto campo de conhecimento para a produção do cuidado, sendo este um aspecto secundário nas publicações. Os artigos apresentaram uma variedade de temas, havendo o predomínio de um enfoque que associa o conhecimento científico à prática clínica, ou seja, são ressaltados os aspectos teóricos que fomentam e balizam essa prática. A produção do conhecimento da enfermagem acerca da clínica organiza-se em torno de dois eixos: a pesquisa clínica subsidiando o cuidado de enfermagem e o cuidado fornecendo elementos para a pesquisa clínica. A partir disso, concluiu-se que a clínica é um instrumento que atua no estabelecimento de conexões entre a pesquisa e o cuidado em enfermagem, em um movimento contínuo de construção e desconstrução de saberes e práticas (SOUSA et al., 2011).

Mendes (2010) apresenta o conceito de papel clínico da enfermeira, entendendo que papel significa um grupo de comportamentos esperados socialmente, assim como a influência das maneiras como esse papel é desempenhado em determinado espaço. O papel clínico da enfermeira é definido como um processo psicossocial, que tem como elemento constituinte a interação entre ela e uma pessoa, uma família ou um grupo. É considerado um processo psicossocial por ser contínuo e estar fundamentado em construções internas e em significados, ocorrendo nas interações. Esse processo é resultante da interação da enfermeira com o paciente, com o contexto e consigo mesma.

Na interação da enfermeira com o paciente a autonomia clínica configura-se como elemento central, sendo que o desempenho do papel clínico requer que ela tome posse dessa autonomia, exercendo-a nas interações e nas ações e sentindo-se empoderada por esse exercício. A autonomia clínica concede à enfermeira o poder de pensar, de planejar o cuidado e de influir na saúde do paciente (MENDES, 2010).

Os principais atributos do papel clínico da enfermeira são: ter o paciente como o centro do cuidado, ter finalidades e intencionalidade. O primeiro atributo evidencia-se pela consideração do paciente como outro significativo no processo interacional. Assim, a enfermeira valoriza as perspectivas e os conceitos do paciente na situação de cuidado, significando acolhimento imediato dos critérios relacionados à sua saúde. Diante de cada situação de cuidado a enfermeira realiza uma interpretação e posiciona-se em relação a esta, determinando o que é importante, como por exemplo, o vínculo com o paciente e a realização da prescrição de enfermagem. Na construção do papel clínico da enfermeira, o foco principal é o paciente. O atributo ter finalidades representa as finalidades que foram pré-estabelecidas pela enfermeira para a interação com o paciente, funcionando como guias na experiência do papel clínico. O profissional age de acordo com conceitos apreendidos anteriormente, realizando ações em direção às necessidades identificadas. O atributo intencionalidade está presente quando a enfermeira interage com o paciente, família e demais profissionais, sendo que o agir intencional está firmado no pensamento e raciocínio clínico, os quais permitem que o profissional faça associações entre as informações coletadas, o exame físico, os fatores intervenientes na doença e demais questões envolvidas na situação (MENDES, 2010).

No desenvolvimento da prática clínica ocorre a aplicação do conhecimento em enfermagem. Para Swearingen (2009) o conhecimento em enfermagem é construído a partir da síntese de diversas disciplinas, a fim de compreender os processos inerentes à experiência de saúde humana. Esse conhecimento torna-se ‘conhecimento de enfermagem’ quando é útil para as enfermeiras, ou seja, quando é utilizado para orientar as intervenções de enfermagem e as interações, para facilitar o processo de ensino-aprendizagem em enfermagem e apoiar a equipe na realização do processo de enfermagem. Os conhecimentos são aplicados na prática e é através dela que são construídos novos conhecimentos, evidenciando a influência recíproca entre a ciência da enfermagem e a sua prática em saúde pública.

Investigação revelou que o conhecimento clínico orienta a atuação da enfermeira na ESF, a qual organiza esse conhecimento a partir da natureza do objeto de sua prática clínica, considerando grupos que possuem necessidades demandadas por um perfil clínico-social. Assim, os elementos de aplicação do conhecimento clínico compreendem o indivíduo e a família, a comunidade e o sistema de saúde, o que confere complexidade à prática clínica dessa profissional na atenção primária (CEZAR-VAZ et al., 2010).

Existem elementos que estão presentes nas ações de assistência desenvolvidas pela enfermeira e são constitutivos da clínica em enfermagem, sendo abordados na literatura como: raciocínio clínico, pensamento crítico e julgamento clínico ou tomada de decisão. Para a

compreensão da prática clínica da enfermeira, torna-se relevante conhecer esses componentes, na medida em que permitem identificar a lógica de apreensão das situações e as formas de intervenção dos profissionais diante dos usuários.

O processo de tomada de decisão é elemento vital da prática de enfermagem, na medida em que os profissionais se deparam com diversas situações, relacionadas a pessoas com problemas e necessidades de cuidado diferentes e particulares (CAMPOS; GRAVETO, 2009), as quais exigem abordagens diferenciadas.

Pesquisa que investigou o papel da enfermeira e o envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica por meio de revisão da literatura internacional mostrou que, algumas vezes, na tomada de decisão clínica as enfermeiras consideram os objetivos da equipe, subestimando a relevância das necessidades dos clientes, desconsiderando seu contexto social e suas multidimensionalidades. Destaca-se a importância das decisões clínicas incluírem a avaliação dos conhecimentos das enfermeiras sobre sua prática e sobre a situação investigada, dos desejos do cliente e dos recursos disponíveis. Além disso, as políticas de atuação necessitam ser adequadas às situações individuais e envolver os familiares nos processos decisórios (CAMPOS; GRAVETO, 2009).

Estudo que objetivou descrever a tomada de decisão das enfermeiras de saúde pública nos países Canadá, Finlândia, Noruega e Estados Unidos, revelou que essas profissionais utilizam diferentes modelos para a tomada de decisão, sendo que as diferenças são atribuídas à natureza da tarefa, ao contexto de enfermagem e às peculiaridades dos sistemas de saúde dos quatro países. Entre as enfermeiras finlandesas a ênfase da tomada de decisão está na coleta de dados e definição de problemas de saúde. As enfermeiras norueguesas dão maior importância ao planejamento e execução, com base no processamento de informações, enfatizando mais a família e a comunidade do que as que atuam na Finlândia. Os cuidados das enfermeiras de saúde pública norte americanas limitam-se à população de baixa renda, com foco tanto no indivíduo como na comunidade, sendo que a tomada de decisão é feita a partir do cliente e da condição apresentada, em função de suas necessidades agudas (LAURI et al., 1997).

O termo julgamento clínico significa a interpretação ou conclusão do profissional acerca das necessidades ou problemas de saúde de um paciente, envolvendo a decisão sobre as ações a serem realizadas ou não, utilização ou modificação de abordagens padrão e criação de novas ações que sejam consideradas adequadas à situação do paciente (TANNER, 2006).

A complexidade do julgamento clínico funda-se no fato de que este se faz necessário em situações clínicas que, muitas vezes, envolvem pessoas com interesses e valores

conflitantes. Assim, para realizar um bom julgamento clínico é necessário que haja capacidade para reconhecer os aspectos prioritários de uma situação, interpretar seus significados e responder de forma adequada. Para que sejam tomadas boas decisões clínicas de enfermagem, é exigida a compreensão não somente dos aspectos fisiopatológicos e diagnósticos da situação clínica da pessoa, mas, sobretudo, do significado e experiência da doença para ela e sua família, além de seu potencial físico, social, emocional e recursos de enfrentamento (TANNER, 2006).

O raciocínio clínico refere-se ao processo pelo qual as enfermeiras e demais profissionais realizam seus julgamentos, incluindo a geração e avaliação de alternativas (TANNER, 2006), caracterizado por processos mentais que são suscitados no atendimento aos usuários dos serviços de saúde. Além disso, o raciocínio clínico consiste em um processo essencialmente interacional, contextualizado à prática de cuidado e permeado pela ética, com vistas à tomada de decisão (CERULLO; CRUZ, 2010).

Existem trabalhos realizados com o intuito de exercitar e aprimorar o raciocínio clínico por meio de atividades como análises e discussões de casos clínicos, no entanto, estas são realizadas majoritariamente na área de enfermagem hospitalar. Assim, são escassos os trabalhos que privilegiam o aprimoramento do raciocínio clínico considerando questões psicossociais, os valores das enfermeiras e os dilemas ético-morais que enfrentam. Diante disso, torna-se desafiador a realização de estudos que busquem integrar às questões fisiológicas, os aspectos psicossociais, os quais refletem sobremaneira no processo saúde e doença e na geração de demandas de cuidado aos indivíduos e às populações (CERULLO; CRUZ, 2010).

Autores ainda definem o termo pensamento crítico como um processo pelo qual se exercita o raciocínio clínico, por meio do emprego de habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento deste (CERULLO; CRUZ, 2010).

Estudo que analisou aproximadamente 200 artigos científicos no idioma inglês, em periódicos de enfermagem, sobre o tema julgamento clínico em enfermagem, evidenciou algumas conclusões gerais extraídas da análise das referidas publicações (TANNER, 2006). As principais conclusões serão explicitadas a seguir, tendo em vista a contribuição que podem trazer na análise da prática clínica da enfermeira.

a) As decisões clínicas das enfermeiras são mais influenciadas por aquilo que trazem para a situação do que pelos dados objetivos presentes nesta, ou seja, os conhecimentos, as perspectivas filosóficas e os valores das enfermeiras têm grande influência nas decisões e nos cuidados prestados.

b) O julgamento clínico repousa em algum grau no conhecimento do paciente e seu padrão típico de respostas, assim como em um compromisso com ele e suas preocupações. O conhecimento do paciente é uma questão central para o julgamento clínico das enfermeiras e se refere a sua capacidade de buscar conhecer o padrão de resposta do paciente e conhecê-lo como uma pessoa, por meio da escuta e da observação, indo além daquilo que pode ser obtido em avaliações formais.

c) As decisões clínicas são influenciadas pelo contexto em que a situação ocorre e pela cultura da unidade de enfermagem, indo além da aplicação do conhecimento teórico, sendo influenciados por aspectos como: rotina e fluxo de trabalho na unidade; situações específicas dos pacientes; relações na equipe interdisciplinar; hábitos e cultura de grupos sociais.

d) A enfermeira utiliza uma variedade de padrões de raciocínio sozinhos ou em combinação. Existem pelo menos três padrões de raciocínio inter-relacionados utilizados pelas enfermeiras para a tomada de decisão: os processos analíticos, a intuição e o pensamento narrativo. Geralmente esses padrões são utilizados em combinação nas interações com os pacientes, pois nenhum padrão de raciocínio simples como o processo de enfermagem, funciona para todas as situações e a todas as enfermeiras.

Os processos analíticos caracterizam-se pela decomposição de uma situação em seus elementos, isto é, são criadas alternativas e feita a pesagem sistemática e racional destas de acordo com os dados clínicos. Por exemplo, diante da possibilidade de vários diagnósticos e intervenções, será aplicado um processo analítico racional para identificar os prós e os contras de cada um. A intuição constitui-se na apreensão imediata de uma situação clínica, em função de experiências com casos semelhantes, resultando do reconhecimento de um padrão. O pensamento narrativo busca a compreensão de um caso particular com base na compreensão das narrativas, na interpretação do sentido das experiências, preocupações humanas, motivações, formas de enfrentamento e perspectivas futuras, conhecimento que necessita balizar as práticas de qualquer clínico. Destaca-se que a produção do raciocínio clínico pela enfermeira é influenciada pelo contexto de tomada de decisão, pela sua formação e pela relação estabelecida com o paciente.

e) A reflexão sobre a prática muitas vezes é desencadeada por um problema de julgamento clínico e é fundamental para o desenvolvimento do conhecimento clínico e a melhoria do raciocínio clínico. Assim, um erro ou falha percebido na prática funciona como um evento inicial que provoca a reflexão, melhorando a aprendizagem a partir da experiência e favorecendo um processo de reavaliação contínua.

Destaca-se que as conclusões apresentadas podem trazer subsídios para pensar a prática clínica de enfermeiras que atuam na atenção básica, na medida em que permitem a identificação de elementos utilizados para o julgamento de situações que se apresentam a essas profissionais, demonstrando a complexidade e as especificidades de sua atuação clínica.

A partir das conclusões do estudo (TANNER, 2006), a autora criou um modelo de pesquisa com base no julgamento clínico, o qual contempla as etapas: percepção (compreensão inicial e expectativas da enfermeira sobre a situação); interpretação e resposta (compreensão do significado dos dados e estabelecimento de um curso de ação); e reflexão (avaliação das respostas do paciente e ajustes nas intervenções quando necessário). Esse modelo descreve como as enfermeiras pensam quando estão diante de situações clínicas que exigem julgamento, sendo importante que no processo de formação dos estudantes estes aprendam a pensar como uma enfermeira.

A expressão ‘pensar como enfermeira’ nos remete à ideia de cuidado já mencionado por Oliveira et al. (2009) como constitutivo da especificidade da profissão e potencial para o desenvolvimento de uma clínica da enfermagem. No cuidado de enfermagem saberes biológicos e não biológicos estão em interação (SOUSA et al., 2011), exigindo dos profissionais a valorização de ambos e capacidade de julgamento de prioridades, conforme cada situação específica de cuidado.

A partir do exposto, observa-se a primazia de estudos com enfoque teórico sobre a clínica da enfermagem, em forma de revisões da literatura, havendo predomínio de publicações centradas na doença, em diagnósticos e intervenções de enfermagem, tendo como foco principal o cenário hospitalar. Isso demonstra a necessidade de desenvolvimento da temática na atenção básica de saúde e a necessidade de investimentos em uma clínica da enfermagem, não somente no que se refere ao seu desenvolvimento pelos profissionais, mas, sobretudo na visibilidade sobre o que é realizado na prática cotidiana dos serviços básicos de saúde.

Defende-se a importância da clínica da enfermagem estar fundamentada no cuidado integral ao ser humano, com base na valorização dos sujeitos que recebem atendimento, buscando responder as suas necessidades, em uma prática condizente com os princípios da clínica ampliada. Assim, o cuidado de enfermagem pode potencializar uma prática clínica que ultrapassa a lógica individual, biológica e curativa. Destaca-se a importância das enfermeiras construir e fortalecerem, por meio do cuidado, formas particulares de olhar e interpretar a realidade no cotidiano de trabalho, capazes de possibilitar novos sentidos na relação entre o saber biomédico e uma perspectiva integral do processo saúde-doença-cuidado.

4 METODOLOGIA

Com o intuito de responder aos objetivos propostos para esta investigação, apresenta-se o percurso metodológico utilizado para o seu desenvolvimento.

4.1 Caracterização do estudo

O presente estudo tem um enfoque qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, com abordagem dialética. O método qualitativo investiga processos sociais, relações, crenças e opiniões construídas a partir da interpretação dos humanos acerca de seus modos de viver, pensar e sentir. Esse tipo de pesquisa possibilita a construção de novas abordagens, permitindo revisar e criar novos conceitos e categorias no percurso investigativo (MINAYO, 2007). A pesquisa qualitativa não busca a mensuração de fenômenos, mas a compreensão destes em determinado contexto, permitindo a observação de vários elementos de forma simultânea em um pequeno grupo, o que possibilita o conhecimento aprofundado de um evento (VÍCTORA, KNAUTH E HASSEN, 2000).

O estudo exploratório permite ao investigador o aprofundamento em uma realidade específica e a ampliação de sua experiência sobre determinado problema (TRIVIÑOS, 2007). Os estudos descritivos buscam descrever com exatidão as características de determinada população ou fenômeno em dada realidade (GIL, 2009).

A abordagem dialética possibilita uma reflexão fundamentada na práxis e a análise de regularidades e frequência dos fenômenos sociais, assim como relações, histórias, representações, pontos de vista e lógica interna dos sujeitos (MINAYO, 2007).

4.2 Cenário da investigação

O estudo foi desenvolvido em unidades de saúde da família localizadas nos municípios de abrangência da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com sede no município de Palmeira das Missões-RS. A referida coordenadoria abrange 26 municípios e conta com 47 equipes de saúde da família, abrangendo uma população de 160.891 habitantes. Abaixo, são apresentados os municípios que integram a referida CRS, seus respectivos números de equipes de saúde da família e população no momento de realização da pesquisa (BRASIL, 2011b; 2011c).

Quadro 1 – Municípios pertencentes à 15ª CRS.

Município	Número de equipes da ESF	Número de habitantes
Barra Funda	1	2.367
Boa Vista das Missões	1	2.114
Braga	2	3.702
Cerro Grande	1	2.417
Chapada	4	9.377
Constantina	3	9.752
Coronel Bicaco	3	7.748
Dois Irmãos das Missões	1	2.157
Engenho Velho	1	1.527
Gramado dos Loureiros	1	2.269
Jaboticaba	2	4.111
Lajeado do Bugre	1	2.487
Miraguaí	2	4.855
Nova Boa Vista	1	1.960
Novo Barreiro	2	3.978
Novo Xingu	1	1.757
Palmeira das Missões	5	34.229
Redentora	2	10.222
Ronda Alta	2	10.221
Rondinha	1	5.518
Sagrada Família	1	2.593
São José das Missões	1	2.720
São Pedro das Missões	1	1.886
Sarandi	3	21.285
Três Palmeiras	2	4.381
Trindade do Sul	2	5.787

Fonte: DATASUS, 2012.

A seguir, os municípios foram agregados em quatro grupos, conforme o número de equipes de saúde da família, com o intuito de selecionar as participantes do estudo.

Quadro 2 – Municípios integrantes da 15ª CRS, agrupados conforme número de equipes da ESF.

Grupos	Número de equipes da ESF	Municípios	Número de habitantes
Grupo 1	01 equipe	Barra Funda	2.367
		Boa Vista das Missões Cerro Grande	2.114
			2.417
		Dois Irmãos das Missões	2.157
		Engenho Velho	1.527
		Gramado dos Loureiros	2.269
		Lajeado do Bugre	2.487
		Nova Boa Vista	1.960
		Novo Xingu	1.757
		Rondinha	5.518
		Sagrada Família	2.593
		São José das Missões	2.720
São Pedro das Missões	1.886		
Grupo 2	02 equipes	Braga	3.702
		Jaboticaba	4.111
		Novo Barreiro	3.978
		Miraguaí	4.855
		Redentora	10.222
		Ronda Alta	10.221
		Três Palmeiras	4.381
		Trindade do Sul	5.787
Grupo 3	03 equipes	Constantina	9.752
		Coronel Bicaco	7.748
		Sarandi	21.285
	04 equipes	Chapada	9.377
Grupo 4	05 equipes	Palmeira das Missões	34.229

Fonte: DATASUS, 2012.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram 26 enfermeiras que atuavam na assistência em unidades da ESF nos municípios pertencentes à 15ª CRS, que conta atualmente com 47 enfermeiras assistenciais.

No que se refere à caracterização dos sujeitos (Quadro 3), a idade dos participantes variou de 21 a 54 anos: na faixa de 20 a 30 anos são 12 sujeitos; seis sujeitos têm entre 31 e 40 anos, de 41 a 50 anos são seis e acima de 50 anos apenas dois participantes.

Houve predomínio do sexo feminino, sendo que dos 26 participantes do estudo, 24 são do sexo feminino e dois do sexo masculino.

Em relação ao tempo de formado, este ficou nos limites entre seis meses e 30 anos, sendo que 14 sujeitos possuem de 1 a 10 anos de formados. Seis profissionais têm entre 1 e 5 anos de formação, oito possuem de 6 a 10 anos, cinco sujeitos de 11 a 15 anos, dois de 16 a 20 anos e apenas um sujeito possui menos de um ano de formação.

Quanto à experiência profissional anterior, mais da metade tiveram atuação na área de Saúde Pública e atuam de um a cinco anos na ESF atual. No item qualificação profissional, apenas seis sujeitos não têm nenhuma especialização, sendo que a maior parte dos demais possui mais de uma especialização. As principais áreas de concentração são Saúde da Família e Saúde Pública.

Quadro 3 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa - Rio Grande do Sul, 2012.

Sujeito	Idade	Sexo	Tempo de formada (anos)	Experiência profissional (em anos)			Pós-graduação (Especialização)	Tempo de trabalho na ESF atual (em anos)
				UBS	Hospital	ESF		
1	26	F	05	03	-	-	Saúde Coletiva. Saúde da Família (cursando).	02
2	39	F	17	03	-	-	Saúde Pública. Gestão e organização dos serviços de saúde.	12
3	43	F	11	03	-	-	Saúde Pública.	08
4	26	F	03	-	01	01	Gestão Pública.	01
5	40	F	17	07	09	-	Educação. Saúde Pública (cursando).	05
6	30	F	05	-	-	01	Saúde Coletiva. Saúde da Família (cursando).	02
7	53	F	30	18	08	-	Saúde Coletiva. Educação.	04

							Saúde da Família (cursando).	
8	29	F	06	03	-	-	Saúde da Família.	02
9	49	F	11	03	-	-	Não.	08
10	49	F	27	13	-	-	Pedagogia da Enfermagem Médico-cirúrgica. Saúde Comunitária.	10
11	30	F	07	-	-	-	Saúde Coletiva.	04
12	35	F	14	02	-	-	Administração dos serviços de enfermagem.	12
13	54	F	30	13	05	-	Saúde da Família.	12
14	32	F	08	-	05	-	Não.	04
15	46	F	14	02	-	-	Não.	11
16	42	F	11	11	-	-	Não.	01 mês
17	29	F	08	-	01	-	Saúde Coletiva.	05
18	31	F	03	-	-	-	Saúde da Família (cursando).	03
19	30	F	06	-	-	03	Gestão Pública. Saúde da Família.	03
20	21	F	06 meses	-	-	-	Não.	06 meses
21	28	M	04	-	04	-	Terapia Intensiva. Urgência e emergência (cursando).	04
22	29	F	06	-	-	-	Não.	06
23	27	M	06	03	01	-	Urgência e emergência (cursando)	02
24	26	F	04	-	-	-	Saúde do Trabalhador. Saúde da Família. Mestrado (cursando)	04
25	32	F	09	-	-	-	Saúde Pública.	09
26	48	F	26	19	01	-	Administração hospitalar. Saúde Pública. Educação. Saúde da Família (cursando).	06

Fonte: COLOMÉ, 2013.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada utilizando-se as técnicas de observação livre por amostragem de tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) e incidente crítico (SCHLUTER; SEATON; CHABOYER, 2008; SHAROFF, 2008).

A coleta foi iniciada com a realização da observação, a fim de estabelecer uma aproximação com o contexto de práticas assistenciais da enfermeira na ESF, o que foi um aspecto facilitador para a coleta de informações por meio do incidente crítico, tendo em vista a relação de confiança estabelecida entre a pesquisadora e os sujeitos do estudo.

Para selecionar as enfermeiras que fizeram parte da observação, foi considerada a divisão dos municípios em quatro grupos, de acordo com o número de equipes da ESF e de habitantes (Quadro 2). A partir disso, por meio de sorteio, foi selecionada uma enfermeira que

atuava em cada um dos quatro grupos de municípios. Dessa forma, foram selecionadas quatro enfermeiras para serem observadas. A partir disso, a pesquisadora fez contato com as quatro enfermeiras sorteadas para solicitar sua participação na pesquisa e agendar o período mais adequado para realizar a observação, sendo que todas aceitaram participar.

A observação é um meio de coleta dos dados pelo qual o pesquisador entra em contato com a realidade que almeja conhecer, obtendo as informações no momento em que ocorrem os eventos, registrando-os. Assim, não há intermediações, já que o pesquisador está diante da situação estudada tal como acontece. Torna-se importante ter abertura para reconhecer o que nem sempre é visível na realidade e utilizar um roteiro condizente com os objetivos, para não dispersar a atenção do foco de estudo (BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2001). Observar significa ‘examinar’ por meio da utilização de todos os sentidos uma situação, um indivíduo ou um grupo dentro de um contexto com o objetivo de descrevê-lo, voltando-se sempre à problemática definida previamente (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A observação foi realizada pela pesquisadora nos momentos em que as enfermeiras desenvolviam as atividades de assistência junto aos usuários, famílias e coletividade: na unidade de saúde, no domicílio e na comunidade. As observações seguiram um roteiro (APÊNDICE A) que apontou os principais aspectos a serem observados no trabalho clínico da enfermeira como: tipo de atendimento prestado; interação enfermeira/usuário/família/comunidade; objetivo do atendimento; procedimentos realizados; orientações fornecidas; interação enfermeira/equipe; continuidade do atendimento; entre outros.

Foi utilizada a observação livre por amostragem de tempo proposta por Polit, Beck e Hungler (2004). Os períodos de observação ocorreram durante uma semana típica de trabalho de cada uma das quatro enfermeiras selecionadas, de segunda a sexta-feira durante os dois turnos. Sendo assim, cada uma delas foi acompanhada pela pesquisadora em todas as suas atividades de trabalho durante uma semana.

Foi realizado o registro escrito das observações em diário de campo, por meio de anotações de natureza descritiva (comportamentos, atitudes, atividades, meio físico) e reflexiva (inquietações, ideias, hipóteses), de forma objetiva em frases curtas (TRIVIÑOS, 2007). Para Roesse et al. (2006) além de ser uma ferramenta de coleta, o diário de campo auxilia na interpretação e análise, tendo expressiva contribuição no processo de investigação qualitativa.

Neste estudo, a observação configurou-se como um instrumento fundamental, tendo em vista que permitiu a captação de informações e interações no momento em que as situações

ocorriam e uma visão do processo pelo qual se desenvolveram os eventos, fornecendo subsídios importantes para o conhecimento, análise e compreensão da dinâmica de trabalho assistencial das enfermeiras na saúde da família, sobretudo no que se refere a sua prática clínica. Salienta-se que as quatro enfermeiras selecionadas para participar da observação foram automaticamente incluídas na etapa de coleta de dados por meio do incidente crítico.

A Técnica dos Incidentes Críticos (TIC) foi criada por Flanagan em 1954, sendo definida como um conjunto flexível de procedimentos para a coleta de observações do comportamento humano de forma a facilitar sua utilização na solução de problemas práticos (SCHLUTER; SEATON; CHABOYER, 2008; SHAROFF, 2008).

A TIC é um método de coleta de dados que encoraja os participantes a relatar histórias, recordando acontecimentos que são eventos memoráveis em suas vidas. Dessa forma, os participantes compartilham sua experiência singular com o pesquisador, sendo eficaz quando se tem como foco um evento específico (SHAROFF, 2008).

A expressão incidente crítico é utilizada para referir-se a um evento em que a pessoa envolvida é capaz de fazer um julgamento sobre o impacto positivo ou negativo do incidente sobre o resultado da situação. Também se pode utilizar o termo 'revelador' ao invés de 'crítico', indicando aos participantes que o evento em questão deve ser significativo e não necessariamente uma situação perigosa (NORMAN et al., 1992).

Nesse sentido, Schluter; Seaton; Chaboyer (2008) referem que, em função dos objetivos da pesquisa e dos tipos de eventos que estão sendo investigados, a noção de um evento significativo, ao invés de um incidente crítico, pode ser mais adequada ao entrevistar profissionais de saúde, uma vez que fornece melhor descrição dos tipos de exemplos necessários. Mudar o termo 'crítico' não modifica o processo fundamental atribuído por Flanagan, mas fornece ênfase apropriada para a recordação dos eventos.

Autores relataram como o método original de Flanagan tem sido desenvolvido e adaptado em pesquisas, evidenciando um conjunto de pressupostos seguidos pela maior parte dos pesquisadores que utilizam o incidente crítico, quais sejam: a) incidente crítico é o termo usado para se referir a uma situação (cena) claramente demarcada, com início e fim; b) a menos que uma descrição detalhada do que realmente aconteceu seja fornecida, um incidente não pode ser considerado válido; c) o incidente crítico em si é a unidade básica de análise (NORMAN et al., 1992). Conforme Butterfield et al. (2005) os critérios de inclusão de um incidente crítico são: conter os antecedentes da informação, isto é, o que levou a situação a ocorrer; conter uma descrição detalhada da experiência em si; e descrever o resultado do incidente.

A utilização da TIC apresenta uma série de vantagens, na medida em que permite que a informação seja obtida rapidamente, exigindo questionamentos e respostas simples, o que pode ser obtido geralmente em um tempo de 15 a 20 minutos. Consiste em uma ferramenta flexível, ou seja, pode ser facilmente adaptado para atender as exigências de diversos estudos, sendo que os dados podem ser coletados por meio de uma variedade de métodos como entrevistas, questionários e observações (KEMPPAINEN, 2000).

Essa técnica fornece estrutura para a expressão pessoal e reflexão, pois tem a capacidade de auxiliar os participantes a refletir criticamente sobre sua experiência pessoal e ganhar uma consciência mais abrangente da vivência e de suas ações, com potencial para gerar novos conhecimentos e diferentes maneiras de pensar e ser (SCHLUTER; SEATON; CHABOYER, 2008).

Conforme preconizado por Flanagan a técnica dos incidentes críticos desenvolve-se por meio da operacionalização de 5 etapas fundamentais (SCHLUTER; SEATON; CHABOYER, 2008):

Etapa 1: Identificação cuidadosa do objetivo do estudo e da questão de pesquisa, devido à influência que exercem sobre a coleta e a análise dos dados.

Etapa 2: Identificação dos tipos de eventos ou incidentes a serem coletados, sendo recomendado abordar eventos considerados eficazes (positivos) e ineficazes (negativos), pois os incidentes atípicos são lembrados com mais facilidade pelos participantes.

Etapa 3: A coleta de dados pode ser realizada de diversas formas: observações diretas, formulários de registro, questionários abertos, entrevistas abertas (individuais ou em grupo). A entrevista permite ao entrevistador perceber os sinais não verbais de comunicação e utilizá-los para buscar o aprofundamento das respostas dos participantes. Proporciona ainda maior oportunidade de diálogo sobre o evento do que outros métodos.

Etapa 4: A análise dos dados é considerada uma etapa menos objetiva do que as outras. Desde o trabalho original de Flanagan tem havido muitos avanços em termos de metodologias qualitativas e padrões de rigor, sendo que o método de incidente crítico é congruente com a análise qualitativa contemporânea e pode ser submetido a critérios adequados de rigor. Para limitar os vieses do estudo, é recomendado que o pesquisador faça perguntas diante dos comentários feitos pelo participante, pois o questionamento detalhado de cada parte da informação impede o pesquisador de fazer suposições sobre os dados (SCHLUTER; SEATON; CHABOYER, 2008). Para Sharoff (2007) os dados de incidente crítico devem ser analisados de acordo com o tipo específico de estudo que está sendo desenvolvido.

Etapa 5: Divulgação dos resultados do estudo, importante parte do processo de pesquisa e comunicação de conhecimentos para a profissão.

Em um estudo que utiliza os incidentes críticos, o tamanho da amostra não é determinado pelo número de participantes, mas pelo número de incidentes coletados, os quais não podem ser predefinidos. Geralmente cada participante contribui com um ou dois incidentes (URQUHART, 2003) e como os estudos qualitativos exigem um pequeno número de sujeitos, os questionamentos necessitam permitir que os participantes respondam de forma descritiva, precisa, clara e detalhada. Para Twelker (2003) devem ser coletados em torno de 50 ou mais incidentes, no entanto, o número exato somente será definido pela análise inicial e verificação da qualidade dos dados. No caso de ser utilizada outra técnica de coleta de dados na pesquisa, esse número pode ser reduzido.

Autores têm investigado sobre a aplicação do incidente crítico em investigações qualitativas na área da enfermagem (PEÑA; JUAN, 2008), inclusive disponibilizando um guia para sua utilização por pesquisadores da enfermagem (SCHLUTER; SEATON; CHABOYER, 2008) e analisando as inconsistências com as quais, muitas vezes, tem sido utilizado nessa área (BRADBURY- JONES; TRANTER, 2008).

Nas investigações em enfermagem, os pesquisadores têm adaptado a TIC para satisfazer as necessidades de seus estudos, sendo que a maior força da técnica reside na sua flexibilidade. Sendo assim, a origem da técnica de Flanagan tinha a observação direta como foco, no entanto na contemporaneidade da pesquisa em enfermagem os incidentes críticos são obtidos principalmente por meio de relatos orais (entrevistas), tendo em vista que tem se mostrado capazes de fornecer um quadro mais completo do fenômeno em estudo (BRADBURY- JONES; TRANTER, 2008).

A TIC pode ser desenvolvida em qualquer área da enfermagem e fornecer um conhecimento mais abrangente do que os enfermeiros fazem e as necessidades dos clientes (SHAROFF, 2008). Algumas implicações da implementação dessa técnica na pesquisa em enfermagem incluem: descreve a prática de enfermagem e possibilita a reflexão sobre ela; aumenta a compreensão dos diferentes papéis assumidos pela enfermeira nas diversas atividades e processos que realiza; contribui para melhorias no funcionamento dos serviços de saúde, ao identificar lacunas ou áreas críticas que ocorrem no cuidado de enfermagem (PEÑA; JUAN, 2008; RIBEIRO et al., 2012).

Neste estudo, a fim de captar os incidentes críticos, foram realizadas entrevistas com as enfermeiras. A entrevista é a técnica em que ocorre o encontro entre duas pessoas, em uma conversa face a face, de forma metódica, com vistas à obtenção de informações sobre

determinado assunto. Apresenta, dentre outras vantagens, maior flexibilidade pelo fato de possibilitar a repetição ou esclarecimento de questões e a apreensão de reações, atitudes e condutas do entrevistado no momento da coleta dos dados (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Para a seleção das enfermeiras que seriam entrevistadas, todas as equipes da ESF que integram a 15ª CRS foram identificadas por um número, realizando-se um sorteio. Assim, as enfermeiras que faziam parte das equipes sorteadas foram convidadas a participar da entrevista. O número de entrevistadas foi estabelecido conforme os critérios de saturação dos dados em pesquisas qualitativas com o uso do incidente crítico, considerando que um sujeito fornece um ou dois incidentes críticos e que são suficientes 50 ou mais incidentes, podendo esse número ser menor caso seja utilizada outra técnica de coleta dos dados, como é o caso deste estudo em que foram realizadas observações.

Com base nesses critérios, foram sorteadas inicialmente 30 equipes, a fim de selecionar as enfermeiras a serem entrevistadas. Posteriormente, foram iniciadas as entrevistas, sendo obedecidos os critérios de inclusão dos incidentes críticos mencionados anteriormente (NORMAN et al., 1992; BUTTERFIELD et al., 2005). Assim, o número de sujeitos foi definido no decorrer da pesquisa, totalizando 26 enfermeiras entrevistadas, sendo que dos relatos coletados foram validados 52 incidentes críticos.

Para a validação dos incidentes críticos foi preenchida uma tabela composta por três colunas, nas quais eram colocados os critérios de inclusão do incidente crítico: na primeira coluna colocava-se o que levou a situação a ocorrer (antecedentes do evento); na segunda, o que realmente aconteceu (descrição detalhada da situação) e na terceira, as consequências do evento (resultado do incidente). Sendo assim, o conteúdo do relato das enfermeiras deveria preencher detalhadamente as três colunas para ser validado.

O roteiro da entrevista (APÊNDICE B) buscou evidenciar os incidentes críticos e foi constituído de duas partes: a primeira composta por questões relacionadas à caracterização dos sujeitos e a segunda contemplou questionamentos norteadores que visavam conhecer a prática clínica da enfermeira na ESF, em sua interação com os usuários. Partiu-se de uma solicitação para que as enfermeiras lembrassem situações de atendimento clínico que foram significativas em suas práticas diárias, que as marcaram por algum motivo e realizassem sua descrição detalhada. A partir do relato do incidente, foram sendo realizados questionamentos com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a situação e esclarecer alguns aspectos.

Foi realizado um pré-teste do roteiro de entrevista, aplicando-o a três enfermeiras, tendo em vista verificar a necessidade de adequações no instrumento, sendo que posteriormente

foram feitas alterações na forma das perguntas para facilitar a apreensão dos dados conforme os objetivos da pesquisa.

A decisão sobre os dias e horários de realização das entrevistas foi tomada a partir de combinação entre a pesquisadora e as enfermeiras. No caso das enfermeiras que foram observadas durante uma semana de trabalho, as entrevistas foram realizadas no último dia de observação.

As entrevistas foram realizadas na unidade de saúde de atuação das enfermeiras, em ambiente apropriado, confortável e que garantiu a privacidade para o estabelecimento de diálogo e livre expressão das participantes. Foi solicitada a gravação da entrevista em gravador digital, para que as falas dos sujeitos fossem registradas em sua integralidade, assegurando material fidedigno para análise. Posteriormente, as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra.

A utilização da técnica do incidente crítico neste estudo possibilitou às enfermeiras relatarem sobre as suas práticas clínicas cotidianas, especialmente aquelas que fizeram sentido para elas, ou seja, que as marcaram de alguma forma, positiva ou negativamente. Assim, os dados expressam fatos ou situações reais que ocorreram na assistência aos usuários na ESF, o que contribui para a busca de estratégias capazes de minimizar as dificuldades no desenvolvimento do trabalho e no produto gerado, para a construção do conhecimento em enfermagem e o contínuo aperfeiçoamento da assistência.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada mediante a articulação do material obtido nas entrevistas por meio da Técnica de Incidente Crítico com o material contido no diário de campo oriundo das observações realizadas.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, do tipo análise temática proposta por Minayo (2007). *Tema* é definido como uma unidade de significação que se desprende de um texto, conforme os critérios teóricos que orientam a leitura. A análise temática constitui-se de três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação.

Na primeira etapa foram realizadas as transcrições e leitura dos incidentes críticos contidos nas entrevistas e do conteúdo do diário de campo obtido nas observações, buscando identificar as ideias principais e aspectos importantes. Posteriormente, foram selecionadas as

unidades de significado do texto, agregando-as e realizando sua classificação. Por fim, o material empírico foi articulado com o referencial teórico para a construção das categorias temáticas do estudo.

Para a operacionalização da análise dos dados foi utilizado o software MaxQda 10 (2011). Esse software é destinado à investigação qualitativa e consiste em uma ferramenta facilitadora da classificação e categorização dos dados, permitindo trabalhar com grande volume de texto. Assim, as transcrições das entrevistas e anotações no diário de campo foram inseridas integralmente, armazenadas e organizadas no referido software. Foram construídos padrões ou tópicos que foram sistematizados por meio de palavras ou frases que deram origem às categorias e subcategorias. A utilização do MaxQda tornou mais dinâmica a exploração do material, tendo em vista que permitiu extrair, comparar e agregar fragmentos de dados de maneira sistemática, criativa e flexível.

Foi criado um novo arquivo no software, no qual foram inseridos os documentos do conteúdo das observações e transcrições das entrevistas, além de textos e artigos científicos em formato PDF. A partir da leitura de dados o software permitiu a inserção de comentários e anotações que ficam sinalizadas na margem do texto, sendo que essa codificação dos dados foi feita em uma palavra ou frase. O sistema de codificação é exibido na forma de uma árvore de palavras de códigos, permitindo que elas sejam vinculadas. À medida que foram sendo encontradas outras informações sobre as mesmas anotações e comentários, o software possibilitou o agrupamento das informações e permitiu a articulação com os demais documentos contidos no arquivo, refinando esse processo na medida em que se avançava na análise. Esses aspectos facilitaram a conexão dos dados, e, conseqüentemente, a sua categorização e análise.

Na fase de pré-análise foi realizada a leitura flutuante, ou seja, a primeira leitura, buscando uma aproximação com o material coletado, organizando-o e sistematizando as ideias iniciais e aspectos relevantes. Posteriormente, realizou-se a constituição do *corpus*, que se refere à organização do material de forma a obedecer a alguns critérios de validade (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência).

Na segunda etapa, realizou-se a exploração do material, transformando os dados brutos nos núcleos de compreensão do texto. Recortou-se o texto em unidades de registro, que podem ser uma palavra ou uma frase. Após, os dados foram classificados e agregados, estabelecendo-se categorias que comandaram as especificações dos temas.

A última etapa consistiu no tratamento dos dados e na interpretação. Nessa fase, as informações obtidas foram evidenciadas e buscou-se realizar inferências, abrindo-se novas

possibilidades em torno das dimensões teóricas. Finalmente, articulou-se o material empírico com o referencial teórico, a fim de ultrapassar a descrição dos dados obtidos.

Os referenciais do processo de trabalho em saúde e da clínica ampliada na atenção básica e clínica da enfermagem deram suporte às interpretações, tendo em vista sua pertinência para a análise do trabalho da enfermeira no campo em estudo. A análise dos dados obtidos e classificados em categorias temáticas permitiu a confrontação das ideias com os objetivos do estudo e a sua fundamentação teórica.

4.6 Considerações bioéticas

Foi obtida a autorização da 15ª CRS para a realização do estudo nos municípios selecionados (ANEXO A). A entrada em campo ocorreu após a apresentação e aprovação do projeto no Exame de Qualificação, autorização da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS parecer número 22237 (ANEXO B). Anteriormente à realização da coleta de dados a pesquisadora fez contato prévio com as enfermeiras para solicitar suas anuências ao estudo, mediante esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos da investigação; o caráter voluntário de participação, podendo recusar-se a participar e/ou desistir da pesquisa a qualquer momento que desejassem; a confidencialidade das informações; e a garantia de anonimato. A partir disso, foram agendados os dias para a realização das observações e entrevistas, conforme a disponibilidade das participantes.

Os sujeitos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C e D), o qual garante o anonimato, de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O referido Termo foi apresentado em duas vias, assinadas pelo participante do estudo e pela pesquisadora, ficando uma cópia para cada um. Para preservar o anonimato, as enfermeiras foram identificadas por código (Enf) conforme a ordem cronológica de realização das observações (O) e entrevistas (E), cujos trechos foram identificados como O Enf 1, O Enf 2... e E Enf 1, E Enf 2... A gravação contendo as informações foi inutilizada após a transcrição. Os formulários de transcrição serão guardados por cinco anos e após serão destruídos, conforme dispõe a Lei nº 9.610/98 (BRASIL, 1998). A pesquisadora comprometeu-se com os participantes em apresentar-lhes os resultados do estudo. Para tanto, foi agendado um encontro com esta finalidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas articulada às informações coletadas nas observações revelou a constituição da dimensão assistencial do processo de trabalho das enfermeiras e sua prática clínica na ESF. A partir do processo de análise dos dados foram construídas as seguintes categorias temáticas: Dimensão assistencial do trabalho das enfermeiras na saúde da família: o destaque da prática clínica. A segunda categoria denominada A clínica do cuidado das enfermeiras na ESF apresenta as seguintes subcategorias: Componentes da prática clínica da enfermeira; Enfermeira: profissional de referência para os usuários. A terceira categoria aborda A construção do saber operante na prática clínica das enfermeiras e a última é denominada Possibilidades da prática clínica das enfermeiras na saúde da família.

5.1 Dimensão assistencial do trabalho das enfermeiras na saúde da família: o destaque da prática clínica

Esta categoria abrange a constituição da dimensão assistencial do processo de trabalho das enfermeiras e evidencia algumas características dessa dimensão na saúde da família como: as principais atividades realizadas, a população atendida, as necessidades/problemas apresentados para intervenção, a longitudinalidade do atendimento e a imprevisibilidade das situações.

As atividades assistenciais predominantes no trabalho das enfermeiras compreendem: consultas de enfermagem, visitas domiciliares e grupos educativos, em ordem decrescente de realização.

As consultas de enfermagem ocorriam na unidade, contemplando grande parte da semana de trabalho das enfermeiras. Em uma semana típica de trabalho, cinco a oito turnos eram reservados para a realização de consultas de enfermagem. Estas ocorriam em dias fixos, de acordo com agendamento prévio, especialmente aquelas voltadas à saúde da mulher (pré-natal, prevenção do câncer de colo uterino e mama) e puericultura. Mas também eram realizadas consultas voltadas à demanda espontânea, principalmente a adultos e idosos.

[...] faço pré-natal de baixo risco, a puericultura de 0 a 2 anos eu faço acompanhamento e a saúde da mulher, coleta de citopatológico, e quando elas têm alguma queixa elas me procuram [...] essas são as consultas de enfermagem que eu me voltei mais para essa parte. Durante as tardes a gente atende livre demanda. (E Enf 18)

Resultados semelhantes foram obtidos em investigação de Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010), a qual evidenciou que em unidades de saúde da família as enfermeiras se dedicavam a consultas de enfermagem entre seis e sete turnos durante uma semana típica de trabalho, desenvolvendo ações de puericultura, pré-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer cérvico-uterino.

Outra pesquisa também demonstrou características similares, ao analisar o trabalho das enfermeiras na ESF de Marília/SP, descrevendo que as práticas assistenciais envolviam principalmente: consultas de enfermagem à mulher (pré-natal, puerpério, coleta de exame preventivo do câncer de colo uterino); à criança (puericultura); grupos de saúde (hipertensão, diabetes, puericultura); visitas domiciliares para pessoas acamadas; acolhimento na unidade (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

A consulta de enfermagem também foi evidenciada como um importante instrumento do processo de trabalho das enfermeiras na atenção ao idoso na ESF, sendo direcionada ao atendimento individual na unidade de saúde, com ações curativas e de promoção da saúde (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012). Estudo de Ximenes Neto et al. (2011) mostrou que a consulta de enfermagem em puericultura foi considerada pelos enfermeiros como prioritária na atenção à saúde da criança na ESF de um município do Ceará.

Dados de estudo que buscou conhecer as facilidades e dificuldades de profissionais em executar suas atribuições na ESF, de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, revelam que, das atribuições específicas do enfermeiro, a realização da consulta de enfermagem está entre as mais difíceis, juntamente com a solicitação de exames e prescrição/transcrição de medicamentos. Os motivos pelos quais os enfermeiros apontaram essas atribuições como mais difíceis de serem executadas não foram explorados na investigação, no entanto, os autores supõem que tenha relação com a sobrecarga de trabalho e com a não utilização do potencial desse profissional pelo serviço (FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010).

Em relação à execução da consulta pelo profissional enfermeiro, existem dados divergentes na literatura, que variam de acordo com o cenário de investigação. Pesquisa de Silva et al. (2010) mostrou que, em seu cotidiano de trabalho, o enfermeiro tem pouco envolvimento com essa atividade, dedicando cinco horas semanais para realização de consultas.

No entanto, no presente estudo a consulta de enfermagem foi uma das atividades mais desenvolvidas na prática assistencial das enfermeiras, sendo um campo importante de expressão de sua prática clínica. A realização das consultas é fundamental no trabalho das

enfermeiras, pois, conforme ressaltam Silva et al. (2010, p.73) essa atividade “é contra hegemônica ao modelo biomédico, na medida em que é voltada para o cuidado, com prioridade de ações preventivas e de promoção da saúde”.

Foi identificado, neste estudo, que as visitas domiciliares representam uma pequena parcela das atividades, sendo realizadas, na maior parte das vezes, conforme as necessidades comunicadas pelas agentes de saúde ou por familiares dos usuários que necessitam atendimento. As enfermeiras atribuem essa realidade à dificuldade de sair da unidade de saúde pela grande demanda de atendimento e pela falta de transporte (carro), por isso fazem visitas consideradas mais urgentes. Dessa forma, muitas vezes, não ocorre um planejamento dessa atividade.

[...] acaba sobrando pouquíssimo tempo para visita domiciliar [...] porque eu tenho que atender a livre demanda, as consultas de enfermagem, alguns grupos [...] a gente faz uma visita quando a gente olha uma família assim [...] aí eu anoto, vou lá e visito. Ou então ligam pedindo, estão solicitando uma visita para essa família, para essa pessoa, daí eu vou lá e faço, então as visitas acabam ficando um pouco, até por falta de tempo. (E Enf 18)

[...] eu gosto de sair da unidade, eu gosto de fazer visitas. Tem toda parte prática que tu tens que ficar aqui (na unidade), que tu és envolvida nisso também, e é muito difícil conseguir fazer as visitas, tem dias que o carro sai [...]. (E Enf 19)

Em consonância com esses dados, pesquisa revelou que, no atendimento prestado por enfermeiros na atenção primária, havia registros quase inexistentes de atendimentos no domicílio, com predomínio do atendimento eventual, direcionado a condições agudas (MATUMOTO et al., 2012). Na investigação de Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010) foi evidenciado que, as visitas domiciliares eram realizadas no tempo que restava entre as demais atividades de assistência, não sendo priorizadas e planejadas na prática.

Estudo de Lionello et al. (2012) mostrou que as enfermeiras que atuam na ESF gostariam de ter mais tempo no seu cotidiano para realizar visitas domiciliares, porém não conseguem desenvolver essa atribuição com maior frequência em função de seu envolvimento com atividades administrativas relacionadas ao gerenciamento das unidades.

Outras investigações também identificaram que as dificuldades das enfermeiras para realizar visitas domiciliares na ESF estão relacionadas à deficiência na frequência dessa atividade (KAWATA, 2011) e à limitação de tempo para o seu desenvolvimento (SAKATA et al., 2007).

Sendo assim, as dificuldades que as enfermeiras encontram para planejar e executar as visitas domiciliares estão relacionadas à escassez de tempo, resultado do seu envolvimento com atividades administrativas e com o atendimento da demanda espontânea nos serviços. Em

relação a esse último aspecto, pesquisa evidenciou a falta de planejamento, avaliação e oferta organizada das ações pelos profissionais de saúde, pois estes centralizavam o atendimento diário na demanda que buscava o serviço, prejudicando a promoção da saúde junto à comunidade (SILVA et al., 2010). Outra investigação realizada em um município do Rio Grande do Sul mostrou que, devido à grande demanda de trabalho nas unidades, os enfermeiros da rede básica de saúde realizavam suas ações de maneira automática, com preocupação em dar conta do número de atendimentos, com dificuldades de realizar um cuidado integral (SCHRADER et al., 2012).

Uma enfermeira destaca a importância de prestar atendimento fora da unidade:

[...] eu gosto de buscar fora da unidade porque dentro da unidade é uma coisa, fora da unidade é outra coisa, a realidade é totalmente diferente. [...] sempre quando chega alguém eu sempre tento atender ele além daqui, sempre tentando ver o que talvez ele tenha em casa, o que ele não tem, como que é a vida, nunca só olhar a pessoa que senta aqui que conversa comigo, tanto que quando vem alguém que eu não conheço eu já peço para a agente de saúde se tem alguma coisa que ela notou, como que é, eu sempre tento fazer uma visita para ver além da pessoa. (E Enf 19)

Apesar das dificuldades para realizar as visitas domiciliares, a enfermeira reconhece que estas são relevantes para que se tenha uma visão mais abrangente sobre a situação dos usuários e famílias, o que mostra seu entendimento sobre o que é preconizado como ideal de trabalho e o que é possível de se realizar na prática cotidiana.

Conforme estudo de Sakata et al. (2007), embora haja limitações para sua realização, as visitas domiciliares possibilitam a aproximação entre profissionais e usuários, espaço de escuta e diálogo, criação de vínculo e consideração das particularidades de cada família. Nessa direção, outra pesquisa revelou que as enfermeiras mobilizavam um conjunto de atributos para executar as visitas domiciliares na saúde da família, os quais eram direcionados para conhecer os usuários no seu ambiente e na sua família, prestar cuidado e fazer o acompanhamento de usuários e famílias em situações de risco (KAWATA, 2011).

Neste estudo, as enfermeiras realizavam atividades coletivas na comunidade e na unidade de saúde por meio de ações educativas direcionadas a grupos específicos como: gestantes, portadores de hipertensão arterial e diabetes, idosos e tabagistas. Essas ações em grupo tem periodicidade mensal e eram coordenadas pelas enfermeiras, que ficavam responsáveis pela seleção dos temas a serem abordados, preparação de material, realização de dinâmicas, convite para participação de outros profissionais, etc.

Sobre a realização dos grupos de saúde uma enfermeira assim se expressa:

[...] todo mês eu faço grupo de idosos no bairro [...] eles que escolhem (o tema) [...] mês passado eu fiz um grupo lá sobre o coração, eu expliquei como que era o coração, como funcionava, levei o coração do nosso boneco para eles verem, levei o oxímetro para medir pulso, nós vimos pressão, glicose. Aí eu cortei um monte de figuras de revistas e jornal de coisas boas e coisas ruins para o coração e pedi para eles montarem esses cartazes e depois explicarem. [...] tinha 65 pessoas [...] cada vez que eu faço um grupo lá vai mais e mais gente, a gente vê que eles gostam, porque eu pergunto para eles o que eles querem saber, aquela troca constante de conhecimento, eu levo material para eles estarem trabalhando, não só eu falar, a gente faz dinâmica, eles adoram ver a pressão e a glicose, participam. Toda vez que eu faço um grupo eu mando a notícia para o jornal, no outro encontro eu levo o jornal com a fotinho deles para eles verem, eles adoram, e eu adoro [...]. (E Enf 24)

Esse depoimento demonstra que, na realização do grupo, são integradas ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, havendo estímulo para a participação ativa e interação entre os participantes. A realização dos grupos de saúde também são espaços de desenvolvimento da prática clínica, tendo em vista que exigem dos profissionais a mobilização de conhecimentos e habilidades para realizar ações preventivas, educativas e de promoção da saúde.

Conforme Cezar-Vaz et al. (2010) a prática clínica das enfermeiras ganha abrangência coletiva na realização de atividades educativas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde de indivíduos e famílias, tendo em vista que organizam seus conhecimentos clínicos na forma de educação clínica, visando suprir necessidades de informações e orientações em saúde.

Das quatro enfermeiras observadas, foi possível acompanhar duas que realizaram atividades em grupo, destacando-se o fragmento de um deles a seguir:

Foi realizado o grupo de gestantes. Compareceram 11 gestantes [...]. O encontro ocorreu em uma sala ampla da unidade, na qual as cadeiras foram organizadas em círculo. Participaram do grupo: as gestantes, uma enfermeira nova na unidade, a que estava sendo observada que era a enfermeira da ESF e a pesquisadora. [...] A enfermeira da ESF ia cumprimentando as usuárias à medida que iam chegando à sala e pedindo para sentarem-se e assinarem a lista de presença. Iniciou solicitando que cada uma se apresentasse. A enfermeira nova na unidade inicia a apresentação de slides que foram preparados previamente, a enfermeira da ESF (que está sendo observada) fica em pé, junto às usuárias. A enfermeira nova inicia falando sobre a assistência pré-natal, sua importância [...], o papel do profissional enfermeiro no pré-natal, no acompanhamento da gestante e na atenção a possíveis intercorrências. Explica sobre dieta, a necessidade de tomar bastante água. A enfermeira da ESF faz uma intervenção dizendo que uma forma de diminuir os enjoos e náuseas é ingerir bolacha de água e sal. Questiona se alguém tem alguma dúvida e que podem perguntar e participar quando quiserem. A enfermeira nova aborda ainda questões como: vestuário, higiene, repouso e sono, cuidados com os dentes, viagens, relações sexuais. A enfermeira da ESF explicou sobre a necessidade das gestantes dialogarem muito com o companheiro, e que as relações sexuais são muito saudáveis na gestação. [...] Ressaltou os sintomas considerados normais e anormais na gestação e os fatores de risco como, por exemplo, a pré-eclâmpsia, destacando que tem ocorrido muito frequentemente com as usuárias que atende, sendo importante a verificação e controle da PA [...]. A enfermeira da ESF comenta a necessidade de

desmistificar a questão do banho após o parto, que podem lavar os cabelos e tomar banho normalmente. Para finalizar, comentam sobre o que fazer quando o bebê nasce (teste do pezinho, vacinas), amamentação e cuidados com o coto umbilical. A enfermeira da ESF esclarece que é prejudicial o uso de faixa umbilical, pois além de poder prejudicar a respiração do bebê, mantém o coto abafado e úmido pelo suor, sendo que este precisa secar. Para isso, diz que elas devem comprar álcool a 70% e após o banho higienizar com algodão embebido no mesmo. Uma gestante disse que achava que era álcool normal, aquele com que limpa a casa. Outra gestante disse que tem muito medo de mexer no coto. Outra diz que as avós e tias sempre querem se meter no cuidado com o bebê. A enfermeira diz para ficarem tranquilas, [...] dizendo que está à disposição para ir ao domicílio caso seja necessário. Conta que há poucos dias foi para auxiliar uma mãe a amamentar. Questiona quais delas que já tiveram filhos e amamentaram, algumas levantam a mão, então diz que além dos benefícios para o bebê, as mulheres que amamentam tem menor risco de ter câncer de mama. Ao final, as enfermeiras entregaram a cada gestante uma lembrancinha, despedindo-se. O encontro teve duração de aproximadamente uma hora. (O Enf 2)

A enfermeira da ESF fez considerações fundamentais durante a apresentação, na medida em que buscou tornar mais fácil a compreensão das usuárias, dando exemplos práticos. Utilizou o conhecimento adquirido em suas experiências para fornecer orientações, exercendo a educação clínica. Grupos de saúde como esse funcionam como um importante apoio aos usuários e suas famílias, sendo um espaço para expressar dúvidas e compartilhar experiências.

Em relação ao público que recebe assistência, constatou-se a multiplicidade de faixas etárias atendidas diariamente. As enfermeiras prestam assistência a crianças (puericultura), mulheres (pré-natal, prevenção do câncer), adultos e idosos (hipertensos e diabéticos). Conforme estudo de Matumoto et al. (2012) os atendimentos de enfermeiros da rede básica de saúde de Ribeirão Preto – SP eram direcionados à criança, ao escolar e adolescente, à mulher e a portadores de hipertensão arterial e diabete mellitus.

Foi evidenciado que o perfil dos usuários atendidos varia conforme a área em que atuam, pois existem comunidades com maior número de crianças e outras com predomínio de idosos, por exemplo. No entanto, a maioria das enfermeiras direciona a assistência principalmente à saúde da mulher, em função do atendimento de prevenção do câncer de colo uterino e mama e do atendimento pré-natal, sendo uma profissional de referência para as mulheres.

Saúde da mulher bastante, até porque a gente vai fazer preventivo e conversa. E eu gosto muito de atender pré-natal, tanto que quando elas chegam com atraso menstrual, vem direto sempre conversar comigo, já faço o pedido direitinho dos exames, já oriento, já faz as vacinas [...]. (E Enf 15)

As mulheres procuram por causa da coleta de CP, mas também tu acabas atendendo por causa de condições de doenças relacionadas ao aparelho ginecológico, mais especificamente, por exemplo, fungo, faz exame ginecológico, elas acabam me procurando [...]. (E Enf 2)

Corroborando com os dados desta investigação, pesquisa que analisou a prática do enfermeiro no atendimento à mulher no município de Vitória, Espírito Santo, mostrou que 96,08% dos enfermeiros realizavam atividades de prevenção do câncer de colo de útero; 83,67% deles atuavam na assistência ao pré-natal de baixo risco; 83,67% desenvolviam ações de planejamento familiar e 64,71% atividades de educação em saúde (PRIMO; BOM; SILVA, 2008).

Na assistência prestada cotidianamente pelas enfermeiras existe uma diversidade de atendimentos direcionados à satisfação de múltiplos problemas/necessidades de saúde. Sendo assim, ocorre o atendimento da demanda programada, ou seja, aquela para a qual as enfermeiras planejam o atendimento com base nas diretrizes da ESF e o atendimento às situações clínicas e sociais próprias da dinâmica da comunidade, as quais não são esperadas.

[...] na verdade chega até a gente todos os tipos de problemas, é saúde da mulher, é saúde da criança, é alcoolismo, drogadição, [...] claro que na rotina, numa demanda mais programada a gente atende mais saúde da mulher, gestantes, puericultura, hipertenso, diabético [...] Mas sempre chega [...] então dá de tudo. (E Enf 1)

Mulheres e crianças eu me envolvo muito aqui na unidade, eu faço pré-natal de baixo risco [...] a puericultura de 0 a 2 anos eu faço acompanhamento [...]. Durante as tardes eles distribuem fichas que a gente atende livre demanda que é queixa de resfriado, tosse, lombalgia, cefaleia, esse tipo de coisa, tem de tudo. [...] (E Enf 18)

Daqui um pouco eu pego uma mulher para fazer um preventivo, fazer um aconselhamento, fazer um planejamento familiar, daqui a pouco já saio, já vou lá na sala de vacinas, já tenho uma orientação para dar sobre uma vacina, ou um teste do pezinho. (E Enf 25)

A variedade de necessidades e problemas de saúde foi evidenciada pelas enfermeiras nos relatos dos incidentes críticos. No quadro a seguir identificam-se o número de incidentes mencionados por cada uma delas e o problema e/ou necessidade que motivou o atendimento.

Quadro 4 – Número de incidentes críticos mencionados pelas enfermeiras e necessidade/problema de saúde que motivou o atendimento.

Sujeito	Número de incidentes relatados	Situação do usuário (problema ou necessidade de saúde) que motivou o atendimento
1	04	Câncer de mama; Doença de Alzheimer; Sequela AVC (acamado); Complicação na gestação.

2	01	Puérpera.
3	03	Câncer ginecológico. Hipertensão (grupo de saúde); Diabetes (amputação).
4	03	Problemas psiquiátricos, deficiência física (demanda familiar); Fratura pé; Maus tratos a idoso.
5	03	Diabetes (hipoglicemia severa); Hemorragia uterina; Sequela Isquemia.
6	02	Etilista; Cardiopatia, insuficiência respiratória (idosa).
7	02	Enfisema pulmonar (tabagista); Dependência química (gestante).
8	02	Dependência química (puérpera); Hipertensão.
9	02	Câncer de colo uterino; Hipertensão (perna amputada).
10	03	Câncer de colo uterino; Planejamento familiar; Criança engasgada.
11	02	Etilismo, falta de higiene, criança hiperativa (demanda familiar); Abuso sexual (demanda familiar).
12	02	Lesão no útero; Problema na bexiga, uso de sonda no rim.
13	02	HIV positivo (criança); Abuso sexual à criança.
14	02	Alzheimer; Doença mental (acamado).
15	02	Doença de Gaucher (criança); HIV positivo (mulher).
16	01	HIV positivo (mulher).
17	01	Acamada (idosa).
18	02	Esquizofrenia (mulher); Aborto.
19	02	Tentativa de suicídio (menina adolescente). Deficiência física e mental (mulher).
20	02	Necrose na perna (homem); Infarto (mulher).
21	01	Tuberculose (homem).
22	02	Gestante, doença mental, precárias condições socioeconômicas e de higiene (demanda familiar); Fratura perna (jovem).
23	02	HIV positivo (homem); HIV positivo, etilista (homem).
24	02	Febre (criança); Grupo de saúde.
25	01	Baixo peso (criança).
26	01	Puérpera.

Fonte: COLOMÉ, 2013.

Essa multiplicidade de problemas/necessidades de saúde exige das enfermeiras a busca constante de conhecimentos técnico-científicos para prestar o atendimento. Estudo de Ximenes Neto et al. (2009) evidenciou que os enfermeiros da ESF sentiam necessidade de adquirir conhecimentos para prestar atendimento nas diferentes fases da vida (cuidados de enfermagem à saúde da criança, adolescente, adulto e idoso), por meio de uma qualificação centrada nas ações programáticas.

As enfermeiras consideram que um usuário pode lhes exigir conhecimentos diversificados, pois o atendimento a cada um deles tem um caráter amplo, complexo e de

imprevisibilidade, apresentando, muitas vezes, situações novas com as quais a enfermeira não está preparada para lidar.

[...] cada dia, cada paciente é uma caixinha de surpresa, às vezes eles te contam uma história, até no fazer o preventivo tu pode examinar um colo que tem alguma alteração [...]. (E Enf 24)

O seguinte trecho registra uma situação observada e expressa a imprevisibilidade de situações que surgem e, por isso, exigem a mobilização de conhecimentos para avaliar o caso e a tomada de decisão rápida pela enfermeira. Trata-se de uma gestante que participou do grupo de gestantes realizado pela enfermeira no dia anterior.

Enfermeira é chamada ao ambulatório pelo técnico de enfermagem para ver uma gestante que ligou anteriormente dizendo que não estava passando bem. A enfermeira vai rapidamente até o ambulatório, a gestante está sentada em uma cadeira. A enfermeira pergunta o que houve e a usuária relata que teve um pouco de sangramento e a barriga endureceu várias vezes. Rapidamente a enfermeira verifica sua pressão arterial, pede para o técnico de enfermagem providenciar um carro e que traga o aparelho sonar para ela auscultar os batimentos cardio fetais (BCFs). Pede que a usuária deite na maca e tenta verificar os BCFs, no entanto, não consegue localizar os batimentos, mas diz para a usuária ficar tranquila que o bebê está mexendo. Explica à usuária que não quer ficar perdendo tempo, que no outro PSF do município tem médico, diz que fique calma porque o bebê está mexendo bastante e a encaminha para o carro que irá leva-la até o médico na outra unidade. Depois disso, a enfermeira comenta comigo que se preocupou e resolveu encaminhar, pois a pressão estava 180/120 mmHg. (O Enf 2)

Esse caso demonstra que o trabalho na saúde da família expõe os profissionais a diversas situações inesperadas que são desafiadoras no seu cotidiano. Em consonância com esse achado, investigação de Matumoto et al. (2011) revelou que a prática clínica da enfermeira na atenção básica era dificultada pelo surgimento de demandas inespecíficas geradas pela subjetividade das situações que ocorriam no cotidiano, demonstrando a amplitude e complexidade do trabalho na saúde da família.

O caráter de incerteza e imprevisibilidade do trabalho em saúde exige que os trabalhadores não atuem somente com base em normas sociais e regras técnico-científicas, mas, sobretudo, considerem as particularidades e singularidades apresentadas pelos usuários em cada encontro, valorizando a intersubjetividade no cuidado (PEDUZZI, 2007).

De acordo com Sundfeld (2010) a prática de uma clínica ampliada exige que os profissionais reformulem seus pensamentos no sentido da aceitação do caráter de imprevisibilidade e criatividade inerentes ao cotidiano.

Neste estudo, a necessidade de manter um aprendizado contínuo para desenvolver o trabalho está presente no cotidiano das enfermeiras. Isso se deve à amplitude de conhecimentos e habilidades que necessitam para atuar, que estão relacionados a diversos

fatores como: o atendimento ser voltado à saúde da família; as unidades de saúde localizadas próximas aos domicílios dos usuários, permitindo maior acesso aos problemas do contexto em que vivem; trabalho não tem foco somente na cura das doenças, mas, sobretudo, envolve ações preventivas e de promoção da saúde, entre outros.

Atuar na saúde da família requer dos enfermeiros uma diversidade de saberes e práticas que abrangem o cuidado a indivíduos, famílias e comunidade, agregado às questões sociais do território. Sendo assim, os profissionais buscam se especializar para contemplar o vasto processo de trabalho da ESF (XIMENES NETO et al., 2009).

Outra característica que chama a atenção na prática das enfermeiras consiste no atendimento contínuo que presta aos usuários, ou seja, a longitudinalidade do atendimento. Isso fica evidente no atendimento da enfermeira a um usuário e sua família.

[...] hoje faz 4 anos já que eu estou acompanhando uma família. [...] a gente está fazendo um acompanhamento contínuo, agora ele (usuário) está no quarto mês, são seis, essa semana começou o quarto mês de tratamento [...] (E Enf 21)

Outra enfermeira, referindo-se à continuidade dos atendimentos que presta aos usuários na saúde da família, ressalta:

“na verdade não tem nenhum que encerre o acompanhamento, permanece”. (E Enf 1)

Resultados semelhantes foram encontrados em investigação, a qual mostrou que, na produção de atendimentos por enfermeiros nas unidades de saúde da família predominam os casos novos e retornos, indicando o acompanhamento longitudinal realizado por esses profissionais na ESF. Nas unidades básicas tradicionais e com estratégia de agentes comunitários de saúde praticamente não se observaram ocorrências desses atendimentos (MATUMOTO et al., 2012).

Conforme Baratieri e Marcon (2011), o fato de a ESF atuar junto a uma população em território definido/delimitado auxilia na longitudinalidade, pois proporciona proximidade com a realidade da comunidade assistida e uma melhor compreensão sobre o processo saúde e doença, permitindo a elaboração de intervenções mais eficazes. A longitudinalidade do cuidado é um processo que requer um grande período de tempo para se operacionalizar e depende da frequência de contato entre profissional e usuário, havendo acompanhamento para além das situações de doença, por meio de ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde.

O atendimento prestado ao longo do tempo faz com que a enfermeira acompanhe se existem mudanças ou não na saúde dos usuários, avaliando, de certa maneira, o desenvolvimento de seu próprio trabalho. Esse aspecto é verificado na fala de uma enfermeira que relata sobre o atendimento a uma família que tem uma filha deficiente mental e física.

[...] hoje já está melhor, a família está melhor, os pais estão melhor, eles dão a medicação certinho, a gente teve dificuldade com isso nas primeiras vezes eles não davam medicação, foram seis, sete meses de trabalho que deu certo, está dando certo. (E Enf 19)

Sobre o atendimento a um senhor com problema de alcoolismo, uma enfermeira assim se expressa:

[...] Esse ano foi que a vitória começou aparecer. O ano passado a gente tinha um paciente que surgia no posto [...] sempre bêbado. [...] desde janeiro a gente faz acompanhamento dele com o grupo da saúde mental, ele não bebeu desde janeiro, agora em março a gente começou tratar a tuberculose dele e ele era fumante, então agora em abril a gente começou também com o trabalho para ele parar de fumar. E a gente está fazendo tratamento diretamente observado [...] para não cair de novo a gente sempre acompanha, ele vem três vezes por semana, segunda, quarta e sexta ele está no posto [...] ele está melhorando [...]. (E Enf 6)

As situações acima mostram que os resultados do trabalho da enfermeira e da equipe não são imediatos, necessitam de tempo para acontecer, sendo que, muitas vezes, existem avanços e retrocessos que exigem persistência dos profissionais no atendimento.

Pesquisa mostrou que, dos profissionais da equipe de saúde da família, o enfermeiro é quem mais realiza direta e efetivamente um acompanhamento ao longo do tempo da população adscrita, aliado ao agente comunitário de saúde. Os enfermeiros destacam que o trabalho do agente é fundamental para essa longitudinalidade e que há pouca participação dos demais membros da equipe na atuação interdisciplinar (BARATIERI; MARCON, 2011). Esses resultados são confirmados pelo presente estudo, sendo possível verificar em diversos momentos que as enfermeiras prestam um atendimento longitudinal, sendo uma referência para os usuários.

Uma enfermeira relata o acompanhamento feito a uma criança que foi diagnosticada HIV positivo, mostrando que a longitudinalidade do atendimento é uma peculiaridade do seu trabalho na saúde da família:

[...] a gente trabalhou com ela toda adolescência dela, dizendo dos riscos, não foi fácil para ela entender quando começou a ter relação sexual de que ela não podia sem camisinha [...] ela ficou muito revoltada, só que depois de um certo tempo de tanto conversar ela aceitou, faz direitinho o tratamento com retroviral [...]. (E Enf 13)

Chega na unidade mãe adolescente com bebê de 7 meses referindo que o mesmo deve estar com febre. A enfermeira recebe a mãe com alegria, demonstrando satisfação em vê-la, me

dizendo que fez o pré-natal dela. Verifica que a temperatura da criança está alta (39°C), pesa e a encaminha para a médica. Depois a enfermeira me mostra em seu computador o book fotográfico da mãe, quando estava gestante. A profissional refere que foi ela mesma que tirou as fotos, referindo que é muito bom acompanhar a usuária no pré-natal e agora cuidar de seu filho. (O Enf 1)

O atendimento ao longo do tempo permite um acompanhamento das diversas fases da vida das pessoas atendidas e, portanto, a construção de vínculos entre elas e a enfermeira.

Ao analisar os elementos que constituem a dimensão assistencial do trabalho da enfermeira pode-se dizer que estes integram a sua prática clínica, na medida em que caracterizam o processo de trabalho no qual esta se desenvolve. A prática clínica se dá em um processo de trabalho que apresenta particularidades em relação ao tipo de ações desenvolvidas, às pessoas atendidas, às demandas/necessidades e problemas apresentados para intervenção, além do atendimento longitudinal e com certo grau de imprevisibilidade.

5.2 A clínica do cuidado das enfermeiras na ESF

Nesta categoria, são evidenciados os diversos componentes que constituem a prática clínica da enfermeira na ESF e que podem caracterizá-la como uma clínica do cuidado, ou seja, como clínica própria das enfermeiras, capaz de promover a ampliação do objeto de intervenção para além da lógica clínica biológica e curativa.

Os componentes da clínica do cuidado da enfermeira são diversos e expressam a forma com que definem o seu objeto de trabalho e o saber/fazer que utilizam para isso. Entre esses componentes, destacam-se: mobilização de conhecimentos; habilidade de comunicação; criação de vínculos de confiança. Salienta-se que, para fins de apresentação dos resultados, os componentes serão apresentados separadamente, no entanto, eles ocorrem de forma dinâmica e, muitas vezes, concomitante na prática cotidiana das enfermeiras.

A interação dinâmica dos diversos componentes da clínica no dia-a-dia das enfermeiras, aliada à construção de seu saber operante, são contempladas nesta categoria e podem permitir analisar em que medida a prática clínica que desenvolvem caracteriza-se como uma clínica do cuidado. Além disso, essa categoria explicita a referência profissional que a enfermeira representa para os usuários e os limites e possibilidades encontrados no exercício da prática clínica.

A partir dos resultados deste estudo, articulados ao referencial teórico que o sustenta, foi possível a construção de uma definição de prática clínica da enfermeira na ESF, a qual se caracteriza pela clínica do cuidado.

A prática clínica das enfermeiras, caracterizada pela clínica do cuidado, integra a dimensão assistencial do processo de trabalho das enfermeiras e se desenvolve por meio do seu saber/fazer próprio, ou seja, da mobilização de conhecimentos de enfermagem que permitem a avaliação/julgamento da situação e a tomada de decisão, com a finalidade de buscar a satisfação de necessidades físicas, mentais, emocionais e sociais dos usuários e famílias de forma integral.

5.2.1 Componentes da prática clínica da enfermeira

A prática clínica das enfermeiras é constituída por um conjunto de componentes, os quais representam a sua forma específica de atuação, as particularidades próprias de seu núcleo de competência e reponsabilidade.

Para a apreensão do objeto de trabalho os agentes necessitam utilizar instrumentos materiais e imateriais (MENDES-GONÇALVES, 1994;1992), além de estabelecer relações de interação com os usuários, havendo a produção de subjetividades (MERHY, 1997). Os componentes da prática clínica da enfermeira são utilizados para apreender o objeto de trabalho, ou seja, o ser humano com necessidades e buscar a satisfação destas. Para tanto, esses componentes se inscrevem na perspectiva imaterial quando a enfermeira mobiliza seus conhecimentos para atuar, e, sobretudo, quando estabelece relações de confiança e vínculo com os sujeitos e na perspectiva material quando utiliza equipamentos para realizar os procedimentos técnicos guiados pelos seus saberes.

5.2.1.1 Mobilização de conhecimentos

Este componente pode ser verificado em todas as ações assistenciais que a enfermeira realiza, pois, em sua prática clínica, a todo o momento, ela necessita mobilizar os conhecimentos que possui para prestar atendimento. Esses conhecimentos são de natureza técnica-científica, ética e relacional, e envolvem as condições de vida e saúde das pessoas atendidas. Estas últimas são possíveis devido à convivência e atendimento contínuo no território, característica do trabalho na ESF.

As enfermeiras buscam raciocinar sobre a situação dos usuários, por meio da realização de perguntas que a ajudem a pensar sobre o caso (raciocínio clínico) e as possibilidades de cuidado que podem exercer. Além disso, levam em consideração as informações dadas para tomar decisões.

A partir desses conhecimentos ela realiza o julgamento da situação e a tomada de decisão sobre as intervenções que se fazem necessárias em cada caso. O trecho da seguinte observação expressa o esforço da enfermeira em compreender a situação apresentada pela usuária e realizar o devido atendimento e encaminhamento.

Entra na sala de atendimento da enfermeira uma senhora dizendo que está com três lesões nas pernas, refere que estas vão e voltam, e que seu esposo apresenta as mesmas lesões. A enfermeira ouve com atenção, levanta da cadeira e abaixa-se para examinar, faz uma série de questionamentos: desde quando tem as lesões? Sente dor? De quanto em quanto tempo retornam? Diz que as lesões estão infectadas e orienta a limpar com água e sabão neutro, e também fazer compressas quentes nos locais das lesões. Explica que vai ver com o médico a situação, pois ela vai precisar de medicação. Vai até a sala do médico e retorna com ele que examina a usuária, a enfermeira fornece algumas informações ao médico, como o fato de que as lesões melhoram e no tempo de 5 dias reaparecem. O médico diz ser Estafilococos, sai da sala dizendo que vai prescrever antibiótico Cefalexina e pomada Neomicina. [...] A enfermeira traz a prescrição, explica para a usuária como usar e onde pegar os medicamentos na unidade, e que o esposo precisa fazer o tratamento também, despedindo-se. (O Enf 1)

A enfermeira escuta, examina, questiona, e, a partir disso, fornece orientações de cuidados que podem ser realizados, aliados à ingestão do medicamento prescrito. Ela traduz as informações ao médico, relatando aquelas que julga mais importantes para o diagnóstico, atuando como facilitadora do atendimento.

Em suas interações com os usuários, ao avaliar e tomar decisões, as enfermeiras, muitas vezes, verificam a necessidade de encaminhar a outro profissional ou serviço.

Senhor chega para consulta de enfermagem reclamando de dor no peito e nas costas. A enfa pergunta: “desde quando?” Ele diz: “faz tempo”. Enfa: “Você toma medicação?” “Já tomei diclofenaco”. Ele conta que sofreu um acidente na empresa em que trabalhava, que ficou com problema de coluna. Diz que fazia uma injeção vermelha, mas que agora não adianta mais. Enfa: “Sim, deve ser Citaneurin. Você tem náusea, vômito, dor de cabeça?” Usuário: “Dor de cabeça sim”. Enfa: “Quanto tempo faz que tu não faz exames?” “Faz muito tempo”. Enfa: “Vou examiná-lo”. O usuário senta-se na maca e a enfa pergunta: “está arcado assim pela dor ou por causa do problema de coluna?” “Pelo meu problema”. O usuário vai mostrando onde é a dor e ela vai examinando, com inspeção e palpação na região do tórax e abdome, levantando a camisa do usuário. Enfa pergunta: “está usando algum remédio para dor?” “Não, às vezes tomo Buscopam”. A enfa explica que ele precisa consultar com a médica, pois seu caso é mais delicado e como ele usava diclofenaco não adianta lhe dar novamente porque vai funcionar como um paliativo e vai acabar voltando a ter dor, e como faz tempo que ele não faz exames a médica vai pedir para poder avaliar [...]. (O Enf 4)

A enfermeira exerceu a escuta e demonstrou interesse na situação do usuário, o examinou, fez diversos questionamentos buscando avaliar a situação e construir uma conduta a ser implementada. Chegou à conclusão que o caso necessitava intervenção de outro profissional e, ao perceber o limite de sua competência, encaminhou ao médico. De certa

forma, ele vai à consulta médica com uma avaliação prévia da enfermeira, de que o medicamento para dor não atua na causa do problema, sendo necessário investigar por meio de exames. A enfermeira utiliza conhecimento clínico para verificar aquilo que pode atender e o que precisa encaminhar e, desta forma, a informação já vem em certa medida interpretada quando chega ao outro profissional.

Os casos mencionados anteriormente correspondem ao explicitado por Tanner (2006), em relação ao raciocínio clínico que as enfermeiras exercem, na medida em que realizam o julgamento das situações com vistas à tomada de decisão, por meio da criação e avaliação de possibilidades de cuidado, constituindo um processo interacional contextualizado com sua prática, conforme mencionam Cerullo e Cruz (2010).

Conforme Matumoto (2009), a decisão tomada explicita as concepções do trabalhador sobre o processo saúde/doença e a finalidade do trabalho. Sendo assim, a finalidade define a relação a ser construída no atendimento e surge na relação, ou seja, naquele espaço intercessor, como a resposta mais viável escolhida naquelas circunstâncias, dentro das intervenções possíveis.

Em outras situações a enfermeira busca realizar a prescrição de cuidados ou orientações, conforme os conhecimentos que possui.

Moça vem realizar a coleta do exame citopatológico com a enfermeira [...] ao fazer a coleta do exame, a enfermeira diz à usuária que ela apresenta bastante corrimento, questiona sobre prurido e a usuária responde que na semana passada sentiu e depois passou. A enfermeira explica para a usuária tomar uma xícara de chá de camomila durante 3 dias e também fazer banho de assento com um litro de água contendo uma colher de sopa de vinagre. Diz a ela que faça isso até vir o resultado do exame. Esclarece que o chá de camomila é anti-inflamatório e que não necessita tomar medicamentos sempre, pode se tratar com ervas que resolvem o problema. (O Enf 2)

Essa profissional utilizou conhecimentos sobre ervas para prescrever cuidados, com vistas à melhora de sintomas físicos, demonstrando que tem a sua forma particular de atender. Esses conhecimentos foram adquiridos em momento anterior e colocados em evidência em função do objeto de trabalho apreendido pela enfermeira.

O caso a seguir mostra que a enfermeira possui conhecimentos que busca passar para os usuários em forma de orientações de como necessitam proceder.

Uma mulher vem até a sala da enfermeira pedir um encaminhamento para nutricionista, pois tem talassemia (excesso de ferro no organismo) e refere que por isso o médico restringiu sua dieta, para eliminar os alimentos com ferro. A usuária menciona que está sendo muito difícil seguir essa orientação, pois a maior parte dos alimentos contém essa substância. A enfermeira a esclarece que o cálcio impede a absorção de ferro, então que se ela

esporadicamente comer um alimento rico em ferro que beba leite junto para minimizar a absorção. Preencheu o encaminhamento e forneceu à usuária. (O Enf 1)

A enfermeira busca orientar a usuária, compartilhando com ela informações que podem auxiliar no tratamento e no seu bem-estar.

O relato de um caso mostra que a enfermeira avalia a situação e tem a iniciativa de implementar ações com vistas a obter melhorias.

[...] uma senhora de 66 anos, ela fez preventivo aqui comigo e apareceu células alteradas, células atípicas. Primeiro apareceu amostra dessecada, que não era possível visualizar a amostra. Foi um exame, foi dois, daí não veio atipia de células e eu comecei a ficar encucada [...] com aquele preventivo dela que não dava certo nunca. Aí um dia me caiu a ficha, pedi para ela: “a senhora não é muito seca?”, porque nas amostras vinha material dessecado e tal “como é que é para ter relação?”, daí ela falou que não conseguia mais porque doía e tal, que ela estava muito seca. Aí eu resolvi dar um hormônio tópico para ela, pedi para ela usar em noites alternadas depois nós iríamos fazer o preventivo, até foi uma conduta minha assim. Aí nesse dia que eu dei o hormônio para ela e ela veio coletar o preventivo, fiz o teste de Schiler e tinha aquela área clara do Schiler positivo e eu chamei o médico, eu disse: “Olha essa área aqui não está correto, uma área clara nós teríamos que fazer uma biópsia”. Daí ele ficou assim, não queria e não queria, aí eu insisti, insisti, daí marcamos a tal de biópsia [...] veio NIC II e III. Eu peguei aquele resultado, eu fiquei triste pela mulher e corri mostrar para o médico, e disse assim “Olha aqui ó”, eu queria provar para ele que era importante ter feito aquela biópsia, que eu tinha razão [...] disse: “infelizmente para a mulher, mas olha aqui se nós não tivéssemos feito”. [...] uns dias depois a doutora do laboratório me ligou “Mas como é que deu esse resultado, o que vocês fizeram?”. [...] Eu disse “Olha nós demos um hormônio para ela, dei um hormônio tópico, ela usou”, daí o resultado apareceu, claro, melhorou a quantidade de células e tudo daí apareceu o resultado. Ela ficou impressionada sabe. Daí nós encaminhamos ela para gineco, fizeram uma coonização nela e na coonização perceberam que já estava avançado. Resumindo ela retirou todo o útero, ela teve que fazer quimio, radio [...] Para mim é uma coisa que marca, e ela diz para todo mundo que nós salvamos a vida dela e eu considero também, porque se nós não tivéssemos insistido [...] Hoje ela está bem, ela tem acompanhamento, ela continua fazendo CP aqui sempre [...]. (E Enf 10)

A enfermeira não se contentou com os exames que não davam certo e buscou uma alternativa, conforme seus conhecimentos, para solucionar o problema. Assim, foi possível descobrir um diagnóstico que necessitava intervenção imediata e disponibilizar o tratamento necessário. Esse caso mostra a importância de o profissional estar atento e pronto para buscar outras alternativas para situações que não são comuns de ocorrerem.

O seguinte incidente crítico referido por outra enfermeira expressa o surgimento de situações novas que não são cotidianas e exigem a mobilização de conhecimentos para a tomada de decisão rápida. A enfermeira foi chamada com urgência para prestar atendimento no domicílio, em função do parto de uma adolescente que ocorreu em casa.

[...] Chovia muito [...] chegamos no domicílio era muito escuro, não tinha luz dentro da casa, paupérrima, bastante fumaça, muito sujo, muito úmido e a adolescente já tinha, o bebezinho tinha nascido e ela estava [...] meio de pé do lado da cama, o nenê estava em cima da cama e

ela estava presa pelo cordão, era uma cena muito triste. Aí eu deitei a mãe no leito, massageei a barriguinha dela e tal [...] a gente conseguiu chegar até o hospital com a mãe e o bebezinho bem [...] eu fiz o que pude, pela miséria de recursos que tinha naquele momento. O que eu consegui fazer que era um trabalho que podia ser bem efetivo independente da condição que eu tinha, eu consegui manter o bebê aquecido, desobstruir vias, com minha própria mão, porque eu não tinha um pera, não tinha nada para aspirar o bebê, mantive lateralizado, então esses cuidados eu tive, de ele não aspirar, de ele não esfriar, até porque um dia de muita chuva, um dia frio. Os mínimos cuidados básicos da vida tu consegue dar, agora protocolos tu não consegue seguir, pode ter certeza [...]. (E Enf 26)

A enfermeira buscou utilizar seus conhecimentos clínicos para minimizar as adversidades, não havendo a possibilidade de seguimento de um protocolo pré-estabelecido. A prática clínica da enfermeira caracteriza-se pelo desafio da atuação para além da programação em saúde, havendo a necessidade de ampliação do olhar para as novidades que surgem da comunidade e de cada um dos usuários.

Na última década os municípios brasileiros, através das Secretarias Municipais de Saúde, vêm criando protocolos que visam organizar e regulamentar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam em serviços de atenção básica. Esses protocolos são elaborados com base em referências teóricas e necessidades/demandas da população e do serviço (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011)

No entanto, as práticas das equipes da ESF caracterizam-se por ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, direcionadas às diversas fases do ciclo vital e, muitas vezes, são guiadas por protocolos fechados que podem impedir os profissionais de visualizar uma linha de cuidado integral, voltando seu trabalho para o cumprimento de normas pré-estabelecidas (HORTA et al., 2009).

No presente estudo, em diversas situações, as enfermeiras tiveram dificuldades de seguimento de um protocolo, em virtude de situações inesperadas e singulares próprias das demandas dos usuários e famílias, e também da precariedade das condições de trabalho. Um dos aspectos que pode contribuir para a melhoria do cuidado em situações imprevistas é, a partir das situações que vão ocorrendo no cotidiano, as enfermeiras buscarem a organização de um 'kit' de recursos e materiais para prestar a assistência, caso situações similares venham a ocorrer novamente. A capacidade de prever alguns eventos pode auxiliar no atendimento.

O trecho seguinte mostra mais uma situação aguda que exigiu atendimento imediato pela enfermeira:

Temos um paciente que é diabético, um pé diabético que faz vacina e curativo na unidade sempre [...]. Um dia nós estávamos aqui na unidade daí uma filha dele chegou aqui dizendo que ele não estava passando bem em casa, aí a gente tem dificuldade com carro e tal [...]. Falei para a agente de saúde [...] “vamos descer lá na casa dele para ver como é que está,

vamos a pé mesmo”. [...] Levei o aparelho pressão, levei o aparelhinho de HGT, chegamos lá na casa dele ele estava deitado na cama [...] como ele já tinha feito uma crise antes que a gente já tinha atendido ele, então assim: cheguei, chamei pelo nome dele e ele não me respondeu, tentei movimentá-lo não teve jeito, não tinha reflexo nenhum, aí fizemos logo o examezinho (HGT) nem chegou marcar no aparelho de tão baixo que estava. [...] Eu percebi que ele estava respirando, só não estava respondendo a reflexo, a estímulo nenhum e estava com uma palidez cutânea, uma sudorese fria, aquela pele pegajosa. [...] Foi uma situação bem ruim, porque nós tínhamos descido a pé porque não tinha carro, cheguei lá o paciente estava comatoso, estava com hipoglicemia severa [...]. Não tinha como fazer nada ali na hora, a não ser o exame e encaminhá-lo direto para o hospital [...] naquele momento ele estava precisando era de uma emergência hospitalar. (E Enf 5)

Essa situação mostra que ao chegar ao domicílio o profissional não sabe o que vai encontrar, no entanto, o fato desse usuário já ter apresentado uma crise similar e ter sido atendido na unidade pela enfermeira foi um facilitador no momento de identificar a situação. A enfermeira utilizou os conhecimentos que possuía sobre a sintomatologia do quadro que o paciente apresentava, mas também utilizou o que já sabia sobre a história dele.

No trabalho das enfermeiras destacou-se o atendimento a condições agudas, o que vai ao encontro dos resultados de uma investigação que mostrou o predomínio de atendimentos eventuais na prática de enfermeiros na rede básica de atenção à saúde. Esse atendimento clínico é colocado em prática principalmente por meio da consulta de enfermagem eventual, sendo que as ações são voltadas para a busca de resolução das queixas dos usuários (MATUMOTO et al., 2012).

A importância de conhecer a história pregressa do usuário foi exaltada por outra enfermeira que relata o atendimento que fez a uma puérpera com complicações pós-parto que foi encaminhada por ela ao hospital:

[...] o médico lá (do hospital) o obstetra, essa é a grande diferença da ESF, ele não tinha noção, a dimensão que ela era usuária de crack, ele atende ela lá naquele momento para fazer a cesárea, vai embora. Então foi importante porque de alguma forma nós contribuimos para a intervenção dele naquele momento de deixar ela hospitalizada até se ajeitar para depois dar alta [...]. (E Enf 8)

Senhor chega para mostrar resultado de exames, a enfermeira analisa os exames e diz que ele está com o colesterol ruim LDL alto e que o colesterol bom está baixo. Anota no prontuário dele o resultado e orienta-o a consultar com o médico na próxima semana, pois não pode prescrever os medicamentos. Orienta quanto à necessidade de ele manter uma dieta com pouca gordura animal, dizendo que esta está presente no leite, queijo, nata, manteiga e que deve comer alimentos que contém o colesterol bom que são: abacate, nozes, amendoim. Diz que ele pode comer arroz, feijão, carne, mas não misturar muitos amidos como batata, polenta e mandioca na mesma refeição. Comer sempre salada e pode trocar o pão branco por pão de centeio. Diz a ele: “o seu pai e sua mãe são hipertensos, por isso tem que se cuidar”. Orienta-o a tomar chás como o de casca de tarumã, macela, araçá, mas que não deve misturar. Esclarece que o chá da folha de noz moscada é muito bom para baixar o nível de triglicerídeos, ele diz que tem em casa. Ela diz que infelizmente ele terá que fazer uso de

medicamentos, pois estão muito altos os valores, mas enquanto não consulta com o médico pode ir fazendo uso dos chás. (O Enf 2)

A enfermeira demonstra conhecimento sobre a família do usuário, alertando-o quanto aos fatores genéticos, informação que se mostrou uma aliada no atendimento e tratamento do usuário. Buscou minimizar as alterações nos exames com orientações alimentares e cuidados importantes, até que ele consulte com o médico.

O conhecimento que a enfermeira possui sobre a realidade das famílias, quando considerado no atendimento, pode auxiliar no desenvolvimento do trabalho, na medida em que permite atentar para questões particulares importantes de cada usuário/família, como pode ser visto no trecho da seguinte observação.

Mãe chega com criança de um ano para consultar com a enfermeira [...] vem mostrar exames da bebê. A enfermeira olha os exames e diz que os resultados deram bons, mas orienta sobre suplementação de ferro, explicando que o Ministério da Saúde recomenda isso para as crianças de 6 meses a dois anos como forma de prevenção. Prescreve sulfato ferroso, 5 ml uma vez por semana, uma hora depois do almoço.[...] A enfermeira questiona se a bebê já começou a falar, a mãe diz que ela fala tudo. A enfermeira dirige-se a mim, dizendo que necessitam acompanhar, pois o pai da menina é surdo-mudo, então devem estar sempre atentas ao desenvolvimento da criança [...]. (O Enf 2)

A seguinte observação demonstra que, durante os atendimentos, a enfermeira necessita fazer adaptações de acordo com as possibilidades dos usuários para seguirem as orientações/prescrições de cuidado:

Senhora chega para consultar com a enfermeira e refere que tem uma lasca de taquara nas costas e que está saindo secreção. A enfermeira a orienta a fazer a vacina antitetânica. Leva a usuária para o ambulatório e examina a lesão. Coloca luvas e pega o material de curativo. Aperta o local com auxílio de gazes e retira secreção. Diz que vai chamar o médico para olhar, sai da sala e chama o médico. Este chega e ambos orientam a usuária a fazer compressas quentes, a usuária diz que não pode, pois trabalha o dia todo e o médico insiste de forma enfática que ela precisa fazer. Depois que o médico sai a enfermeira pondera que ela pode fazer compressas à noite quando chegar do trabalho. Enfermeira faz o curativo e orienta que a usuária volte de 2 em 2 dias na unidade para drenar e ver como está. (O Enf 1)

Notou-se que a enfermeira adapta as orientações de acordo com as possibilidades da usuária em segui-las, aspecto importante para a construção de vínculo positivo e seguimento do tratamento. Ela busca considerar a realidade da usuária, o que pode tornar o trabalho mais difícil, tendo em vista que precisa adaptar as orientações que fornece conforme cada situação singular. A enfermeira decidiu, a partir de seus conhecimentos e avaliação, sobre o tempo que a usuária deve retornar à unidade, o que demonstra sua preocupação com a continuidade e

êxito do tratamento. Isso mostra que a enfermeira tem a sua maneira particular de atender, e que essa maneira pode promover a aproximação dela com as pessoas que atende.

Outra situação mostra a necessidade que a enfermeira tem de negociar com o usuário sobre o tratamento, considerando as possibilidades de cada um.

Chega senhor para consultar com a enfermeira, refere que quer parar de fumar e pergunta se a enfermeira pode lhe fornecer adesivos. Diz que não quer participar do grupo de fumantes, pois viaja muito a trabalho. A enfermeira explica a necessidade e importância do acompanhamento semanal, que no grupo antitabagismo ele encontrará apoio e motivação para alcançar seu objetivo. Diz que, se caso ele não possa vir às reuniões do grupo, venha até a unidade quando puder, quando chegar de viagem. A enfermeira faz questionamentos como: quando foi o último cigarro que fumou, se é portador de doenças como Diabetes e Hipertensão, se toma remédio, se tem lesões na boca, azia, problema pulmonar [...] se utiliza prótese dentária, se faz tratamento psicológico, se apresenta outros problemas de saúde, entre outros. Essas questões constam no protocolo de atendimento ao fumante. Aplica o teste de dependência, que contém uma escala de motivação para fumar e motivos que o levam a querer parar de fumar. O teste deu um nível baixo de dependência. A enfermeira explica que os primeiros dias são os mais difíceis, fornece os adesivos de 14mg (dosagem de acordo com o resultado do teste), orienta como usa e pede que ele retorne na semana seguinte, que não precisa nem marcar consulta, basta vir. (O Enf 1)

As perguntas feitas pela enfermeira constam no protocolo de atendimento ao fumante, no entanto, as situações particulares que o usuário traz exigem habilidades diferentes do que somente dominar o conteúdo do protocolo, requerendo habilidade de comunicação e adaptação das orientações à realidade da pessoa.

Isso nos remete a um dos atributos principais do papel clínico da enfermeira definido por Mendes (2010) que consiste em ter o paciente como centro do cuidado. Sendo assim, o profissional considera a pessoa atendida significativa no processo interacional, valorizando suas concepções na situação de cuidado.

A consideração das possibilidades e desejos dos usuários observada no atendimento das enfermeiras vai ao encontro das ideias de Campos (2006), de que a elaboração de um projeto terapêutico com base nos interesses dos usuários demonstra o esforço dos profissionais em realizar um cuidado adaptado/direcionado a cada situação singular, evitando generalizações, o que pode promover uma prática clínica compartilhada.

Foi possível verificar que o exercício da prática clínica das enfermeiras exige conhecimentos amplos e diversos, de caráter técnico, científico, ético e relacional, além daqueles relacionados às situações de vida e saúde dos usuários e famílias assistidos, a fim de que haja uma ampla compreensão da situação/problema/necessidade das pessoas atendidas. Esses conhecimentos são adquiridos anteriormente ou construídos na prática cotidiana, sendo

mobilizados pelo profissional conforme o objeto de trabalho, ou seja, as necessidades apresentadas para intervenção.

Ficou evidente que as enfermeiras fazem um recorte do objeto de intervenção e elaboram um cuidado de acordo com seus conhecimentos específicos. Esse resultado é condizente com o entendimento de Cezar-Vaz et al. (2010) de que os profissionais da equipe de saúde da família possuem, conforme seus núcleos profissionais, distintas linguagens do conhecimento clínico, as quais resultam das suas diferentes formas de organizar esse conhecimento em torno do objeto. Sendo assim, a enfermeira organiza seus conhecimentos de forma particular, desenvolvendo uma prática clínica própria, voltada para o indivíduo, a família e o contexto de vida.

5.2.1.2 Habilidade de comunicação

Diversas foram as situações em que a habilidade de comunicação, sobretudo a abertura de espaços de diálogo e escuta, estiveram presentes na prática clínica das enfermeiras, permeando a maior parte das ações que realizam. Serão destacados alguns desses momentos, no entanto, em diversas situações, essa habilidade de comunicação fica evidente, podendo ser visualizada na descrição dos demais componentes de sua prática clínica.

A realização da escuta sobre os relatos e queixas dos usuários mostrou ser um elemento fundamental para exercer a prática clínica, pois é por meio da escuta e do diálogo que a enfermeira raciocina sobre o caso e realiza o julgamento da situação, tomando as decisões que considera pertinentes. Em diversas situações a escuta e o estabelecimento de diálogo entre profissional e usuários mostraram-se essenciais para prestar o atendimento, fornecer orientações importantes e/ou priorizar algum caso.

Chega uma puérpera adolescente com bebê de 14 dias para puericultura. A enfermeira pesa, mede e verifica o perímetro cefálico do bebê. Conversa com a mãe sobre amamentação e esta relata que vai voltar a estudar e por isso começou a dar leite na mamadeira. A enfermeira pergunta: “que leite está dando para ele?” A mãe diz “leite de caixinha”. A enfermeira pergunta: “qual?” E ela responde: “leite desnatado”. A enfermeira orienta que o ideal é ela esgotar seu próprio leite e colocar na mamadeira, conservando em geladeira, ou então dar o leite integral, mas que este pode dar cólicas no bebê e não protege como o leite materno. A mãe diz que estava dando leite desnatado porque achou que era mais fraquinho para o bebê. A enfermeira reitera que se for para dar o leite de caixinha que dê o integral, pois o desnatado não tem nutrientes suficientes para o bebê. (O Enf 1)

Essa situação mostra o quanto o estabelecimento de diálogo é fundamental, pois por meio dele, foi possível a enfermeira realizar uma orientação importante para o crescimento e

desenvolvimento saudável da criança. Muitas vezes, os profissionais têm em mente que os usuários possuem certos conhecimentos, não abordando algumas questões, no entanto, no desenvolver da conversa, percebem a necessidade de sanar dúvidas ou dar orientações que são decisivas para a sua saúde.

Foi verificado que os momentos de realização de procedimentos técnicos são aproveitados pelas enfermeiras como oportunidades de escuta das necessidades e problemas das pessoas atendidas, os quais são de ordem pessoal, social ou familiar.

Entra na sala da enfermeira uma jovem para fazer o exame preventivo de câncer de colo uterino, dizendo que está com muito medo de fazer o exame. A enfermeira diz para ficar tranquila que é bem rápido e que precisa fazer para não ter consequências ruins depois. Fala da importância de fazer o exame todos os anos. A enfermeira questiona se a jovem faz uso de anticoncepcional, se tem corrimento vaginal, qual a data da última menstruação, se está grávida, se estuda, etc e vai preenchendo uma ficha. A usuária relata que seu pai faleceu e sua mãe abandonou os filhos, por isso é ela quem cuida dos irmãos. Diz que gostaria de estudar, mas está difícil, porque fica sobrecarregada de ter que cuidar da casa e dos irmãos. Conta sobre suas dificuldades no dia-a-dia em família, demonstrando necessidade de falar. A enfermeira a ouve com atenção, diz para ela não desistir de estudar, que é nova e vai conseguir superar os problemas. A enfermeira conduz à usuária até a maca para fazer o exame, sempre conversando, pede para ela relaxar e faz a coleta. Faz palpação das mamas e orienta-a a fazer em casa. Orienta quanto à higiene e prevenção de infecções vaginais, dizendo que é melhor usar sabão neutro e calcinhas de algodão [...]. (O Enf 1)

Nesse caso, a enfermeira não somente realizou o procedimento, mas exerceu a escuta sobre as questões familiares da usuária, buscando encorajá-la com palavras de otimismo a seguir em frente. Trabalhou aspectos objetivos sobre a prevenção do câncer de colo uterino e mama, mas também se envolveu com as questões subjetivas trazidas pela usuária.

Diante disso, Takemoto e Silva (2007) consideram que exercer a escuta nem sempre é simples, sendo mais fácil atuar frente a uma queixa de dor ou a uma doença, pois quando o profissional proporciona espaços para que ocorra o diálogo, abre uma porta para que as informações sobre a vida das pessoas, suas queixas, problemas e necessidades entrem na dinâmica do trabalho. Dessa forma, a disponibilidade para a escuta e o diálogo das enfermeiras sujeitos deste estudo confere extrema complexidade as suas práticas.

A competência da comunicação foi ressaltada como primordial entre as competências dos enfermeiros na atenção básica (WITT, 2012). Houve consenso no que diz respeito à utilização de instrumentos de comunicação pela enfermeira como forma de estabelecer relações interpessoais com a comunidade e equipe e garantir a qualidade do cuidado, destacando-se a competência saber ouvir.

A escuta é exercida pela enfermeira em diversos momentos na unidade de saúde, não somente nas consultas de enfermagem.

No corredor da unidade a enfermeira é abordada por uma senhora que diz que quer falar com ela sobre a situação de seu pai que está apresentando insônia. As duas ficam em pé em um canto da unidade e conversam. A senhora relata que o medicamento dado pelo médico a seu pai não está mais fazendo efeito, pois ele não dorme noite e dia, está depressivo e a família não sabe o que fazer. A enfermeira ouve com atenção e questiona o nome do medicamento, ela diz Urbanil. A usuária questiona se pode aumentar a dose, a enfermeira explica que somente o médico que o acompanha vai poder avaliar. Orienta a usuária a voltar à unidade no dia seguinte pela manhã que o médico estará atendendo. Diz que talvez seja necessário trocar ou inserir outros medicamentos. Depois que a usuária saiu a enfermeira me conta que essa família tem uma situação bem difícil [...] o pai dela é idoso, teve um AVC e um de seus filhos faleceu recentemente. (O Enf 2)

Mesmo no corredor da unidade, a enfermeira prestou esclarecimentos importantes à usuária, demonstrando disponibilidade para escutar e prestar orientações relevantes.

Conduta semelhante foi identificada em estudo, no qual as enfermeiras eram abordadas pelos usuários nos corredores da unidade ou na sala de espera e realizavam orientações nesses espaços, com vistas a responder ao auxílio solicitado, dispensando tempo considerável nesse tipo de atenção (NAUDERER; LIMA, 2008).

O momento de realização de procedimentos configurou-se como um momento em que os usuários podem falar de seus sofrimentos, sendo acolhidos pela enfermeira. Dessa forma, quando o usuário encontra “eco”, ou seja, obtém um retorno da enfermeira sobre aquilo que traz, aí se estabelece um momento de encontro entre profissional e usuário. Pode-se dizer que os momentos de cuidado ocorrem nas diversas situações de interação entre os profissionais e as pessoas que buscam atendimento, não ficando restritos às atividades estruturadas pelo serviço, como, por exemplo, as consultas e demais ações ofertadas. A interação, permeada pela escuta atenta e abertura de espaços de diálogo, aliada à disponibilidade de auxiliar, configuram o cuidado da enfermeira aos usuários na saúde da família.

A escuta é considerada pelas enfermeiras uma necessidade no atendimento, sendo valorizada como facilitadora da efetividade e continuidade do cuidado de enfermagem.

[...] essa cumplicidade que a gente tem que ter com o paciente, de você respeitar ele, escutar, tem algumas que chegam assim e contam a vida inteira para você [...] aquela cumplicidade que você tem que ter naquele momento da consulta, você tem que saber escutar, já escutou vinte vezes a mesma coisa, tu já sabe, mas tu vai ter que escutar pela vigésima segunda vez, para poder continuar esse atendimento [...]. (E Enf 12)

[...] tem que prestar atenção e escutar quando o paciente vai falar as coisas, se tu não tiveres atenção... (E Enf 5)

Uma das enfermeiras menciona que um colega da equipe, ao ouvir os atendimentos que presta, refere-se a ela como psicóloga:

[...] às vezes eu escuto as consultas do doutor, ele escuta as minhas né, daí sai o meu paciente e ele vem e diz assim “daí psicóloga!”, tu acabas conversando com o paciente, dando alguma orientação e tu tens que dar, não pode ficar sem falar nada. Ele brinca comigo “daí psicóloga”. (E Enf 11)

O colega provavelmente está referindo-se à escuta e ao diálogo que a enfermeira estabelece com os usuários durante as consultas. No entanto, a capacidade de escuta e a atenção dispensada não são condutas exclusivas de nenhuma categoria profissional, fazendo parte do campo de competência e responsabilidade de todos os profissionais, já que na área da saúde o objeto de atenção é o ser humano. Talvez o outro profissional esteja reconhecendo a forma própria da enfermeira prestar atendimento, destacando sua capacidade de interação.

Conforme Barlem et al. (2012) um enfermeiro qualificado possui a capacidade de comunicar-se de forma adequada e mediar relações, principalmente por estar em contato com diversos sujeitos diferentes, sejam eles usuários ou integrantes da equipe de saúde.

Os problemas familiares dos usuários são evidenciados constantemente à enfermeira. Esta responde ouvindo e acolhendo o sofrimento, buscando auxiliar no que é possível enquanto profissional.

No entanto, uma das enfermeiras apresentou dificuldades para exercer a clínica do cuidado, não ocupando muitos espaços nos quais ela teve oportunidade para atuar em seu dia-a-dia, deixando de exercer a escuta e de aproveitar os momentos de atendimento para o cuidado. Nesse sentido, os dados advindos da observação do trabalho dessa enfermeira não são condizentes com das demais. Isso foi evidenciado durante a realização de procedimentos, atendimentos de puericultura, coleta de exame preventivo de câncer de colo uterino, entre outras atividades.

Senhora vem à unidade para fazer eletrocardiograma, A enfermeira está realizando esse exame em uma sala. A usuária entra na sala e a enfermeira a recebe sorridente, pergunta se ela está bem e a usuária responde que não. Queixa-se de dores nas pernas. [...] A enfermeira realiza o exame. Usuária pergunta se para as dores que sente na coluna tem injeção. A enfermeira responde: “Tem sim, fale com o médico que ele lhe explica”. Termina o exame e despedem-se. (O Enf 3)

Muitas vezes, a enfermeira desperdiça oportunidades que poderiam ser aproveitadas para prestar orientações e/ou cuidados de enfermagem, delegando a outro profissional (médico) ou mantendo o foco na técnica, não explorando aquilo que o usuário traz.

Chega um senhor na recepção da unidade dizendo que saltou algo em seu olho enquanto estava trabalhando, a enfermeira diz “tem que pegar uma ficha para consultar com o doutor”. Ele pergunta se podem ligar para ele quando chegar sua vez, pois não pode parar o

trabalho que estava fazendo, a enfermeira então diz: “a sua saúde é mais importante!”. Ele argumenta que está colocando coberta na casa e se vem chuva dá problema. A enfermeira faz uma ficha para ele e diz que retorne em torno das 15 horas e 30 minutos (era aproximadamente 14 horas). (O Enf 3)

Nesse caso, apesar de empenhar-se em facilitar o horário para o usuário retornar, chama a atenção o fato da profissional não examinar o seu olho, não questionar o que ocorreu, como foi que aconteceu, o que ele sente... Apenas o encaminhou para atendimento médico. Inclusive a situação pode se agravar no período de espera pela consulta, não sendo prestadas orientações no sentido de minimizar o desconforto e possíveis complicações.

Durante alguns atendimentos de puericultura também foi possível observar dificuldades de aproveitar as situações para prestar orientações de enfermagem:

Chega mãe na recepção com menino (bebê) para consulta de puericultura. A técnica de enfermagem vai preencher a ficha no computador e pergunta para a enfermeira: “É para você ou para o doutor?”. A enfermeira responde: “Para os dois, mas pode colocar no nome dele”. A enfermeira solicita à mãe que se dirija até a sala. Inicia questionando: “Qual a idade do bebê?” A mãe diz: “Vai fazer 9 meses”. [...] Enquanto a mãe despe o bebê a enfermeira vai até a porta da sala e fala para a técnica de enfermagem que está na recepção “se o médico sair diz que tem mais uma para ele”. Volta e olha para o bebê dizendo: “E que lindo que você está, está grande!” Verifica perímetros cefálico e torácico com fita métrica. O bebê não chora. A mãe questiona sobre quantas consultas de puericultura são, a enfermeira responde “depende o mês, até os 6 meses é todo o mês”. A mãe diz: “ele está gripadinho”. A enfermeira diz: “fala para o doutor, ele pode dar alguma coisa”. A enfermeira pega a régua antropométrica e vai verificar a altura. Questiona: “com quanto ele nasceu?” A mãe diz “50 cm”. Mede e verifica que deu 70 cm, fazendo anotações na carteira da criança. A mãe pergunta: “o peso dele está normal?” Enfermeira: “depois eu te mostro no gráfico”. Depois que a mãe veste o bebê a enfermeira mostra a ela a curva da relação entre peso e altura que consta na carteira e diz que está normal, se oferece para auxiliar a mãe a guardar as coisas na sacola, ajuda e despede-se, dizendo para aguardar o médico. (O Enf 3)

Chega outra mãe com criança para consulta de puericultura. A enfermeira questiona a idade da criança e diz dirigindo-se ao bebê “oi, mas tu estás grande né”. Mãe retira a roupa do bebê em cima da maca. A enfermeira verifica rapidamente perímetros cefálico e torácico com fita métrica, dizendo ao bebê: “só um pouquinho”. Pedes que a mãe o coloque na balança. Diz: “oito quilos”. Verifica a altura com a régua antropométrica. Registra os valores na carteirinha, preenchendo a curva de peso e altura. A mãe pergunta se hoje a bebê só tem a vacina da hepatite para fazer e a enfermeira diz que sim. A profissional diz: “ela está dentro da curva normal, depois ele (médico) vai te explicar direitinho”. Saem da sala. A enfermeira com os prontuários das crianças em mãos, diz ao médico que está sentado na recepção: “tem duas”. Leva os papéis até a sala de atendimento médico. O médico levanta-se e vai atender. (O Enf 3)

Nessas ações de puericultura fica evidente que a enfermeira perdeu valiosas oportunidades para prestar orientações em relação à saúde da criança que são próprias do campo da enfermagem, reforçando à mãe que o médico é que vai esclarecer as dúvidas. Não explorou as informações e questionamentos trazidos pelas mães, nem forneceu retorno sobre

as questões que mencionaram. Diante disso, verificou-se que o foco do atendimento ficou na realização do procedimento de avaliação do crescimento da criança. Isso contribuiu para a dificuldade da própria enfermeira identificar e assumir o seu papel de cuidado na equipe, construindo sua identidade profissional por meio do diferencial de seu trabalho, o que pode ser identificado nas ações de outras enfermeiras, as quais mostraram como é agir e pensar de acordo com seu núcleo de competência.

Dados de pesquisa mostram que, ao referir-se aos cuidados prestados na ESF à criança menor de um ano, uma enfermeira relata que durante o atendimento não interage com o bebê, fica concentrada em desenvolver a técnica e obedecer ao que é normatizado, como pesar, medir e dar orientações à mãe sobre amamentação. Os profissionais da equipe têm como principal objetivo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças, porém não consideram a necessidade de fornecer orientações antecipadas que permitam a identificação de possíveis sinais de distúrbios em relação ao desenvolvimento (VASCONCELOS et al., 2009).

Peña, Almeida e Duranza (2006), ao analisarem o processo de trabalho das enfermeiras no cuidado à criança sadia em uma instituição do México, identificaram que as enfermeiras desperdiçam um grande número de oportunidades para conhecer e responder dúvidas e preocupações dos acompanhantes da criança, sendo sua prática centrada na realização de procedimentos, o que dificulta a produção de vínculo nas relações.

Apesar dos profissionais reconhecerem as particularidades das mães das crianças atendidas não utilizaram essas informações para prestar um atendimento personalizado, ou seja, esse conhecimento não modificou a forma de prestar assistência. As consultas de enfermagem eram sistematizadas conforme protocolo e realizadas rapidamente, havendo pouca interação entre a enfermeira e a mãe. Nas consultas aos menores de um ano era realizada a verificação de peso, altura, perímetros cefálico, torácico e abdominal, revisão da carteira de vacinação, análise da relação entre as medidas de peso e altura, registro de dados no prontuário e encaminhamentos pertinentes, entre outras ações (PEÑA; ALMEIDA; DURANZA, 2006).

As enfermeiras preocupavam-se em obter informações sobre o crescimento e desenvolvimento da criança com o intuito de preencher o prontuário com esses dados e não proporcionavam um espaço para que as mães expressassem suas dúvidas e necessidades no cuidado de seus filhos (PEÑA; ALMEIDA; DURANZA, 2006).

O estudo de Schimith e Lima (2009) também detectou que, na ESF, as enfermeiras perdiam ocasiões importantes para realizar consultas e fortalecer o vínculo com as pessoas

atendidas. Esses resultados mostram a falta de interação entre as enfermeiras e os usuários e um atendimento centrado em aspectos técnicos, apresentando convergência com os deste estudo, na medida em que a enfermeira desenvolve ações rotineiras, muitas vezes, despersonalizando o cuidado em função disso e deixando de dar orientações fundamentais. No entanto, não foi essa prática que predominou entre os sujeitos.

Autores ressaltam que, em alguns momentos, as enfermeiras conseguiram produzir um trabalho criativo, de acordo com seu autogoverno, em direção ao atendimento das necessidades das pessoas, especialmente quando a assistência foi prestada à mãe durante a gestação e posteriormente à criança (PEÑA; ALMEIDA; DURANZA, 2006), demonstrando a contribuição do vínculo entre profissional e usuários para o atendimento.

Destaca-se que a atenção à saúde da criança prestada pelos enfermeiros tem como foco o desenvolvimento de ações que geram impacto nos indicadores de morbidade e mortalidade e têm influência na qualidade de vida das crianças e suas famílias. Essas ações incluem: consulta de enfermagem em puericultura, visita domiciliar ao recém-nascido e a crianças com necessidades especiais, imunização, monitoramento de crianças com baixo peso, prescrição de terapia de reidratação oral e de aerosolterapia, entre outras (XIMENES NETO et al., 2011), demonstrando a multiplicidade de ações que envolvem essa área de trabalho da enfermeira.

No caso deste estudo, é importante destacar o contexto do atendimento, já que permite visualizar aspectos considerados importantes para a compreensão do cuidado prestado pela enfermeira. A sala de puericultura tem uma maca, um balcão com uma balança em cima e outro balcão onde fica a régua antropométrica, no qual é feita a aferição. Não há uma mesa com cadeiras para que a mãe possa sentar-se e conversar com a enfermeira. Na verdade é uma sala para a verificação das medidas de peso, altura, perímetros cefálico e torácico da criança. Esse ambiente pode dificultar a interação entre a profissional e os usuários. No entanto, essa dificuldade pode ser superada, tendo em vista que ao analisar a prática das demais enfermeiras observadas foi identificado que os momentos de cuidado têm como base o encontro entre profissional e usuários, independente das condições externas.

Nesse sentido, a seguir, são evidenciadas situações de atendimento à mulher durante a coleta de exame preventivo de câncer de colo uterino e mama.

Senhora entra na sala de coleta de exame preventivo, a enfermeira pede que a entregue o cartão SUS e a carteira de identidade, pergunta se ela fez o exame no ano passado, se menstrua, se toma hormônios, se tem sangramento. Ela diz que não tem sangramento, mas que estava com uma alergia na pele, a enfermeira diz que isso não tem nada a ver, pedindo que a usuária vá retirar a roupa na área coberta por biombos. [...] A enfermeira faz a coleta rapidamente e depois pede que a usuária coloque as mãos atrás da cabeça para fazer a

palpação das mamas. Pergunta: “quando foi a última vez que a senhora fez mamografia?” e ela diz que acha que foi no ano passado. “Para quem a senhora mostrou?” “Para o doutor” (da ESF). A usuária veste-se enquanto a enfermeira preenche alguns papéis. Enfermeira diz: “Dona Fulana seu colo está bem limpinho!” “A Ciclana (agente de saúde) tem ido lá?” A usuária responde: “sim, foi ela que me falou que tinha que vir de novo esse ano”. A enfermeira fala: “daqui um mês está pronto, qualquer coisa mando por ela (ACS) se precisar lhe dar alguma coisa”. Despedem-se. (O Enf 3)

Senhora chega para fazer exame, enfermeira preenche dados no formulário, fazendo alguns questionamentos: se menstrua, se sente calorões, se tem coceira, sangramento, corrimento. A usuária responde não para todas as perguntas, mas diz que sente uma dorzinha na bexiga. A enfermeira fala sobre a necessidade de a senhora fazer mamografia, para ela vir marcar e trazer os documentos. Realiza a coleta do citopatológico. [...] Faz a palpação das mamas e diz que está pronto. Usuária veste-se. Enfermeira diz: “mais um mês eu entrego para a Fulana (agente de saúde) lhe dar o resultado”. Despedem-se. (O Enf 3)

Nas duas situações descritas chama a atenção o fato da enfermeira não buscar investigar e dar retorno para as queixas das usuárias, não levando em consideração alguns de seus relatos, como uma delas que refere alergia na pele e outra que diz sentir dor na bexiga, ambas as informações são ignoradas. Essas questões que surgem estão fora do roteiro traçado pela enfermeira e talvez isso gere insegurança nessa profissional. Essa insegurança pode ter relação com a fragilidade de conhecimentos científicos que permitam a análise dos sintomas citados, desmotivação para o trabalho, entre muitas outras. No entanto, é importante, mais do que a efetiva resolução do caso, a escuta e consideração deste no cuidado, sobretudo em função da necessidade de encaminhamento aos demais profissionais da equipe.

A seguinte observação explicita outra conduta de uma enfermeira (sujeito 2) na realização do mesmo tipo de procedimento.

Senhora chega para fazer exame preventivo dizendo que fez mamografia há um ano e a enfermeira diz que ela necessita marcar novamente este ano [...] Enfermeira pergunta se está tudo bem, sobre os sintomas da menopausa, se tem dor. A usuária diz que está tudo bem. Inicia o exame pela palpação das mamas e pergunta sobre o resultado da última mamografia, falando sobre a importância de ela fazer o autoexame uma vez por mês. Ao posicionar a usuária na maca, a enfermeira observa as suas pernas e questiona sobre as varizes que está visualizando, se sente dor. A usuária diz que já fez cirurgia, mas que não estão incomodando. A enfermeira faz a coleta do material, diz que percebeu que a sua bexiga é caída e questiona quantos e tipo de partos que teve (5 normais) e se há perda de urina. A usuária diz que perde urina somente quando tem tosse. A enfermeira esclarece que se isso a incomodar ela pode consultar com o ginecologista. (O Enf 2)

Apesar de o atendimento ter como foco a coleta de citopatológico, a enfermeira não deixa de observar e considerar demais alterações que possa perceber, nesse caso, na pele da paciente e na condição de sua bexiga. Dessa forma, faz perguntas para esclarecer a situação e busca orientar com o objetivo de minimizar o problema. Esse atendimento contrasta com os dois que foram mencionados anteriormente, mostrando que a enfermeira tem potencial para

exercer uma atenção ampliada, a qual, neste estudo, mostrou-se preponderante em sua prática clínica.

Em alguns momentos, uma das enfermeiras demonstrou certa insegurança para atuar, situação que parece estar relacionada a questões de dificuldade de autonomia na equipe, o que pode ser visto no seguinte excerto da observação.

Chega na recepção uma moça com seu filho, um menino que cortou a perna. A enfermeira pede que a mãe vá até a sala de curativos, acompanha-os até lá, pede que deite na maca e examina o corte. Pega um pacote de curativo, coloca uma luva na mão direita e limpa o ferimento com gaze e solução fisiológica. A enfermeira diz “aguardem que o doutor vai olhar, talvez precise suturar”, sai da sala e chama outro paciente, um senhor idoso que estava com o pé enfaixado. O senhor entra na sala de curativos e ela pede que ele sente em uma cadeira, apoiando seu pé em uma escadinha. Nisso o médico entra na sala acompanhado da técnica de enfermagem. Esta olha o corte na perna do menino que está deitado na maca e diz: “não, não vai precisar fazer pontos”, limpando o ferimento. O médico diz para colocarem apenas um micropore. Nesse tempo a enfermeira retirou a faixa do pé do senhor e pede que o médico veja se já pode retirar os pontos, ele diz que ainda não. A enfermeira procede o curativo com solução fisiológica e passa uma gaze embebida em PVPI, fechando com gaze e atadura. [...] Depois vai colocar o material de curativo para lavar e me diz que não retira mais pontos sem perguntar ao médico, pois uma vez tirou e ele não gostou. (O Enf 3)

A enfermeira enfrenta algumas dificuldades de autonomia, havendo certa autoridade do trabalho do profissional médico na equipe. Além disso, por diversas vezes a enfermeira relatou que os usuários só aceitam consultar com o médico, mas em diversos momentos ela parece reforçar essa dependência quando orienta que falem com ele, sem buscar dialogar, esclarecer ou orientar com o seu conhecimento.

Na realização de procedimentos e demais atendimentos a enfermeira tem acesso a informações importantes sobre a saúde dos usuários, pois eles relatam espontaneamente a ela suas dificuldades. Ao exercer a capacidade de escuta e comprometer-se com o que o usuário menciona como necessidade a enfermeira viabiliza o acesso desse usuário ao atendimento dos demais integrantes da equipe de saúde, pois faz um julgamento da situação, verificando aquilo em que pode intervir e o que extrapola sua competência profissional. Sendo assim, ao considerar as demandas que a pessoa traz, a enfermeira pode atuar como uma facilitadora do atendimento.

5.2.1.3 Criação de vínculo positivo e de confiança

Ficou evidente na prática das enfermeiras a criação de vínculos positivos com os usuários e famílias, devido ao trabalho contínuo no território e à abertura do profissional para

estabelecer proximidade com as pessoas que atende, comprometendo-se com a busca de resolutividade da situação.

A seguinte observação expressa essa questão:

Senhora que está realizando tratamento de câncer em outro município chega para consultar com a enfermeira [...]. Conta que foi solicitado a ela um exame para diagnóstico de trombose na perna. A usuária me olha e diz que sempre vem perguntar para a enfermeira como são feitos os exames pois “lá” (no outro município) não explicam, então ela sempre vem porque tem confiança na enfermeira. A enfermeira digita no computador que está em cima de sua mesa e procura na internet como é feito o exame para trombose. Informa à usuária, dizendo que é bem tranquilo esse exame. A usuária reclama do transporte que a leva para as consultas em Ijuí. A enfermeira então diz que vai verificar o problema e agendar a próxima viagem para ela. A usuária conta sobre o albergue que fica no outro município [...] A enfermeira ouve com paciência os longos relatos da usuária. Depois que a usuária despede-se e sai, a enfermeira me conta que foi a partir de um exame de mamas feito na unidade que foi diagnosticado CA de mama. Diz que a usuária já fez quimioterapia e que agora iniciará radioterapia. No dia seguinte a enfermeira telefona para a usuária dizendo que agendou o carro para ela ir consultar em outro município. Explica a ela sobre o dia, o horário e os documentos que precisa levar. (O Enf 1)

Essa situação demonstra o comprometimento da profissional, dando os retornos conforme foi combinado. Certamente essa conduta gera vínculos de confiança entre a enfermeira e a usuária. Essa cena também evidencia que o cuidado da enfermeira não se restringe à resolução de problemas relacionados aos sintomas físicos que a usuária apresenta, mas também ao apoio na resolução de dificuldades diversas, auxiliando e facilitando a sua vida.

Esse caso foi relatado pela enfermeira na entrevista:

[...] ela vinha fazer preventivo [...] veio um dia com dor na mama, a gente solicitou mamografia, daí deu positivo, ela não queria vir, até a gente conversou com a filha, foi por meio da filha que encaminhamos depois para a biópsia [...] Depois ela fez cirurgia, continuamos acompanhando [...] a gente não deixou de acompanhar ela um minuto, tanto desde o diagnóstico, desde suporte emocional, suporte para a família durante o tratamento, e até hoje ela tem aquele vínculo de vir sempre na unidade para tirar alguma dúvida [...]. (E Enf 1)

A interação entre a paciente e a enfermeira mostra que foi construído um vínculo positivo entre ambas, sendo que a usuária demonstra muita confiança na profissional que lhe fornece apoio em diversos momentos.

Um aspecto que chamou a atenção foi o fato de que algumas situações, como a apontada acima, foram observadas no cotidiano das enfermeiras e mencionadas por elas na próxima etapa de coleta de dados por meio de entrevistas, sendo que essa retomada potencializou a compreensão sobre a forma com que vivenciaram e percebiam a situação, auxiliando na análise dos dados.

O reconhecimento dos usuários em relação ao trabalho da enfermeira fica evidente em diversos relatos, explicitando a criação ou existência prévia de um vínculo positivo.

[...] eu estava na sala de vacina, a mãe chegou e me disse: “o médico me ligou de Porto Alegre agora, que nós estamos indo amanhã para Porto Alegre e se você puder ir junto, ele vai liberar para fazer aqui novamente (uma medicação) porque está dando tudo certo”. Eu disse: “Meu Deus, e agora!” E daí ela disse assim: “E eu só confio em você!” Eu disse: “Bom, então tá, então tu vai ali na Secretaria, veja, marca o carro, a viagem, que eu vou junto” [...]. (E Enf 15)

[...] chega aqui ela (usuária) quer falar comigo [...] confiança eu acho né, é o vínculo que a gente diz, ela vem direto ou senão eu escuto ela dizer que quer falar com a enfermeira. (E Enf 5)

[...] Quando ele (usuário internado por alcoolismo) fugiu da clínica ele veio no posto me procurar, então quer dizer que algum vínculo ele já tinha, ele já confiava no trabalho que a gente oferecia aqui. (E Enf 6)

[...] tem pacientes que nos procuram “Fulana hoje eu quero falar contigo”, beleza, vamos lá, entra na sala vamos conversar, tem vários que fazem isso. Por que? Porque a gente começa uma outra caminhada, uma outra cumplicidade. Aqui tem vários casos de pessoas “eu quero conversar contigo, nem vou conversar com o médico porque tu vai me resolver”. (E Enf 12)

Os seguintes trechos evidenciam que o vínculo estabelecido faz com que os usuários busquem auxílio com a enfermeira, tendo em vista a proximidade que estabelecem com ela.

Usuária chega trazendo exames para a enfermeira olhar. A enfermeira a recepciona em sua sala, chamando-a pelo nome. A usuária mostra resultado de exames, dentre eles o de glicose e o de gravidez que deu negativo. Pergunta à enfermeira se deve leva-los para mostrar à ginecologista, a profissional diz que sim. A enfermeira vai olhando os exames e traduzindo as informações para a usuária. Diz que a mamografia ela tem que repetir em seis meses. A usuária diz que quer saber a opinião da enfermeira, se ela vai a ginecologista mostrar o resultado ou mostra para o médico da unidade que também é ginecologista. A usuária diz: “Me diga, pois você é a minha enfermeira de confiança!” Então a enfermeira diz que não tem problema se ela vier com outro médico, pois não deu alteração grave. (O Enf 2)

[...] se é uma dúvida alguma coisa eles sempre vem no enfermeiro. Ou quando é alguma coisa mais séria também que eles não sabem se pode ser aqui, se tem que ir para frente, eles geralmente vem. Ou algum problema familiar, ou alguma coisa que eles não sabem o que é, eles procuram [...]. (E Enf 1)

A enfermeira exerce o papel de conselheira sobre o que os usuários devem fazer, eles a vêem como uma pessoa que pode lhes dar orientações sobre como devem proceder em relação a sua saúde.

Em consonância com esses achados, estudos evidenciaram que o atendimento dos usuários pelo mesmo profissional pressupõe uma aproximação, havendo maior formação de vínculo quando os profissionais conhecem e são conhecidos pelos usuários, que lhes

procuram diante de alguma nova situação ou para esclarecer dúvidas (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; PONCE et al., 2011).

As enfermeiras atribuem a criação de vínculo ao tempo de trabalho na unidade e ao fato dos usuários frequentarem a unidade seguidamente, gerando um convívio próximo com os profissionais.

Seis anos são bastante coisa, cria um vínculo, se tu me pedires de qualquer paciente do meu território eu sei te dizer até que medicação ele usa [...] eles vem bastante, eles procuram bastante a unidade, principalmente esses que são usuários de medicação contínua. Então a gente cria um vínculo mesmo sem querer (risos). Já vem reto na gente pedir as coisas [...]. (E Enf 14)

[...] hoje peguei um prontuário, eu fiz vinte preventivos na criatura, porque tinha que ficar acompanhando, daí ela disse “é, tu já sabes da minha história né” [...]. (E Enf 12)

Para Starfield (2002) o acompanhamento da pessoa por um profissional de referência fortalece a relação interpessoal e pode proporcionar um atendimento mais eficaz, na medida em que facilita a participação do usuário no tratamento e a avaliação do profissional sobre a evolução dos problemas encontrados em consultas anteriores.

A capacidade de criação de vínculos positivos ficou explícita na prática das enfermeiras, contribuindo para que seja procurada constantemente pelos usuários.

Os resultados apresentados anteriormente confirmam um dos pressupostos do estudo de que a prática clínica permeia as ações de assistência que a enfermeira realiza na ESF, tendo em vista que, no trabalho cotidiano, a enfermeira necessita mobilizar conhecimentos e habilidades próprias que direcionam as formas de atendimento, exercitando o raciocínio clínico e a tomada de decisão continuamente.

Ao analisar os componentes da prática clínica, verifica-se que, no desenvolvimento do trabalho, as enfermeiras produzem não somente bens/serviços concretos, mas relações e subjetividades, com vistas a atender às necessidades dos usuários. Pode-se dizer que esse aspecto faz com que a enfermeira destaque-se na equipe, pela sua capacidade de comunicação, escuta, ou seja, habilidade para relaciona-se. A diversidade dos instrumentos e a forma com que são utilizados dão conta de um objeto ampliado.

Sendo assim, a integração dos componentes da prática clínica da enfermeira permite que exerça a clínica do cuidado, ou seja, uma clínica própria que expressa a sua forma de agir, que é específica de sua profissão, e que tende a ampliar a visão sobre os aspectos biológicos das doenças para a multiplicidade de dimensões que fazem parte da saúde das pessoas.

Estudo sobre o desempenho de enfermeiras na ESF mostrou resultados similares, sendo verificada uma nítida ampliação da clínica no processo de trabalho dessas profissionais, destacando-se a valorização do outro (trabalhador, usuário/família), a responsabilização, a busca pela autonomia do usuário, entre outros aspectos fundamentais para a consolidação do SUS (KAWATA, 2011).

5.2.2 Enfermeira: profissional de referência para os usuários

Esta subcategoria evidencia que, muitas vezes, a enfermeira configura-se como a profissional da equipe mais acessível aos usuários, em virtude da função de acolhimento que realizam, na qual a disponibilidade e a capacidade de escuta são elementos fundamentais. A enfermeira intermedia o primeiro contato das pessoas com a unidade de saúde e, portanto, é ela quem avalia a situação e toma decisões sobre a necessidade e o tipo de intervenção. Nesse momento ocorre um processo que envolve o julgamento das situações dos usuários, a tomada de decisão sobre as intervenções ou encaminhamentos a serem realizados e a realização das ações. Por isso, a enfermeira atua com um filtro que canaliza as demandas e necessidades de saúde dos usuários, o que lhe exige conhecimentos e habilidades diversos, além de iniciativa e comprometimento.

Em diversas situações, a enfermeira representa a chance de atendimento do usuário, o socorro de que precisa naquele momento, alguém que pode interceder por ele, garantindo acesso aos demais serviços ou profissionais de saúde para a realização de um atendimento de urgência, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, entre outros.

Uma criança que chegou ela estava sempre com infecção em cima de infecção, com pneumonia, com diarreia, e mal [...]. E ela vinha e voltava, até um dia que eu disse para um profissional que trabalhava conosco, quem sabe a gente pede teste de HIV [...] ele achava que não, que não podia e eu disse “mas doutor não custa nós pedirmos” [...]. Fizemos teste nela deu positivo, ela entrou com retroviral, está usando até hoje, a carga viral dela está ótima [...] essa criança teria morrido, ela provavelmente ia morrer de pneumonia ou das diarreias que ela vivia tendo e hoje ela está um mocinha bem bonita. (E Enf 13)

Nós tínhamos um paciente [...] na perna dele começou a se abrir, abriu uma ferida era toda a extensão do joelho para baixo no pé [...] começou a ter uma necrose muito grande. A gente ia lá todo dia, aí acabamos passando para o especialista [...]. Aí eu vi a importância do enfermeiro, porque a gente vinha aqui e relatava “doutor está assim”, só que eu acho que ele não imaginava que estava daquele jeito, quando a gente [...] trouxe o paciente até aqui, fez essa coisa, esse meio campo que é o nosso trabalho, o doutor na hora passou para o especialista. [...] Como a gente viu que não estava resolvendo e cada vez estava ficando pior daí a gente... e ele internou agora está fechando, está menor [...]. Tive que trazer, que mostrar “olha aqui ó”, às vezes só falar não basta, tu tem que ter uma atitude a mais. Ele não perdeu

a perna, mas ele poderia ter perdido se demorasse um pouco mais pelo que a doutora falou. (E Enf 20)

[...] um dia eu disse vou ir antes lá no posto porque eu quero organizar umas coisas [...] tinha uma senhora com um gurizinho ali na porta do posto [...] A mãe não falou nada, eu cheguei disse “boa tarde” e ela me disse um boa tarde assim..., eu disse “o que foi, está aqui já?” Ela me disse: “Ele não está bem”. “Vamos entrar, vamos ver o que que tem”, já botei o termômetro. [...] Liguei para a pediatra e disse “ó doutora a criança está com 38 e pouco de temperatura, não está se sentindo bem, está icterico, está tremendo de frio”, a doutora me passou o que era para ir fazendo. Daí eu fui fazendo esses cuidados, fiz medicação na veia. A criança foi encaminhada para fora fui eu que o acompanhei na viagem. [...] Eu podia ter chegado, ter passado e feito que não vi, porque não estava no meu horário [...]. Vi a família com a criança, acolhi [...]. Talvez se eu não tivesse chegado [...] podia ter ocorrido alguma complicação mais grave. (E Enf 24)

Esses casos demonstram a importância da enfermeira estar sempre atenta aos atendimentos que presta, avaliando constantemente as situações por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos, os quais aplicados de forma adequada são capazes de prevenir agravos, diminuir riscos e minimizar sofrimentos. Verificou-se que aliado aos conhecimentos que possuem, as enfermeiras disponibilizaram-se para o atendimento, ou seja, mostraram estar sensibilizadas para enxergar as necessidades das pessoas, envolvendo-se com a situação e buscando resolvê-la.

As enfermeiras buscaram a resolução dos casos por meio da realização de articulações com os demais profissionais e serviços. Isso também ficou evidente em estudo de Nauderer e Lima (2008), no qual as enfermeiras que atuavam em unidades básicas de saúde de Porto Alegre-RS, em função do seu papel de articuladoras frente às demandas dos usuários, eram referência inclusive para os outros componentes da equipe.

Outra situação ocorrida durante uma visita domiciliar demonstra os desafios da atuação contínua no território e o quanto isso pode ser um fator decisivo para o auxílio às pessoas e suas famílias.

[...] nós estávamos chegando para fazer uma visita eu e a agente de saúde, chegamos lá o pai estava estuprando a filha [...] a gente chamou o conselho, ele foi preso. [...] a menina foi para a casa de passagem [...]. Me marcou de uma forma assim, porque que a gente de repente não viu isso antes, porque a mãe vinha sempre com a criança aqui, vai saber desde quando... imagina a menina tinha 6, 7 anos. Lembro até hoje disso. (E Enf 13)

Devido ao trabalho na comunidade, os profissionais presenciam diversas situações, inclusive de violência, sobre as quais necessitam intervir. Estudo de Ximenes Neto et al. (2011) revelou que, no cenário da ESF, a enfermagem tem assumido demandas sociais próprias da organização, mobilização e vivência da comunidade, como as situações de violência familiar contra crianças.

Uma das tarefas do profissional de saúde da família consiste no enfrentamento da violência e seus reflexos, buscando prevenir essas situações ou minimizar sequelas. O fenômeno da violência configura-se como um problema social, portanto, o profissional de saúde, especialmente aquele que atua na atenção básica, necessita fazer a articulação com a rede de proteção aos usuários em situação de violência. Para tanto, é necessário que existam redes de apoio direcionadas ao profissional, no sentido de diminuir a insegurança de atuar frente aos casos de maus-tratos e incrementar a notificação dos mesmos (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Conforme investigação, os profissionais que atuavam na ESF, dentre eles os enfermeiros, mencionaram a necessidade de conhecer o contexto de vida das crianças atendidas, pois as más condições de existência e a privação de direitos básicos eram parte importante dos problemas de saúde enfrentados. Assim, apesar de muitas doenças terem sido erradicadas e da diminuição das taxas de mortalidade, muitas crianças vivem em situação de miséria e estão sujeitas a condições de risco (VASCONCELOS et al., 2009), incluindo as questões de violência a que estão expostas.

Pesquisa que analisou o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos, enfermeiros e dentistas da ESF revelou que os enfermeiros foram os que mais conheciam a ficha de notificação e sabiam de sua existência na unidade, sendo também os profissionais que mais se depararam com casos de maus-tratos em sua prática (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010).

Sendo assim, a atuação das enfermeiras apresenta destaque inclusive nos casos de violência, demonstrando o papel fundamental que exerce frente às demandas sociais da comunidade e confirmando a sua competência de canalizar demandas e realizar articulações para a resolução dos problemas e necessidades de forma ativa.

O seguinte incidente crítico demonstra que a enfermeira sente-se responsável pelo atendimento das pessoas que buscam a unidade, tendo em vista realizar a avaliação do caso.

[...] a gente tinha um paciente que surgia no posto, ele aparecia de vez em quando, sempre bêbado [...] paciente bêbado com certeza médico não atende, dentista não atende, a enfermagem tem que acolher porque né, então passava para a consulta de enfermagem. Não falava coisa com coisa, sempre queixa, um dia dói aqui, um dia dói ali, só chora. Aí foi a primeira, foi a segunda e a gente começou a fazer a rede, então vamos ligar para o Fulano (psiquiatra), vamos ligar para o pessoal da Saúde Mental para ver como a gente pode ajudar. [...] sabe quando o paciente decide parar e ele veio pedir ajuda um dia que não estava bêbado. Aí a gente conseguiu encaminhamento com a Secretaria [...] ficou internado pela última vez agora em janeiro [...]. A gente solicitou exames ele nunca fez. Quando ele retornou (da internação) a gente solicitou tudo novamente e aí investigando dava bem para ver que os sinais que ele tinha tudo levava a crer que era uma tuberculose, ele tinha aquela tosse

sempre, aquelas dores, e quando ele voltou da clínica voltou muito mais emagrecido, então parou de beber a gente imagina que vai comer mais e, muito pelo contrário. A gente solicitou todos os exames, ele fez o BK, o escarro que deu negativo, a gente pediu raio X que sugeriu uma tomo [...] deu reator, tuberculose. [...] a gente começou tratar a tuberculose dele e ele era fumante, então agora em abril a gente começou também com o trabalho para ele parar de fumar. [...]ele está melhorando, perdeu uns quilos no início agora já está indo para o segundo mês ele já recuperou, não teve muito efeito colateral, então é um acompanhamento nosso, a tuberculose não é uma coisa que a gente atende tantos como hipertenso e diabético, mas é uma vitória, cada dia que ele vem é uma vitória porque ele não bebeu, porque ele não fumou [...]. (E Enf6)

No cuidado ao doente de tuberculose na ESF, investigação evidenciou que a enfermeira foi a profissional de referência para os usuários, sendo a primeira a ser procurada e a prestar atendimento. Assim, ela desenvolve ações que agilizam o processo de diagnóstico e tratamento, com a realização de cuidados e encaminhamentos pertinentes. A enfermeira exerce liderança sobre as ações de cuidado aos doentes de tuberculose na equipe e isso fortalece o estabelecimento de vínculo, favorecendo a terapêutica pelo conhecimento das necessidades e problemas dos usuários (SÁ et al., 2012). Outras pesquisas também apontam que a enfermeira é quem mais estabelece vínculo com o doente de tuberculose (BRUNELLO et al., 2009; GOMES; SÁ, 2009).

Para Sá et al. (2012), ao mesmo tempo em que isso mostra o protagonismo da enfermeira e reforça a importância da sua atuação na ESF, especialmente no atendimento aos doentes de tuberculose, traz à tona fragilidades em relação ao trabalho multiprofissional convergente à definição da integralidade em saúde, que pressupõe a integração dos trabalhadores e de seus processos de trabalho em torno do usuário

As principais ações realizadas pelas enfermeiras no cuidado ao doente de tuberculose estão relacionadas à busca ativa, diagnóstico, tratamento e notificação dos casos. Pesquisa apontou que as enfermeiras demonstram preocupação com os sintomas da tuberculose, mas não consideram as condições de vida e situação familiar das pessoas atendidas (SÁ et al., 2012), resultado que diverge dos encontrados neste estudo.

Chama a atenção o fato de a enfermeira mencionar que quando chega um usuário alcoolizado na unidade este é direcionado para o atendimento de enfermagem, sendo avaliado por ela. Os motivos para que isso aconteça são explicitados a seguir:

[...] aqui no posto a gente sempre conversa que se o paciente sair da porta para fora não vai ser uma exclusão da enfermagem, o médico pode se negar, o dentista pode ter as justificativas dele, mas nós vamos prestar o primeiro atendimento, passar na triagem, vamos avaliar, se for para passar para consulta de enfermagem vai passar [...]. Porque se o paciente veio não tem ficha sair lá na esquina a responsabilidade não vai ser nossa, porque a gente quer que ele seja avaliado aqui. Então no momento que ele sair a gente vai ficar seguro que ele saiu, que não seria uma urgência, uma emergência. Como aconteceu, passou na triagem, paciente

ruim, passou para consulta de enfermagem, a gente foi passar para a médica porque era uma urgência “não eu não vou atender porque já excedeu meu número de fichas” o paciente sair, ir no outro posto, não ter médico e quando está perambulando de um posto para o outro infartar. Então assim a gente fez a nossa parte, passou para consulta médica, o médico se negou, pelo menos o nosso compromisso a gente fez. (E Enf 6)

Muitas vezes, a enfermeira é a possibilidade de ajuda para os usuários, aspecto favorecido pela sua proximidade com os mesmos, agregada à disponibilidade para o atendimento. Ela é uma profissional capaz de auxiliar para a mudança do curso da história do usuário, ou seja, contribuir para um melhor desfecho da situação. As enfermeiras demonstraram atitude, desempenhando a função de articuladoras das ações dos diversos profissionais em prol do usuário, inclusive decodificando informações importantes para a conduta em equipe. Uma enfermeira menciona que atua como facilitadora também da comunicação dos usuários com a gestão dos serviços, intercedendo por eles quando necessário:

Existem coisas que a gente sabe o caminho mais curto para fazer, às vezes eles (usuários) tem um caminho longo para chegar até o final e a gente consegue desviar algumas coisas [...] na verdade o enfermeiro está no meio porque tem o usuário, o enfermeiro e o gestor, então às vezes para o usuário chegar no gestor é mais difícil do que chegar através do enfermeiro. (E Enf 25)

O depoimento a seguir mostra as ações da enfermeira no atendimento e acompanhamento de uma família em que a mãe de um menino deficiente físico está com depressão, não faz uso das medicações e passou a agredi-lo:

[...] solicitei novamente a visita da doutora [...] passou 10 dias a paciente não foi na avaliação do psiquiatra, não estava tomando a medicação e começou agredir mais o menino. Então a família solicitou uma internação via judicial, conversei conosco, a gente acompanhou o caso, deu suporte de papelada e tal [...] a gente foi trabalhando com essa paciente a questão de internação [...] a paciente concordou em ir. No momento que ela foi eu sentei, conversei a possibilidade de quem iria cuidar do menino [...] então essa cunhada da paciente ficou com o menino que era portador de deficiência e eu sugeri que fosse buscado um turno para esse menino frequentar a APAE. Até na hora que eu solicitei eu achei que ia demorar a vaga da APAE, em vez não, no momento que ela foi internada o menino já foi recebido na APAE meio turno. [...] ele ganhou um atendimento especial para ele e ela também acabou ganhando um atendimento especial. Então eu vi uma coisa positiva. (E Enf 4)

Esse caso explicita que a enfermeira, a partir das situações que ocorriam, buscava auxiliar a família, intercedendo por ela junto aos demais profissionais e serviços. Exerceu um papel de apoio, preocupando-se com o bem-estar da família.

Parece que o acesso dos usuários e famílias à enfermeira é maior em relação aos demais profissionais que atuam na unidade, sendo ela, muitas vezes, a primeira profissional

da equipe a entrar em contato com o caso e, portanto, sua conduta mostrou ser decisiva para o atendimento adequado, determinando os rumos da assistência.

Uma enfermeira sujeito deste estudo reconhece que é referência na equipe para os usuários, sendo a primeira a ser procurada para que relatem sua situação, suas queixas, sofrimentos e necessidades.

[...] as pessoas acabam procurando a gente, não sei se é pela confiança ou porque vão vendo que teve algum fruto, algum resultado de outras pessoas e elas vão acreditando no trabalho da gente. [...] queira ou não queira quem está aqui a maior parte do tempo é o enfermeiro, as 40 horas semanais a gente está todo o tempo presente na unidade, então se eles precisam ajuda vão acabar procurando a gente, por esse espaço. Outro também é por causa da confiança, não sei se é por ter tempo de serviço né. (E Enf 2)

A enfermeira busca compreender os motivos pelos quais é referência para os usuários, destacando a questão da criação de vínculos de confiança, o fato de estarem à disposição na unidade diariamente e pelo tempo de trabalho que lhes confere experiência para atuar. Destaca ainda que um fator que pode ser decisivo é o êxito no atendimento de alguns usuários que reflete na credibilidade de seu trabalho com os demais.

Nesse sentido, pesquisa revelou que o reconhecimento do enfermeiro como um profissional acessível à população estava relacionado a alguns aspectos como: a sua jornada de trabalho diferenciada de alguns profissionais de outras categorias, estando presente por mais tempo na unidade básica de saúde; o fato de atuar em diversas áreas dentro da unidade e exercer também atividades fora dela (NAUDERER; LIMA, 2008).

Neste estudo, foram encontradas algumas situações que podem ser motivadoras da valorização da enfermeira como profissional de referência para os usuários no serviço, as quais estão relacionadas ao seu esforço em exercer a intersectorialidade e à ampla visão que possui sobre o funcionamento da unidade e do sistema de saúde.

As ações clínicas incluem questões sociais importantes que desafiam a enfermeira, exigindo a articulação com outros profissionais ou setores:

[...] tem uma moça, tem vinte e poucos anos, ela tem esquizofrenia, ela já tem um filho de oito anos, logo que eu cheguei aqui ela estava sempre em surto [...] Ela precisava tomar uma série de medicamentos, e ela não sabia, se confundia, acabava não tomando corretamente os remédios [...] Quando ela entra em surto a primeira coisa que ela tenta é tirar a vida [...] já passou por várias internações e depois disso em conjunto com o CRAS, a gente conseguiu que agora ela tome certinho os remédios, a agente de saúde visita, faz essa conferência [...] Eu fiquei responsável de cuidar das datas e de administrar a contraceptivo nela, porque ela já é mãe, ela é jovem, ela gosta de namorar, embora eu já orientei muitas vezes o uso de camisinha [...] Então para não acontecer uma outra gravidez a gente cuida bem certinho cada três meses, eu já deixo anotado na minha agenda, tem que fazer a contraceptivo na paciente para não correr o risco de ela engravidar de novo. Até porque é uma situação muito

complicada, não só para a saúde, mas social também [...] E hoje, em vista o que eu conheci ela quando eu cheguei aqui hoje ela é outra pessoa [...] conversa, sabe o que está falando, está bem limpa, bem vestida, cuida do filho e está bem contente [...]. (E Enf 18)

Esse caso mostra que a enfermeira enfrenta a vulnerabilidade social em seu trabalho e necessita articular sua prática com os demais setores para buscar resolutividade para a situação do usuário, responsabilizando-se por uma parcela do cuidado.

O envolvimento da enfermeira com as situações dos pacientes extrapola um atendimento pontual, estendendo-se ao longo do tempo, portanto, a enfermeira envolve-se com questões relativas também à busca dos direitos do usuário como cidadão. Isso fica evidente na fala de uma enfermeira que relata sobre o acompanhamento de uma mulher portadora de HIV e que apresentava crises psicóticas.

Nós conseguimos [...] a assistente social marcou perícia, eu fui com ela conversar com a assistente social do INSS, depois fui à perícia com o médico, passou na perícia, está recebendo benefício, eu disse “bem, pelo menos a gente tentou encaminhar direitinho, eu acho que é uma coisa que marca isso né”. (E Enf 15)

Outra enfermeira relata que após um atendimento de urgência a um usuário seguiu o acompanhamento do mesmo, atentando para as questões sociais da família.

E depois a gente continuou atendendo ele na unidade, fazendo curativos enfim, ele não tem dente na boca, a gente conseguiu dentadura pelo bem-estar social, a gente começou a fazer aquele estudo social todo em cima da família, conseguir alimento para eles, é só ele e a esposa dele, não recebem benefício [...]. (E Enf 5)

Foi possível verificar que, muitas vezes, os usuários vem procurar o atendimento da enfermeira por um determinado motivo, mas no decorrer da consulta trazem outras demandas, ou seja, relatam outros problemas ou necessidades físicas, sociais e familiares que nem sempre estão ao alcance da capacidade resolutiva da profissional.

Moça vem à unidade realizar a coleta do exame preventivo com a enfermeira. A enfermeira a recepciona na sala de coleta e questiona sobre resultado de exame preventivo anterior, a usuária diz que deu bom. A usuária diz que tem um pouco de dor na bexiga, a enfermeira pergunta: “tem dor para urinar?” Ela diz que não. A usuária questiona se para fazer o exame de HIV tem que pagar, a enfermeira responde que não. A usuária então conta que quer que o seu filho faça o exame. A enfermeira pergunta: “que idade ele tem?” “16 anos”. Usuária relata que lhe contaram que um homem conhecido de seu filho tem HIV e ela acha que eles andaram juntos, então quer ter certeza. A enfermeira diz para a mãe trazê-lo para consultar com ela para conversarem, que ela explica e encaminha-o para fazer o exame. A usuária desabafa contando de sua preocupação com a situação de seu filho. A enfermeira ouve e continua a consulta ginecológica [...]. (O Enf 2)

Senhora vem até a sala de atendimento da enfermeira para pedir um encaminhamento para o ginecologista, pois precisa fazer uma avaliação da sua menopausa. Enquanto a enfermeira

vai preenchendo os papéis para o encaminhamento a usuária conta a história de sua vida, sobre a perda de três filhos, a doença que passou que quase a levou à morte, dos dias que passou hospitalizada, etc. A usuária fala longamente. A enfermeira olha para ela e ouve a história, dizendo que ela é muito forte por ter passado por tudo aquilo e que vai dar tudo certo. Fornece o encaminhamento e despede-se da usuária. Depois que ela sai a enfermeira me diz: “às vezes elas (usuárias) falam bastante, mas geralmente eu não corto a conversa, é importante para elas falarem e às vezes no meio de toda a conversa tem coisas (informações) importantes”. (O Enf 1)

Observou-se que os usuários sentem-se à vontade para expor suas dificuldades às enfermeiras. Talvez isso seja resultado da integração dos componentes que fazem parte da sua prática clínica, ou seja, o exercício da escuta, a mobilização de conhecimentos, a construção de vínculos positivos no trabalho, o que pode estar facilitando a aproximação da enfermeira com os usuários e, conseqüentemente, auxiliando na resolutividade de seus problemas de saúde.

Dados similares foram encontrados em outra investigação, em que as enfermeiras eram procuradas pelos usuários para o atendimento de necessidades que, muitas vezes, extrapolavam a sua capacidade de resolução. As profissionais recebiam demandas que, não raro, diziam respeito à função de outros profissionais como psicólogo, advogado, médico e assistente social, expressando as expectativas dos usuários de que elas poderiam resolver ou encaminhar adequadamente todo tipo de problema. Essa situação fortalece o papel de articulação que os enfermeiros exercem nas unidades, mas, ao mesmo tempo gera insatisfação, tendo em vista que as enfermeiras assumem um trabalho difícil de ser mensurado, que, muitas vezes, parece indeterminado e invisível (NAUDERER; LIMA, 2008).

Ficou evidente o papel de coordenação da unidade de saúde que a enfermeira desempenha, sendo que realiza os atendimentos de enfermagem, mas também tem uma visão sobre o funcionamento e organização da unidade e os trâmites para acessar os serviços do sistema de saúde.

A enfermeira está na recepção da unidade e vai verificar a agenda da unidade, dá-se conta que a nutricionista tem uma paciente agendada que já estava passando do horário do atendimento e liga para lembrar a profissional. (O Enf 3)

A enfermeira parece ter uma visão geral da unidade e do seu funcionamento adequado. Ela envolve-se com o todo da assistência à saúde, não somente com o atendimento que presta. Essa atribuição é reconhecida também pela equipe e trabalhadores de outros serviços, como pode ser visto no trecho abaixo:

A moça da recepção chama a enfermeira, dizendo que tem uma ligação telefônica para ela, que é uma colega da ESF do centro que diz estar com um recém-nascido lá e quer saber se pode passar para consultar com a médica da sua unidade. A enfermeira atende ao telefone, questiona sobre a situação do bebê e se é da sua área de abrangência, dizendo: “ah então se é da nossa área de abrangência pode mandar”. (O Enf 4)

Uma das enfermeiras procura identificar as causas de ser a profissional responsável por coordenar o cuidado.

[...] geralmente é quem fica com a responsabilidade de gerenciar o cuidado que a gente chama, de estar encaminhando, de estar vendo quais os profissionais da equipe que tem que estar mais envolvidos, de estar vendo quais os serviços de referência. O enfermeiro geralmente é o que conhece os serviços de referência, o médico faz mais aquele atendimento específico [...] ele não está tão por dentro dos serviços que tem na rede, e o dentista da mesma forma faz mais aquele serviço que é dele. O enfermeiro como não tem um específico né, não tem uma especialidade, daí acaba que toma conta, que vê quais são os encaminhamentos, para onde tem que ir, que horas tem que ir, que horas tem que fazer cada exame [...]. (E Enf 1)

[...] A gente não exerce só o cuidado ali, a gente tem muita coisa, porque tudo sobra, dentista não está, o enfermeiro que tem que ir lá ver o que houve. (E Enf 9)

Esses depoimentos mostram que as enfermeiras atribuem a função de coordenação do cuidado ao fato de que não possuem uma especialidade determinada como os demais profissionais. No entanto, parecem ter dificuldade de perceber que têm uma formação que lhes possibilita adquirir competências para exercer essa atividade e que ela faz parte do cuidado que prestam, ou seja, de sua especificidade profissional que contempla ações para as quais é capacitada a desenvolver. Conforme Nauderer e Lima (2008) o complexo trabalho de articulação que a enfermeira realiza para o atendimento de demandas de diferentes ordens, é justamente uma particularidade da sua prática, que apresenta grande valor para o trabalho em equipe e para a atenção às necessidades dos usuários. Dessa forma, o fato de a enfermeira se envolver com o atendimento de situações em que os outros profissionais não se envolvem, não seria considerado uma indefinição de seu papel na equipe, mas um potencial que diferencia sua atuação.

Neste estudo, esse diferencial do trabalho da enfermeira é reconhecido pelos usuários que vêm procura-la para resolver seus problemas ou necessidades mais diversas:

Segunda-feira pela manhã: Uma senhora idosa e sua filha abordam a enfermeira na sala de espera para falar sobre a situação de alcoolismo na família, pois querem buscar a internação para tratamento do esposo da senhora que é alcoolista. A enfermeira ouve e diz que é necessário agendar uma consulta com o psiquiatra, pois este é o primeiro passo para iniciar o processo. A filha fala sobre ir ao Fórum para encaminhar uma internação compulsória. A enfermeira orienta primeiro a irem à consulta com o psiquiatra, dizendo para ficarem tranquilas que ela vai tentar auxiliar, vai falar com os devidos profissionais sobre o caso dele.

A senhora abraça a enfermeira e diz: “eu te amo”, demonstrando carinho e gratidão. A enfermeira sorri e diz que vai se informar sobre o processo de internação. Terça-feira de manhã: Senhora idosa retornou para falar com a enfermeira, entra na sala de atendimento e senta-se em uma cadeira à frente da mesa, a enfermeira lhe diz que falou com a assistente social e com o psiquiatra para ver o caso de seu esposo. Orienta a marcarem uma consulta e leva-lo para fazer uma avaliação. Mas diz que já vai adiantar que, conforme os profissionais, a ideia é que ele participe do grupo de apoio e tome medicamentos, em razão de sua idade ser avançada (mais de 80 anos). A usuária chora e diz: “não adianta, eu conheço ele, ele não vai ir no grupo, eu quero a internação!” Lamenta-se dizendo que está sofrendo muito com a situação do esposo, conta sobre as atitudes dele em casa quando está alcoolizado, a enfermeira diz que a entende, tentando confortá-la com palavras de consolo. Então sugere outra alternativa, que a usuária vá à consulta com a assistente social e leve sua filha junto, que relatem bem a situação. Pega o telefone, agenda um horário para a usuária e faz o encaminhamento por escrito, entregando a ela. A usuária chora e agradece imensamente a enfermeira pelo apoio, diz para Deus abençoá-la sempre, abraça e beija a enfermeira, despedindo-se. (O Enf 1)

Esse caso explicita que a enfermeira é referência para os usuários quando se trata de uma situação em que não sabem quais são os devidos encaminhamentos ou necessitam de auxílio. A enfermeira buscou fazer uma ponte, ou seja, achar um caminho intermediário entre a expectativa/vontade da usuária e aquilo que os profissionais de saúde preconizam para o caso. Exercitou a escuta, deu atenção e fez os contatos pertinentes, e, por isso mesmo, recebeu o reconhecimento da usuária, mesmo que a situação não tenha sido resolvida conforme esta esperava.

Pode-se dizer que, ao exercer as atividades de coordenação do cuidado, a enfermeira agrega conhecimentos e habilidades que a instrumentalizam para realizar as articulações necessárias para a resolutividade das situações trazidas pelos usuários. O trecho a seguir explicita a atuação da enfermeira como articuladora entre a necessidade da usuária e os meios para alcançar a sua satisfação.

A médica vai até a sala da enfermeira para conversar sobre o caso de uma moça para a qual pediu internação de emergência por risco de suicídio. A mãe da usuária solicitou ajuda, pois a moça recebeu alta hospitalar hoje [...]. A médica comenta que além de fazer uso de diversos medicamentos ela faz uso de maconha e continua com comportamento de risco. A enfermeira diz que vê a necessidade de fazer uma visita domiciliar para ver como está a usuária e que medicamentos ela está fazendo uso, então liga para pedir um carro para fazer a visita. Vai ao domicílio da moça [...] a usuária está de pijama e aparentando muita sonolência, tem dificuldade de falar, pelo efeito dos medicamentos. A enfermeira pergunta como ela está, e ela diz que quer ser internada, que não aguenta mais ficar naquela casa, que tem muita dificuldade de se relacionar com sua mãe. A enfermeira pede para ver os medicamentos que ela está tomando e o encaminhamento para o psiquiatra que o médico lhe deu. Depois de ver tudo, diz que vai providenciar os trâmites para sua internação. Usuária diz que a partir daquele horário começa sua ansiedade, pois começa a passar o efeito dos remédios. [...] A enfermeira orienta a moça a pedir para alguém de sua família levar as cópias dos documentos necessários para encaminhar a internação [...], dizendo: “nesse estado eu nem quero que tu saias de casa! Deixa que alguém leva no posto e eu vejo tudo que precisa”. A usuária diz que não aguenta mais ficar em casa e agradece à enfermeira, despedem-se. No

dia seguinte: *A usuária chega na unidade com os documentos, mas refere que perdeu o cartão SUS. A enfermeira liga para pedir a segunda via do cartão [...]. Liga para o setor de internação psiquiátrica, relata a história da paciente para a enfermeira do local. [...] Depois, diz à usuária: “dentro de 3 dias vai sair tua internação, fique tranquila”. Enfermeira recebe ligação do secretário de saúde que diz que está difícil conseguir um leito no hospital psiquiátrico. A enfermeira sugere que eles deixem a usuária em observação no hospital do município até vagar leito, já que ela tem risco de suicídio. [...] Liga para o hospital psiquiátrico e fica sabendo que haverá liberação de leito somente na quarta ou quinta-feira. Então liga de novo para o secretário dizendo que vai registrar em prontuário tudo o que encaminhou, cobrando uma solução ao gestor. [...] Logo recebe outra ligação dizendo que liberou um leito para a usuária no hospital da cidade. A enfermeira liga para a ambulância vir buscar a usuária, relatando ao motorista onde fica o domicílio da mesma. Liga para usuária, explica a situação, que ela ficará uns dias no hospital da cidade e depois será encaminhada ao outro hospital, orienta que arrume suas coisas que o motorista vai passar para busca-la no final da tarde. (O Enf 4)*

Esse caso da área de saúde mental explicita o quanto a profissional se envolve com a situação da pessoa e mobiliza uma série de esforços para a intervenção que julgou necessária no momento, mostrando que busca conhecer os trâmites para agilizar e efetivar o atendimento, o qual lhe demandou tempo e iniciativa. Essa função exercida pela enfermeira é percebida pelos usuários e, por isso, ela é acionada frequentemente.

Pesquisa bibliográfica mostrou que uma das principais atividades realizadas pela equipe de saúde da família ao usuário com sofrimento mental e sua família são as visitas domiciliares, as quais tem o intuito de acompanhar o uso correto das medicações, esclarecer dúvidas dos familiares e orientar sobre como lidar com determinados comportamentos da pessoa com transtorno mental, buscando incluir a família no tratamento e estreitar vínculos. No entanto, na atenção básica as ações de saúde mental não são executadas de maneira uniforme, ficando na dependência do profissional ou da gestão dos serviços (Correia, Barros, Colvero, 2011). Esse aspecto é confirmado neste estudo, sendo observado que a enfermeira, muitas vezes, atua sozinha frente às situações, buscando a articulação com os serviços da rede de atendimento e a sensibilização dos gestores para o encaminhamento e resolução dos casos.

Conforme Correia, Barros e Colvero (2011), a ESF tornou-se essencial para o atendimento das pessoas com transtornos psíquicos e suas famílias, tendo em vista o desenvolvimento de ações na comunidade que são facilitadoras da inclusão social no território.

Nas suas diversas áreas de atuação, as enfermeiras mostraram-se capazes de se aproximarem das pessoas que cuidam, desenvolvendo um trabalho amplo, na medida em que buscam integrar em torno de cada situação os recursos necessários para a intervenção e resolução.

Estudos mostram que determinadas concepções dos profissionais podem guiar o desenvolvimento do seu trabalho. Investigação de Linard, Castro e Cruz (2011) revelou que o entendimento de profissionais da equipe da ESF acerca da integralidade está relacionado a uma visão holística da pessoa, à necessidade de acesso ao atendimento nos três níveis de atenção, à interdisciplinaridade e à definição ampliada de saúde.

De acordo com outra pesquisa, profissionais de uma equipe de saúde da família, dentre eles o enfermeiro, compreendem que a humanização do cuidado tem um significado de olhar ampliado sobre as necessidades dos usuários, remetendo à proposta da clínica ampliada que possibilita aos sujeitos serem considerados em sua integralidade. Essa compreensão sinaliza que os profissionais identificam a necessidade de uma prática ampliada e, a partir disso, podem produzir mudanças nessa direção no desenvolvimento de seu trabalho (MARIN; STOMIOLO; MORAVCIK, 2010). Essas concepções, em muitos momentos, caracterizaram a práticas clínica das participantes deste estudo.

Conclui-se que as condutas das enfermeiras na equipe são disparadoras de um cuidado voltado para as necessidades dos usuários, tendo em vista esta profissional ser a responsável, em muitos momentos, pelo primeiro contato das pessoas com o serviço e pelo encaminhamento de suas demandas através do sistema de saúde. Além disso, os conhecimentos que a enfermeira possui, as articulações e o esforço que faz para suprir as necessidades das pessoas, contribuem para que seja considerada pelos usuários uma referência profissional.

5.3 A construção do saber operante na prática clínica das enfermeiras

Com vistas à satisfação de necessidades humanas, no desenvolvimento do processo de trabalho, são utilizados os instrumentos de trabalho, que são ferramentas determinadas por um saber operante, o qual se traduz nos conhecimentos e equipamentos usados para operar transformações e/ou satisfazer necessidades. Sendo assim, o projeto de atender necessidades sociais é mediado por certo saber-fazer, um saber operante que resulta da mediação entre os conhecimentos científicos, os saberes e as dimensões éticas e políticas de ambos (MENDES GONÇALVES, 1992; ROCHA; ALMEIDA, 2000; MERHY et al., 1997).

No trabalho das enfermeiras sujeitos deste estudo, existe a construção contínua de saberes a partir da experiência cotidiana de atendimento no contexto da saúde da família. À medida que desenvolvem seu trabalho, vão agregando conhecimentos novos oriundos das práticas de enfermagem, os quais fornecem subsídios para a realização de outras práticas.

Assim, aprendem com as experiências singulares e utilizam esse aprendizado para realizar o cuidado a outras pessoas com mais efetividade. Alguns aspectos sobre os quais não dedicavam tanta preocupação ou atenção durante o atendimento são revistos a partir de alguma vivência em que demonstraram ser importantes.

Conforme Swearingen (2009), os conhecimentos são aplicados no desenvolvimento da prática clínica e é por meio dela que são construídos novos conhecimentos, revelando a relação de reciprocidade entre a ciência da enfermagem e sua prática em saúde pública.

Os trechos a seguir mostram que as vivências cotidianas de assistência da enfermeira trazem consequências para sua prática, isto é, geram impactos na sua atuação, na medida em que a profissional produz conhecimentos a partir das situações vivenciadas, sejam elas consideradas positivas (quando a ação foi efetiva) ou negativas.

Sendo assim, as enfermeiras retiraram lições de experiências que consideraram negativas em relação aos atendimentos realizados, passando a prestar mais atenção em alguns aspectos, o que evidencia o aprendizado que constroem na prática. O depoimento a seguir refere-se ao caso de uma adolescente que morava no interior do município e seu filho nasceu em casa, sendo a enfermeira quem prestou o primeiro atendimento no domicílio e a encaminhou ao hospital.

[...] Tu trabalhas mais a orientação no sentido de quando ela sentir uma dorzinha diferente ela já procura o serviço ou liga para nós, ou liga para a agente de saúde, que ela não fique esperando. Porque eu fico pensando aquela menina certamente só pediu socorro quando o nenê estava nascendo [...] de elas ficarem mais atentas aos sinais do parto [...]. Outra coisa que também eu botei em evidência e apliquei agora com uma outra menina que mora bem interior difícil acesso eu pedi para ela uma semana antes da data provável ficar na casa de um amigo aqui na cidade para facilitar na hora que ela entrar em trabalho de parto, porque eu lembrava daquela. E tu não vai ler isso em livros, isso é só a prática que te ensina. (E Enf 26)

Outra experiência em relação à gestante chamou a atenção da enfermeira:

[...] uma moça muito humilde, muito quieta, certo dia ela apareceu no hospital com dor, dor, ninguém sabia o que era e acabou nascendo um filho, ela estava grávida, ninguém sabia [...] mais ou menos uns 20 dias depois essa criança apareceu aqui no posto pesando um quilo e oitocentos, totalmente debilitada [...] a gente se envolveu bastante com essa criança. [...] Isso me alertou para eu dar mais atenção à gestante, mais atenção ao pré-natal, porque se você prestar atenção desde o começo, por exemplo, em um pré-natal, tu não vais ter esse tipo de caso, porque tu vais ter uma mãe bem orientada, vai ter um acompanhamento. (E Enf 25)

No processo de trabalho da enfermeira na saúde da família o atendimento pré-natal destaca-se como uma das atividades de maior envolvimento e responsabilidade no cotidiano, em que dedica tempo e necessita realizar a avaliação contínua das usuárias, o que também

ficou evidente em estudo de Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011), no qual os enfermeiros envolviam-se intensamente com as atividades de pré-natal, realizando grande parte das ações preconizadas no protocolo de assistência.

Investigação sobre a utilização do protocolo de assistência pré-natal por enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família de um município de Minas Gerais mostrou que esses profissionais consideram que essa ferramenta lhes fornece segurança para atuar, pois direciona e respalda as ações a serem desenvolvidas. No entanto, existem dificuldades relacionadas ao uso do protocolo como: resistência de alguns profissionais para utilizá-lo; falta de capacitação teórica e prática para atender as gestantes; falta de trabalho em equipe. (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Pesquisa que analisou as competências essenciais de enfermeiros na assistência pré-natal na rede básica de saúde de um município do Acre concluiu que as competências preconizadas foram desenvolvidas, embora algumas tenham sido realizadas com baixa frequência. As principais atividades realizadas no atendimento pré-natal foram: anamnese, exame físico, exame obstétrico e solicitação de exames laboratoriais. Em relação à anamnese, esta foi realizada pela maioria dos enfermeiros na primeira consulta de pré-natal e compreendeu informações como: antecedentes pessoais, familiares e ginecológicos; data da última menstruação; cálculo da data provável do parto e da idade gestacional. O exame físico incluiu avaliação do estado nutricional, inspeção da pele e mucosas, palpação da tireoide, exame de membros inferiores e pesquisa de edema, sendo estes dois últimos procedimentos os mais realizados (em 67,21% das consultas). O exame obstétrico abrangeu procedimentos que estão citados a seguir na ordem decrescente de frequência de realização nas consultas: medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, palpação da posição fetal, exame das mamas, palpação para verificar a apresentação fetal. A maioria dos exames laboratoriais foi solicitada em 100% das consultas realizadas e incluem: grupo sanguíneo e fator Rh, hemograma, glicemia, sorologia para sífilis, urina, parasitológico de fezes, teste anti-Hiv, sorologia para hepatite e toxoplasmose, ultrassonografia (CUNHA et al., 2009)

Esses dados reiteram a importância e amplitude do trabalho da enfermeira na área de atenção à saúde materno-infantil na equipe da ESF, em especial no atendimento pré-natal. Conforme Cunha et al. (2009) a enfermeira é responsável por uma gama de atribuições e responsabilidades na realização do pré-natal e vem realizando essas ações de forma satisfatória, no entanto, salienta-se a necessidade de esclarecimento sobre a relevância da incorporação de protocolos assistenciais e do aprimoramento por meio de cursos de especialização.

O atendimento no pré-natal consiste em uma das importantes frentes de trabalho que possibilita às enfermeiras a construção do saber operante. O próximo depoimento refere-se a um atendimento de urgência que a enfermeira realizou no domicílio a um usuário com suspeita de Acidente Vascular Cerebral, encaminhando-o ao hospital.

[...] naquele momento eu acho que foi bem importante minha intervenção, porque eu disse: “olha, esse paciente tem que ir para o hospital, está tendo um AVC acho”, ele não estava tomando medicação para pressão porque uma semana antes ele tinha verificado a pressão e estava boa e ele largou a medicação [...] Eu acho que a gente tem que reforçar a participação na prevenção dos pacientes, participem de grupos, ter informação porque acontece muito isso de ficar estabilizada a pressão, abandonam a medicação. A gente fala, fala, fala, mas eu acho que tem que estar sempre lembrando, eles esquecem ou deixam de tomar porque naquele momento a pessoa estava boa, aí depois acontece isso né. (E Enf 8)

Outra vivência da enfermeira levou-a a ter mais cautela em relação ao prazo para retirada de pontos de cesariana, pois ao realizar a retirada de pontos de uma puérpera enfrentou uma urgência na unidade por problemas de falta de cicatrização.

Eu até comentei com algumas outras enfermeiras, o preconizado é depois de oito dias, mas a gente não tira mais pontos antes de 10 dias, porque talvez como nós comentamos se eu tivesse tirado com 7 dias ou antes do tempo poderia ficar com aquela coisa “será que não tirou antes?”, mas não, foi com 10 dias, anotei no prontuário, registrei e o médico disse que realmente foi questão de absorção, que o organismo não fez o procedimento que normalmente acontece. Procurei através da agente de saúde conhecer mais as pacientes também, porque se eu não soubesse né que ela era usuária (de drogas), enfim. (E Enf 8)

As situações que consideram positivas, ou seja, nas quais o atendimento obteve efetividade, também trazem aprendizado, na medida em que irão buscar reproduzir a conduta que deu certo com os demais usuários. Abaixo, o caso de uma usuária que apresentava uma fratura no pé.

[...] teve uma paciente que chegou na unidade essa semana que teve um pé machucado que ia direto para o massagista. Chegou aqui me pedindo só uma faixa [...] ela chegou com o pedido dela, mas que eu trouxe para o meu atendimento clínico, solicitei o raio X e ali ela tinha uma lesão que não ia ser o massagista que ia fazer com que o caso dela fosse resolvido. Então, podia até piorar [...] olhei para o pé dela e que eu vi que ali tinha alguma coisa de mais, claro que eu não sabia realmente o que tinha, mas que eu soube o procedimento para levar ela diagnosticar o caso que foi um caso delicado, para ela seguir em frente [...] encaminhei para o médico e ela acabou tratando o pé dela clinicamente correto [...] então você vai ver mais delicadamente todos os pacientes porque esse deu certo. (E Enf 4)

Outra enfermeira refere que, após utilizar hormônio tópico em uma usuária cujo resultado de exame preventivo de câncer de colo uterino apresentava seguidamente amostra dessecada, passou a usar a mesma conduta para outras usuárias com características semelhantes, devido ao resultado positivo na experiência anterior.

Hoje nós passamos a utilizar [...] algumas senhoras de idade, aquelas que são muito secas na coleta eu já digo assim “ô fulana, quando a senhora vier repetir o preventivo já fala comigo para nós usarmos o cremezinho antes, porque a senhora é seca, nós temos que melhorar a quantidade de células [...] senão não vai dar certo” [...] dá um tubo para usar uma noite sim uma noite não, depois que elas terminam uma semana depois tem que coletar. (E Enf 10)

As vivências que as enfermeiras tiveram em oportunidades anteriores são (re)avaliadas e instrumentalizam a atuação no trabalho atual. Nesse sentido, Peduzzi (2007) destaca que, quando o trabalhador aplica o saber operante é capaz de criar novas formas de atuação que vão sendo avaliadas, experimentadas e aprimoradas no cotidiano, sendo esse espaço de mudança uma potência para os trabalhadores.

Foi possível verificar ainda que, somente o conhecimento adquirido nas experiências não é suficiente para a busca da resolutividade das situações por meio da aplicação do saber operante, sendo a interação com os usuários, a atenção e interesse dispensados pela profissional aspectos determinantes e fundamentais nesse processo.

Outra situação mostra que a capacitação prévia pode facilitar o atendimento, tendo em vista que o profissional fica sensibilizado para a identificação de determinado problema.

Ele sempre vinha gripado [...] sempre tinha aquela tosse [...] eu fiz um treinamento em janeiro, porque eu trabalhava na epidemia, então eu trabalhava com tuberculose e hanseníase, então aquilo sempre fica né [...]. E ele sempre vinha gripado, mas como ele estava sempre bêbado a gente acaba não levando em consideração até de certa forma as dores que ele tinha, mas basicamente era aquela voz de fumante e tosse, quando dá um estalo assim “opa, mas essa tosse ele sempre teve, vamos fazer um BK” [...] De certa forma até acho que passou muito tempo para que a gente descobrisse. (E Enf 6)

Esse caso mostra que devido ao acompanhamento contínuo, a enfermeira deu-se conta de que os sintomas que o paciente apresentava eram característicos de tuberculose, colocando em prática os conhecimentos adquiridos em capacitações e no trabalho anterior. Embora a avaliação da enfermeira sobre a condição do usuário tenha sido dificultada pela situação de alcoolismo, o atendimento ao longo do tempo permitiu que este recebesse o tratamento adequado.

A busca da enfermeira sobre as causas de infecção recorrente em criança, leva ao diagnóstico de HIV positivo e ao devido tratamento, havendo melhora da situação da criança. Diante disso, a enfermeira refere:

[...] isso me levou e me leva até hoje a ver a pessoa como realmente tem que ser, como a família toda e não ela individual né, e não só olhando para aquele sintoma que ela vem aqui às vezes me dizer “me dói a barriga”, mas será que a barriga está doendo por que? [...] de repente a dor de barriga que ela tem é aquele esgoto que está correndo a céu aberto lá [...]. (E Enf 13)

Nessa situação a enfermeira aprendeu que necessita investir na busca das causas daquilo que o usuário refere, ampliando a visão sobre seu contexto de vida. Investigação confirma esse achado, quando revelou que o conhecimento clínico orientador da atuação da enfermeira é direcionado ao indivíduo e à família, à comunidade e ao sistema de saúde (CEZAR-VAZ et al., 2010), o que demonstra uma ampliação do olhar sobre o seu objeto de trabalho.

Foi possível verificar que o saber operante das enfermeiras é compartilhado com os demais membros da equipe de saúde, por meio da troca de experiências, com vistas a orientar, facilitar ou instrumentalizar o trabalho dos colegas.

Na unidade, uma enfermeira que foi contratada recentemente para atuar na Secretaria de Saúde (está acompanhando e auxiliando nas atividades realizadas pela enfermeira da ESF) vem dizer a esta que não conseguiu fazer a coleta do exame preventivo de uma paciente, pois não conseguiu visualizar o colo do útero. A enfermeira da ESF então diz que quando isso ocorrer ela pode pedir para a usuária colocar as mãos embaixo do glúteo e trancar a respiração, fazendo força, que isso pode facilitar a visualização do colo. A enfermeira da ESF sorri, dirige-se a mim e diz: “isso eu fui descobrindo ao longo dos 15 anos trabalhando aqui”. (O Enf 2)

Técnica de enfermagem chama a enfermeira para ver uma criança que tem que fazer o teste do pezinho, dizendo que não sabe se vai poder fazer, pois o bebê é muito pequeno. A enfermeira vai até a sala e olha o bebê, uma menina com 06 dias. Pergunta ao pai do bebê com quantos quilos ela nasceu, com quantas semanas de gestação estava a mãe e que tipo de parto foi. Ele diz 2.500g; 39 semanas de gestação e cesariana. A enfermeira vai até outra sala pesar a bebê e constata 2.700g, mas desconta uns 300g pela roupa e diz à técnica de enfermagem para deixarem para fazer o teste na próxima semana. Vai até o pai e explica a ele: “quando o bebê é miudinho esperamos um pouco mais para fazer, pode voltar na próxima quarta-feira”. O pai diz que voltará. Depois que o pai vai embora a enfermeira orienta a técnica que quando for agendar o teste do pezinho já verifique o peso da criança para não acontecer isso novamente, de os pais voltarem para casa. (O Enf 4)

Essas situações mostram que as experiências vivenciadas no desenvolvimento do trabalho instrumentalizam a prática das enfermeiras, proporcionando aprendizados que são compartilhados com os demais profissionais. Em consonância com isso, Swearingen (2009) afirma que o conhecimento de enfermagem se torna útil quando é usado para orientar as interações e intervenções de enfermagem e apoiar a equipe no desenvolvimento do trabalho, ou seja, o conhecimento torna-se ‘de enfermagem’ quando é útil para as enfermeiras.

Ao analisar o trabalho das enfermeiras, ficou evidente o aprendizado que retiram dos atendimentos que realizam, sejam eles individuais ou coletivos. Chama atenção a capacidade que possuem de (re)criar formas de cuidado conforme o que vivenciaram. As enfermeiras explicitam o seu saber operante, um saber criado por elas, configurando-se como um saber

clínico próprio do núcleo de competência e responsabilidade da enfermagem - o saber clínico do cuidado da enfermeira.

Um dos aspectos que contribui para a construção do saber operante é a necessidade que as enfermeiras sentem de buscar conhecimentos para poder atuar diante das situações que surgem. Muitas vezes surgem casos novos que não são comuns no cotidiano que desafiam as profissionais, levando-as a procurar informações e estudar, instrumentalizando-se para o trabalho.

[...] chegou uma mãe com uma preocupação que a criança estava com 4 ou 5 anos na época [...] essa criança tinha uma doença rara [...] que eles iam de 15 em 15 dias em Porto Alegre fazer a medicação e que eles estavam com dificuldades, até financeira, sempre viajando, cansativo [...] e que o médico já tinha liberado eles para fazer em Palmeira. [...] E daí ela veio me perguntar se eu fazia, se eu tinha conhecimento de cateter e tal, eu tive uma única experiência de punção de cateter na época que eu trabalhei no hospital como auxiliar de enfermagem [...]. Para mim foi um desafio, porque eu tinha puncionado uma única vez, essa criança estava vindo com uma doença rara [...] por telefone eu entrei em contato com minhas colegas de Passo Fundo, com o médico de Porto Alegre, me orientaram, eu fui fazendo [...]. (E Enf 15)

O seguinte trecho de uma observação mostra que a enfermeira busca estratégias de aprendizado no decorrer dos atendimentos que presta, a fim de adquirir conhecimentos na área de saúde da mulher.

A enfermeira analisa o prontuário de uma mulher que vem fazer preventivo, antes da mesma entrar na sala. Conta-me que a usuária [...] consultou com a médica com queixa de dor na bexiga e para urinar, como o resultado do EQU deu bom a médica a encaminhou para fazer o preventivo com a enfermeira. Esta me explica que pode ser uma infecção vaginal, e que sempre anota o aspecto do corrimento no prontuário das usuárias e depois quando vem o resultado do exame ela vê qual o agente infeccioso, relacionando com o corrimento característico deste, diz que assim vai aprendendo. (O Enf 4)

A questão do aprendizado contínuo na prática tem relação com as características do trabalho na saúde da família, como a variedade e complexidade das situações dos usuários atendidos, sendo este aspecto destacado por algumas enfermeiras:

[...] às vezes surge um problema que tu nunca tiveste, ESF é assim, seguidamente surge uma coisa que tu nunca viste antes, daí tu aprendes fazendo aquele, no próximo tu já vais saber fazer melhor, agora isso vai ter que aprender na hora, dar jeito [...] Acho que até o mais importante tu saberes onde buscar do que saber tudo né, que não tem como tu saberes todos os problemas que afetam a população. (E Enf 1)

[...] Todo dia tem coisas novas, doenças novas [...] sequelas de doenças, tem coisas que a gente não sabe direito o que é, que tem que procurar. Aqui vem de tudo, hospital é uma coisa mais, é cirurgia, é internação, uma coisa mais certinha, mas aqui a gente vê de tudo [...] atenção primária o campo é bem vasto, vem tudo para o posto de saúde. (E Enf 14)

[...] todo dia tu tens uma situação nova, todo dia o paciente te faz uma pergunta diferente, então eu acho que tu tens que estar toda hora te aprimorando senão tu falhas sempre em alguma parte. (E Enf 17)

Eu acho que a gente usa todos os conhecimentos da gente durante o dia porque são pacientes com necessidades diferentes, cada paciente que a gente pega é uma situação [...]. E quando talvez você não saiba como trabalhar alguma coisa [...] primeiro tu tem que estudar [...] é um aprendizado diário que a gente tem aqui. (E Enf 25)

Tudo que acontece de novo leva a gente primeiro a buscar aprofundar mais o conhecimento naquilo e com certeza engrandece profissionalmente. [...] eu me sinto bem em saber que aquele olhar às vezes não muito centrado, muito reto, mas mais amplo, pode trazer essa realização para mim e esse cuidado para ele (usuário). (E Enf 6)

A maioria das enfermeiras utiliza como fonte de estudo e busca de informações para o trabalho principalmente a internet, livros, protocolos do Ministério da Saúde e contato com outros profissionais e, em menor proporção, a realização de cursos e capacitações. Destacam que recebem apoio da Coordenadoria Regional de Saúde quando necessitam de alguma orientação imediata.

Mais internet e alguns livros, mas mais é internet [...] não dá para parar porque cada dia é uma coisa nova que vem, se a gente não buscar fica para trás [...]. (E Enf 24)

Geralmente alguma coisa que eu não sei vou na internet, dá uma lida aqui vê como é que vai fazer, que jeito vai proceder. Tendo a internet agora é mais fácil [...]. (E Enf 7)

Eu procuro na internet, vou pesquisando e até mesmo contato com o obstetra quando tenho alguma dúvida eu procuro com ele [...]. (E Enf 8)

[...] casos novos que eu sinto dificuldade ou eu vou para o “professor Google” ou a doutora, eu tenho um contato muito bom com ela [...]. (E Enf 4)

A gente trabalha bastante com protocolo [...]. A partir do protocolo para você saber coisas a mais busca na internet, muitas coisas pega através da Coordenadoria [...]. Às vezes tu precisa dar um atendimento rápido que não dá tempo de você ir buscar no protocolo e ler, a gente liga para a Coordenadoria “estou com um caso assim, assim, o que é que eu faço?” e lá elas orientam, faça isso, faça aquilo. (E Enf 25)

[...] pela internet, livros da Coordenadoria [...] vem o material para a gente do Ministério da Saúde também, a gente sempre está procurando, vendo qual é nossa dificuldade e lendo. Ou internet também tem bastante coisa que a gente procura [...] é nosso subsídio maior eu acho [...] tem que filtrar o que a gente usa, para nosso benefício. (E Enf 17)

[...] na puericultura a gente leu livros [...] fiz um treinamento para coletar citopatológico [...]. (E Enf 3)

A maior parte das enfermeiras refere-se à busca de conhecimentos técnico-científicos para atuar, no entanto, uma delas considera que a aquisição de conhecimentos técnicos não é tão complexa quanto lidar com a diversidade de problemas dos usuários, referindo-se ao caso de atendimento domiciliar a uma senhora portadora de Alzheimer e sua família:

O que eu sinto, eu acho que a parte técnica é sempre mais fácil, instalar um soro, examinar a paciente, mas essa parte de lidar com o emocional da filha e a doença mental ainda da vó é mais complicado. Eu sinto que às vezes a gente não está preparado para isso, tu não sabes o que dizer, como orientar [...]. (E Enf 14)

Nesse sentido, investigação acerca do processo de formação do enfermeiro mostrou que esses profissionais consideram que desenvolver a capacidade de pensar, questionar e buscar alternativas de enfrentamento dos problemas é mais importante, pois os conteúdos teóricos e práticos lhes fornecem habilidades técnicas necessárias para o exercício da profissão, no entanto, são os dilemas éticos e conflitos de relacionamento que lhes exigem mais, já que requerem o raciocínio crítico e a tomada de decisão frente às situações singulares (BARLEM et al., 2012).

Isso nos remete ao saber operante da enfermeira, na medida em que desde a formação o profissional pode desenvolver a capacidade de raciocinar, avaliar situações e decidir sobre as estratégias mais adequadas de resolução dos problemas ou satisfação de necessidades. Porém, é na prática cotidiana, a partir das experiências vivenciadas que o enfermeiro vai construindo o seu saber/fazer de acordo com o cenário em que atua, no caso deste estudo, a ESF. Apesar de estar trabalhando na saúde da família, as particularidades de cada município, unidade de saúde, usuários, famílias e comunidade vão exigindo conhecimentos e habilidades diferenciadas de cada enfermeiro, sendo construídos ao longo do tempo.

Sendo assim, a formação do enfermeiro necessita estar pautada na ética e em conhecimentos que auxiliem o profissional a ser capaz de identificar problemas e buscar estratégias de resolução, por meio do raciocínio crítico, autonomia, comunicação e criatividade (BARLEM et al., 2012).

5.4 Possibilidades da prática clínica das enfermeiras na saúde da família

As enfermeiras relatam que, no exercício de sua prática clínica, encontram desafios para atuar no cotidiano e também aspectos que favorecem sua atuação, vistos como potencialidades no seu trabalho. Ambos são considerados possibilidades na prática clínica da enfermeira, tendo em vista que mesmo as dificuldades podem ser impulsionadoras na busca de aprimoramento, configurando-se em motores para deslocar-se de um lugar habitual para outro. Os desafios e as potencialidades promovem impacto em sua prática e são determinados por diversos fatores relacionados ao resultado alcançado com a assistência prestada.

Os aspectos que são vistos por elas como potencializadores de seu trabalho estão relacionados ao alcance dos objetivos traçados para o atendimento, gerando motivação para continuar o trabalho. Também existem aspectos que são vistos pelas enfermeiras como dificultadores da sua prática clínica, tornando-se um desafio no seu cotidiano assistencial. Esses aspectos são destacados a seguir.

Os principais aspectos mencionados pelas enfermeiras como potencializadores da sua prática na saúde da família estão relacionados com os objetivos e resultados que conseguem alcançar a partir do atendimento que realizam, incluindo: minimizar o sofrimento do usuário e/ou família; melhorar a situação (física, social, familiar, ...) da pessoa/família; ter uma ação resolutiva, inclusive contribuindo para salvar vidas e para a descoberta de diagnóstico; receber o reconhecimento dos usuários, familiares ou outros profissionais acerca da sua atuação.

As enfermeiras sentem-se satisfeitas e motivadas para o trabalho quando conseguem, por meio de suas ações, minimizar o sofrimento do usuário e/ou família e quando a pessoa/família apresenta melhora (física, social, familiar, ...).

[...] hoje eu tive um retorno bom, que a mãe está boa, voltou da internação, já não está mais fechada tanto quanto ela era, porque quando eu estive lá as primeiras vezes ela nem abria a porta da casa. [...] Então eu percebi que as minhas atitudes e o meu acompanhamento de agosto até hoje não foram em vão [...] eu me senti muito bem, até hoje fui realizar uma visita domiciliar e eu percebi que a porta da casa estava aberta, então foi o primeiro impacto que eu tive que aconteceu uma mudança ali! (E Enf 4)

Deu uma mudança, só o fato de ela parar de beber resolveu um monte de problema, ela foi mais mãe, ela não cuidava 100% das crianças, mas ela cuidou melhor um pouco. Aquele fato de ela saber que nós íamos estar presentes lá e não saber que dia nem que horário que nós íamos ir, era uma coisa boa no fim, porque acabava que ela se submetia a manter as crianças [...]. (E Enf 11)

As enfermeiras relatam que se sentem gratificadas quando têm uma ação resolutiva, incluindo o auxílio no diagnóstico e a contribuição para salvar vidas.

Eu acho difícil quando tu tens que dar um diagnóstico, mas depois quando tu vê o resultado, tratamento que deu certo tudo, eu acho que a gente se sente bem realizado, que tu fizeste a tua parte. (E Enf 9)

[...] me senti bem por ter dado tudo certo, ter chegado a tempo [...] graças a Deus tomamos a decisão correta, chegamos lá a tempo de conseguir salvá-lo, talvez mais um pouco já não dava mais. (E Enf 5)

[...] o dia que eu fui lá no hospital que eu a vi, que ela estava super bem, tinha conseguido adquirir peso, a gente fica feliz porque a gente salva uma vida né, às vezes a gente vai para casa tão cansada do serviço que a gente pensa 'ah não queria mais ir', a gente vai lembrado dessas coisas que motivam a gente trabalhar. (E Enf 25)

[...] nós encaminhamos ela para gineco, fizeram uma coonização nela e na coonização perceberam que já estava avançado. Resumindo ela retirou todo o útero, ela teve que fazer quimio, radio, ela fez tudo, ela precisou de tudo. Para mim é uma coisa que marca, e ela diz para todo mundo que nós salvamos a vida dela e eu considero também, porque se nós não tivéssemos insistido ali, eu chamando ela para vir [...] insisti com o médico, o médico não queria fazer, fui no hospital [...] entrei no ambulatório que não era minha função para auxiliar o doutor, levei Lugol daqui, tudo para a gente fazer. Hoje ela está bem, ela tem acompanhamento, ela continua fazendo CP aqui sempre [...] Eu vejo ela como, é um troféu para mim. (E Enf 10)

O fato de receber o reconhecimento dos usuários, familiares ou outros profissionais faz com que as enfermeiras motivem-se para o trabalho e tenham satisfação.

[...] ela me esperava, tomava banho, marcava um horário eu ia lá, daí ela deitava eu fazia o curativo. Até esses dias eu fui na casa dela e ela se emocionou, ela disse: “Eu não me esqueço o que tu fizeste por mim”. Então para mim isso foi gratificante [...]. E teve uma coincidência outro dia de ela estar lá no hospital e eu ir lá com outro paciente e ele (médico) me chamar e dizer “meus parabéns e tal né”, então a gente fica, se sente, gratificante por isso [...]. (E Enf 3)

[...] o seu Fulano também fumava três carteiiras de cigarro por dia e ele é uma pessoa muito agradecida, ele chega aqui no posto e diz assim; “três anos e cinco dias sem fumar”, ele nos encontra na rua “três anos e seis dias sem fumar”, participando da ajuda que a gente deu para ele. [...] é reconhecido com o que a unidade ofertou para ele, então essas pessoas que a gente consegue ajudar é muito bom. [...] isso é um incentivo para você não parar, para estar sempre fazendo grupo, sempre mobilizando os agentes para ver as pessoas que querem participar do grupo. (E Enf 7)

[...] essa semana eu fui fazer uma visita no paciente para fazer a vacina da gripe, ele está caminhando com dificuldade ainda, mas com certeza vai recuperar os movimentos e acho bem gratificante isso “ah que bom aquele dia que tu vieste, me levou”, ficam agradecidos. Não que a gente faça pensando em algum retorno, mas é bom, faz bem. (E Enf 8)

[...] um caso que eu lembro que me marcou bastante foi uma senhora que veio fazer preventivo [...] naquele momento que eu coletei vi que tinha alguma coisa que não estava legal, eu encaminhei para adiante e realmente ela teve que retirar depois o útero [...] O que me chamou atenção depois nessa volta, ela veio e me deu um abraço [...] disse assim “muito obrigada pelo que tu fizeste, porque tudo que tu falaste, a médica falou tudo igual” [...] ela veio e me deu um abraço “me mandaram dar um abraço para você, porque se eu não tivesse descoberto isso agora não ia dar tempo de eu viver”. A gente se sente gratificada pelo trabalho realizado, porque no momento que dá certo você se sente bem, sente que cumpriu a tua função naquele momento, porque simplesmente tu podes coletar, pode até não falar que tem e deixar por isso, ou até encaminhar e não pedir retorno. (E Enf 12)

[...] depois que a criança melhorou dali uns 15 dias eles (familiares) vieram aqui no posto e me trouxeram um presente [...] eu acho que o que eu fiz está no meu papel como profissional, mas o reconhecimento da família foi maravilhoso, eu não esqueço. (E Enf 24)

O mês passado eu fiz os hipertensos (grupos) e eu falei sobre a autoestima, numa parte da palestra disse que a gente tem que se vestir como a gente se gosta, não como os outros acham que a gente tem que se vestir né. Daí a Fulana que é agente de saúde lá da área X disse “Enfermeira vem cá quero te dar um abraço”. Eu disse “por quê?” “Vou te dar um abraço e vou te dizer, porque a Dona Ciclana ficou muito feliz porque ela disse que achava que todo

mundo ria de como ela se vestia e ela ficou feliz porque tu falaste aquilo lá [...] se achou o máximo porque tu falaste aquela palestra lá”. (E Enf 3)

Em consonância com esses achados, pesquisa mostrou que um dos aspectos considerados pelos enfermeiros como fundamental para a sua qualidade de vida e satisfação no trabalho consiste no fato de sentir-se útil, ou seja, de gerar benefícios para outra pessoa. Essa sensação traz uma recompensa pelo esforço dedicado no trabalho (SCHRADER et al., 2012). Da mesma forma, neste estudo as enfermeiras sentiram-se recompensadas pelo trabalho realizado, o que foi potencializado pelo reconhecimento dos usuários e seus familiares.

As enfermeiras mencionaram também os aspectos que são vistos por elas como desafios da sua prática clínica no cotidiano. Essas dificuldades ficam evidentes em situações quando: a família não auxilia no cuidado da pessoa que necessita, os usuários não aderem à orientações e/ou ao tratamento; não consegue acessar serviços de referência, percebe os limites de sua competência profissional, tendo que acionar outros profissionais.

Os trechos a seguir mostram que o fato da família não contribuir nos cuidados à pessoa que necessita de atendimento gera impacto na prática das enfermeiras.

[...] um paciente que era acamado, quando começamos com a ESF ele já tinha seqüelas de AVC, já estava há oito anos acamado e a família não contribuía no cuidado [...] nós íamos toda semana e orientava, e levava Dersani, levava medicação, estava sempre controlando [...] e ele acabou morrendo por infecção, por septicemia, pelos cuidados com as lesões que não se tinha. Embora a gente fosse lá e fizesse, com as sequelas ele não conseguia se movimentar na cama, tinha muita dor e a família também não cuidava, acabou que foi agravando, agravando e ele acabou morrendo. [...] a família [...] estava cansada, acaba que adoce junto [...]. Eu sei que foi bem frustrante, porque a gente tentou, tentou e não evoluiu... (E Enf 1)
Era uma senhora de oitenta e tantos anos, ela ficou bastante tempo acamada [...] ela estava com muitas escaras, nós íamos diariamente fazer curativo, ela estava com sonda também. A gente orientou a família [...] a gente orientava e tudo, aí tu voltava no outro dia tu via que estava do mesmo jeito [...] às vezes eu me questiono [...] será que somos nós que não estamos sabendo passar para a pessoa, o que que está acontecendo, fica sempre esse ponto de interrogação, me sinto até frustrada porque tu orienta, tu explica, quando volta no outro dia está do mesmo jeito, às vezes a gente fica bem triste, chateada. (E Enf 17)

Houve um caso em que a enfermeira prestou atendimento a uma adolescente que fez diversas tentativas de suicídio, realizou o acompanhamento e acionou a equipe multiprofissional para atuar, no entanto, encontrou barreiras relativas à falta de envolvimento da família.

[...] o problema não era só dela, o problema era maior sabe, daí se conseguir conscientizar toda família que todos precisavam de acompanhamento. Passou mais uns 4 meses e ela tentou suicídio de novo. [...] sempre o desvínculo principalmente dos pais na hora que tu mais precisas que tu chamas eles para uma conversa, até com envolvimento de toda equipe, da

psicóloga, do médico, mas eles nunca compareceram. E até hoje continua, faz dois meses ela tentou suicídio de novo [...]. Uma história que marca bastante [...] por mais que nós estejamos empenhadas em ajudar ela, de vez em quando a gente fica frustrada [...] a gente não tem força para ajudar ela mais do que a gente está fazendo. E os pais não se envolvem, a gente chama para fazer sessão com psicanalista ou coisa assim eles não comparecem. (E Enf 19)

Esses casos mostram que existe um limite de atuação da enfermeira, o qual está condicionado à liberdade de escolha e autonomia das pessoas atendidas, ou, muitas vezes, à (im) possibilidade das mesmas em seguir o que é preconizado. Isso gera sensação de impotência e frustração para a profissional, tendo em vista que o seu objetivo de melhorar a saúde das pessoas e minimizar sofrimentos, necessita da participação ativa e do apoio das famílias.

As dificuldades que os usuários encontram de seguir as orientações, tratamentos ou condutas prescritas pela enfermeira configuram-se como desafios no cotidiano de trabalho dessa profissional.

O caso de uma mãe portadora de HIV que se recusa a seguir o tratamento faz com que a enfermeira sinta-se impotente diante da situação.

A mãe da criança fez a carga viral, não foi pegar resultado, ela não quis saber, consegui falar com ela, ela disse que não queria saber, não quer se tratar, e o marido dela não sabe. Ela disse que eu não tenho nada que ver com a vida dela. A gente não pode fazer nada, porque é um direito, tu não podes. [...] Eu me sinto impotente, com as mãos amarradas [...] tu ver uma criança linda, que pode ter um futuro, uma vida, saúde, uma vida maravilhosa e uma mãe irresponsável que pode morrer. (E Enf 17)

[...] ele é portador de tuberculose, já é recidiva, faz cinco tratamentos que ele já fez e não conseguiu concluir. [...] Aí com muita insistência consegui fazer o primeiro tratamento [...] três meses ele parou por conta, não quis mais, segundo tratamento não deu certo também, mesma forma. [...] tu fica angustiado sabe, se tu és um profissional comprometido com a saúde da família [...] e não vou desistir, uma hora vai ter que dar certo. (E Enf 21)

[...] um paciente [...] internou no hospital com quadro de pneumonia, internava e voltava [...] conversei com o doutor “vamos fazer um exame de HIV”, fizemos o exame e confirmou. [...] foi encaminhado ao município de referência, o médico atendeu ele, medicou com os retrovirais e o paciente teve uma evolução clínica excelente. [...] a mulher largou dele [...] e ele começou parar de pegar os medicamentos aqui, e eu comecei a ir atrás dele [...] um dia ele veio aqui e disse assim “[...] não vai lá, eu não quero que tu vás lá atrás de mim para eu fazer os exames”, porque os medicamentos ele não retirava mais. [...] Aí ele ficou bem debilitado e teve um dia que ele veio feio e pediu “me ajude, me ajude!” digo “Vou te ajudar de novo” o encaminhei [...] o doutor disse que ele tinha que voltar a tomar o retroviral e não tinha mais o que fazer, tinha que esperar ver se ia ter evolução do caso, e ele foi indo, foi indo até que morreu. [...] Esse foi um dos casos que me marcou [...] todo o mês você correr atrás do paciente, todo mês você falar, você implorar, quando o paciente não quer não adianta. [...] Eu me senti um pouco frustrado de perder um paciente novo [...] e de ver um paciente não querer tratamento por mais que tu fales. (E Enf 23)

A falta de adesão ao tratamento é a segunda principal dificuldade apontada por enfermeiros no atendimento à mulher nas unidades de saúde da família de Vitória – ES, podendo acarretar menor eficácia do atendimento prestado (PRIMO; BOM; SILVA, 2008).

A resistência dos usuários em aceitar e aderir às ações educativas em saúde é uma das dificuldades apontadas por enfermeiros que atuam na ESF (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012), o que revela a expectativa dos profissionais de que os usuários sigam as orientações de forma correta e, quando isso não ocorre, há um sentimento de frustração ou sensação de que seu trabalho não foi efetivo.

Em função do papel de coordenadora do cuidado que a enfermeira exerce, esta encontra dificuldades quando não consegue acessar serviços de referência necessários para determinados usuários.

[...] uma que teve um diagnóstico de má formação no finalzinho da gestação e daí precisamos encaminhar e a gente não conseguiu internação, ela ficou na lista de espera com internação de urgência em um hospital com UTI neonatal [...] acabou que nasceu a criança antes e morreu, não deu tempo. Então embora a gente fez um pré-natal bem direitinho, quando chega no momento que precisa de outro serviço a gente não consegue acessar. E daí é frustrante porque, como a gente que faz a coordenação do cuidado, a gente tem que estar gerenciando isso, dá a impressão que foi tu que não deu conta de encaminhar, muito embora seja um problema da rede mesmo [...]. (E Enf 1)

Investigação de Vasconcelos et al. (2009) confirma esse achado ao verificar que os profissionais da ESF têm sentimentos de frustração e impotência diante da dificuldade de operacionalizar o cuidado devido à falta de integração do serviço com a rede do sistema de saúde. Esse é um dos maiores desafios no cotidiano dos profissionais, sendo que provoca a descontinuidade do cuidado pela falta de acesso a um sistema de referência e contra referência organizado conforme a demanda da população.

Outro estudo apontou que a limitação do acesso ao nível de atenção secundária e a deficiência de contra referência são consideradas pelos profissionais da ESF aspectos dificultadores da humanização nos serviços de saúde. A dificuldade de acessar serviços especializados sobrecarrega a atenção básica e acarreta desgaste da confiabilidade nos profissionais, os quais são responsáveis por responder às solicitações dos usuários (MARIN; STOMIOLO; MORAVCIK, 2010).

O fato de a enfermeira ser uma profissional de acesso facilitado aos usuários e estabelecer vínculo com os mesmos faz com que, muitas vezes, seja solicitada para a resolução de questões que fogem ao seu campo de atuação. Por isso, encontra dificuldades quando percebe os limites de sua competência profissional, tendo que acionar outros profissionais.

[...] pacientes com problema cardíaco, temos um número muito alto de hipertensos, como eles têm referência com a enfermeira porque a gente acompanha os grupos mensais, acompanha o Hiperdia [...] faz todo aquele acompanhamento de cada paciente com orientações, com exames, com orientações sobre a medicação, então a maioria das vezes as pessoas, os próprios pacientes acabam me procurando [...]. quando tem algum problema, alguma complicação, ou porque a medicação não deu certo, ou porque já deu uma complicação em relação à doença em si, ou um Acidente Vascular Cerebral por exemplo, [...] eu fico sem, eu não sou médica né, então às vezes eles te procuram, mas eu não tenho como resolver, claro a gente acaba encaminhando para um profissional médico, nesse tipo de situação que eu sinto mais dificuldade. (E Enf 2)

Essa necessidade de complementaridade no trabalho das enfermeiras foi detectada em estudo de Matumoto et al. (2011), sendo percebida por elas como um limite de sua prática clínica na atenção básica, pois precisam ter humildade para reconhecer que necessitam ajuda e sentem-se incomodadas pela sensação de dependência, especialmente do trabalho médico.

Pesquisa revelou que os enfermeiros expressam descontentamento em relação às limitações impostas pelo protocolo de atendimento à mulher, pois a necessidade de intervenção de outros profissionais interfere na continuidade do atendimento que prestam, especialmente em função da solicitação de exames e prescrição de determinados medicamentos, restrições que podem dificultar a assistência que prestam à mulher na ESF (PRIMO; BOM; SILVA, 2008).

Isso pode ser minimizado pela ampliação das responsabilidades da enfermeira, com a incorporação de funções mais abrangentes no protocolo, de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, mas também passa pela necessidade e habilidade de atuar em equipe, sabendo utilizar a contribuição do outro profissional e integrá-la em torno da necessidade do usuário. Cabe ao profissional esforçar-se para manter o fluxo do atendimento, mesmo que tenha que encaminhar a outro componente da equipe para continuar o cuidado.

Ao considerar as possibilidades da prática clínica na dimensão assistencial do trabalho das enfermeiras, verifica-se o esforço, comprometimento e responsabilidade dessas profissionais em minimizar os sofrimentos dos usuários e realizar ações resolutivas, assim como superar as dificuldades impostas pela não adesão dos usuários às orientações e/ou ao tratamento e pela falta de acesso ao sistema de saúde.

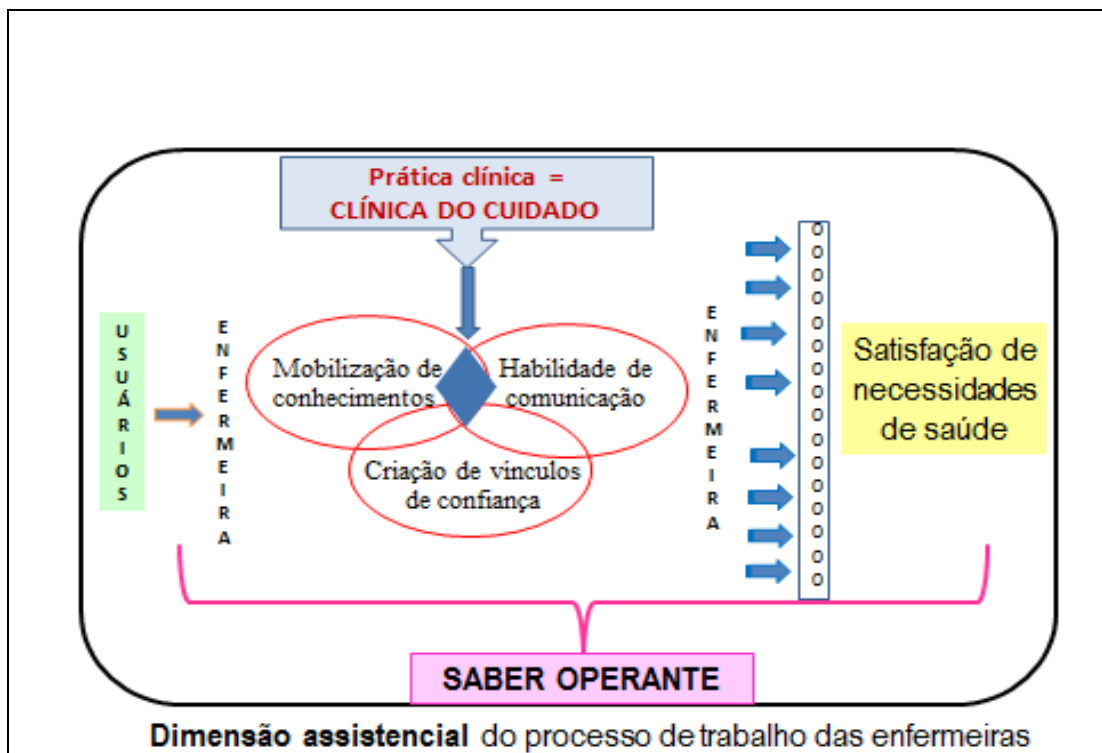
A identificação dessas possibilidades permite ao profissional identificar a sua expectativa quanto ao resultado de seu trabalho e perceber os aspectos que influenciam na prestação da assistência, o que é relevante para a satisfação no trabalho e para a qualidade do atendimento. Dessa forma, verificou-se que a intencionalidade do trabalho e o produto que a

enfermeira quer alcançar não estão limitados aos aspectos biológicos, mas expandem-se para questões familiares e sociais presentes no território, conferindo complexidade a sua prática.

Ao analisar os componentes da prática clínica, as possibilidades encontradas pelas enfermeiras e o saber operante que utilizam, pode-se considerar que a prática clínica das enfermeiras na ESF tem como foco o cuidado de enfermagem, na medida em que organiza o seu conhecimento clínico sobre o indivíduo e a família, a comunidade e o sistema de saúde; promove a valorização dos momentos de fala e escuta; promove a construção de vínculo positivo com os usuários; busca a promoção da saúde; desenvolvendo uma clínica voltada para o sujeito, não desprezando a doença, mas deslocando o foco da cura para ter como finalidade primordial o cuidar. Sendo assim, confirma-se o pressuposto de que sua prática clínica possibilita a ampliação do objeto de trabalho para além da lógica clínica biológica e curativa, sendo definido por meio de um saber operante próprio da enfermagem.

A seguir, apresenta-se uma figura que representa o desenvolvimento da prática clínica do cuidado na dimensão assistencial do trabalho das enfermeiras na ESF, destacando os componentes dessa prática e a utilização do saber operante, com vistas à satisfação de necessidades de saúde dos usuários.

Figura – A Clínica do Cuidado das Enfermeiras na Estratégia Saúde da Família.



Fonte: COLOMÉ, 2013.

Ao analisarmos o trabalho das enfermeiras na ESF podemos identificar que ele apresenta alguns elementos da clínica ampliada como: a ampliação do objeto, finalidade e instrumentos de trabalho, valorização da escuta terapêutica (Campos; Amaral, 2007; Campos, 2006), consideração das diferenças dos sujeitos, seus interesses e desejos (Cunha, 2005), entre outros, caracterizando a clínica do cuidado. Essa clínica do cuidado possui componentes que integram de forma dinâmica o trabalho da enfermeira e traduzem o seu saber operante que é colocado em prática por meio de intervenções sistematizadas, pautadas em conhecimentos teóricos e práticos.

Destaca-se que o conceito de clínica ampliada traz importante e indiscutível contribuição para se pensar a clínica na atenção à saúde, especialmente na atenção básica. No entanto, Vergílio e Oliveira (2010), ao realizarem considerações sobre o processo de enfermagem, identificam que existe uma “preocupação constante da enfermagem em desenvolver sua prática com um saber científico voltado aos usuários de forma integral, humanizada, com responsabilidade e ética”, nada diferente do que preconiza a clínica ampliada. Porém, diante de algumas dificuldades encontradas para a operacionalização do que é preconizado, os elementos da clínica ampliada contribuem no sentido de fortalecer a prática da enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar a constituição da dimensão assistencial do processo de trabalho das enfermeiras na ESF e caracterizar a prática clínica que desenvolvem nesse contexto.

No que se refere à contribuição das estratégias metodológicas, destaca-se que a experiência deste estudo com a utilização da Técnica de Incidentes Críticos foi pertinente e importante, pois permitiu conhecer e analisar situações da prática diária das enfermeiras na saúde da família, com foco em suas vivências significativas. Sendo assim, este estudo abre possibilidades para a aplicação da TIC no cenário da atenção básica à saúde, no qual ainda é pouco utilizada, já que se mostrou uma técnica objetiva e eficaz diante do objeto de estudo, permitindo analisar vivências/experiências da prática clínica da enfermeira na saúde da família e dar visibilidade à atuação dessa profissional.

A dimensão assistencial do trabalho da enfermeira é composta por ações curativas, educativas, preventivas e de promoção da saúde. As principais atividades realizadas no cotidiano são as consultas de enfermagem, que ocupam grande parte da agenda de trabalho semanal. Os grupos de saúde são desenvolvidos mensalmente e as visitas domiciliares ocorrem conforme a necessidade, havendo dificuldades de realiza-las de forma sistemática e planejada. Destaca-se a diversidade de faixas etárias atendidas diariamente (crianças, adultos e idosos), sendo as mulheres o público que as enfermeiras mais atendem, em função das ações de prevenção do câncer, pré-natal e puerpério. As necessidades e/ou problemas de saúde atendidos apresentam variedade e complexidade, pois apesar de as enfermeiras desenvolverem ações programadas, muitas vezes, surgem situações que não são esperadas ou conhecidas. Essa imprevisibilidade torna-se um desafio para as profissionais, na medida em que derivam de situações clínicas e sociais próprias da dinâmica de vida dos usuários e famílias. Outra peculiaridade da assistência prestada consiste na longitudinalidade, ou seja, a possibilidade que as enfermeiras têm de exercer uma continuidade do trabalho, com acompanhamento contínuo dos usuários ao longo do tempo.

A prática clínica das enfermeiras permeia as ações de assistência que realizam, sejam elas de caráter curativo, preventivo, de recuperação ou de promoção da saúde e, a partir dos dados coletados, é possível afirmar que ela se caracteriza pela clínica do cuidado.

A clínica do cuidado da enfermeira na saúde da família integra um processo de trabalho coletivo com ações próprias de seu saber/fazer específico, ou seja, um saber operante

que contempla habilidades técnico-científicas, éticas e relacionais capazes de realizar ações que contribuem para a integralidade da atenção à saúde nos territórios em que atua.

Os componentes da clínica do cuidado são utilizados para apreender o seu objeto de trabalho e buscar a satisfação de necessidades. Esses componentes são: mobilização de conhecimentos; habilidade de comunicação - escuta; criação de vínculos de confiança. A diversidade desses componentes e a forma com que são utilizados e integrados na prática dão conta de um objeto ampliado, não se restringindo a questões anátomo-biológicas. As enfermeiras produzem não somente bens/produtos concretos, mas relações e subjetividades, com vistas a atender às necessidades dos usuários. Pode-se dizer que esse aspecto faz com que a enfermeira destaque-se na equipe, pela sua capacidade de comunicação, escuta, ou seja, habilidade para relacionar-se.

Foi possível identificar ainda que o desenvolvimento da clínica do cuidado faz com que a enfermeira seja a profissional de referência para os usuários na unidade, por diversos motivos como: em muitos momentos, ser o primeiro contato das pessoas com o serviço; estar disponível para o cuidado, estabelecendo uma proximidade e criando vínculos de confiança; demonstrar interesse na situação dos usuários e responsabilizar-se por buscar suprir suas necessidades; ter um conhecimento amplo sobre como funciona a unidade e o sistema de serviços de saúde.

Os resultados deste estudo permitiram conhecer a construção do saber operante das enfermeiras, ou seja, o saber/fazer que resulta da mediação entre os conhecimentos científicos e as experiências vivenciadas no cotidiano. Assim, as enfermeiras construíram conhecimentos a partir de sua prática, utilizando-os para realizar um cuidado mais efetivo. Esses conhecimentos derivam de situações positivas e negativas, sendo que as primeiras trazem aprendizados por terem sido efetivas e as últimas são adaptadas ou modificadas para alcançar o objetivo almejado. Os aprendizados estão relacionados a diversas situações como: orientação dos usuários sobre a prevenção de agravos, realização de procedimentos técnicos, intervenções de auxílio no diagnóstico, preparação para exames, entre outros. O saber operante permite a avaliação/julgamento das situações e a tomada de decisão, visando satisfazer necessidades físicas, mentais, emocionais e sociais dos usuários e famílias de forma integral, exigindo um processo de aprendizagem contínua.

Por meio do exercício de sua prática clínica, a enfermeira atua como um importante agente de ligação, proximidade e confiança dos usuários com a unidade de saúde da família, sendo uma profissional que contribui para o acesso da população aos serviços e ações de saúde.

As enfermeiras encontram dificuldades, vistas como limites no desenvolvimento de sua prática clínica, que estão relacionados com a expectativa que possuem sobre os resultados do seu trabalho. As dificuldades de alcançar os objetivos do cuidado geram frustração, especialmente quando: a família não auxilia no cuidado da pessoa que necessita, os usuários não aderem às orientações e/ou ao tratamento; não consegue acessar serviços de referência, percebe os limites de sua competência profissional, tendo que acionar outros profissionais. No entanto, também encontram potencialidades, ou seja, possibilidades que lhes fornecem motivação quando conseguem: minimizar o sofrimento do usuário e/ou família; melhorar a situação (física, social, familiar, ...) da pessoa/família; ter uma ação resolutiva, inclusive contribuindo para salvar vidas e para a descoberta de diagnóstico; receber o reconhecimento dos usuários, familiares ou outros profissionais acerca da sua atuação.

A gama de situações de saúde e doença nas diversas faixas etárias atendidas na saúde da família exige indubitavelmente o aprimoramento contínuo da enfermeira e dos profissionais da equipe, sobretudo em função das novas demandas por atendimento que desafiam os trabalhadores cotidianamente. No entanto, para além das capacitações de ordem técnica e científica, há a necessidade de um amplo processo de educação permanente que promova estratégias para que os profissionais possam lidar com a subjetividade que advém das relações e das vivências cotidianas com os demais profissionais, usuários, gestores, que forneça suporte para que continuem construindo um saber operante que se torne cada vez mais capaz de dar conta da integralidade do ser humano.

Uma alternativa interessante seria a inclusão na agenda de atividades de espaços para o compartilhamento de experiências com os seus pares, ou seja, um momento para que as enfermeiras que atuam na ESF possam trocar experiências e buscar soluções conjuntas para as questões que se apresentam, e também para que haja a reflexão coletiva sobre o trabalho e o apoio mútuo. Isso pode fortalecer a sua prática clínica, na medida em que compartilham aprendizados de enfermagem em seu núcleo profissional.

A partir dos resultados desta pesquisa pode-se afirmar que a ESF mostrou-se um campo fértil para o desenvolvimento da prática clínica da enfermeira e que esta contribui sobremaneira para a qualidade de vida dos usuários e famílias que atende, exercendo um papel central na equipe, sendo aquela que intercede a favor dos usuários, fazendo articulações com os demais profissionais e serviços.

Os dados deste estudo evidenciam a contribuição da prática clínica da enfermeira na equipe da ESF, dando visibilidade para as ações específicas desenvolvidas nesse cenário. Além disso, contribui para: promover uma ampliação do olhar dos sujeitos sobre suas

práticas, permitindo uma (re)avaliação de seu trabalho; gerar estratégias de superação dos entraves presentes nas práticas; ressaltar o potencial do seu trabalho para a resolutividade dos problemas de saúde da população e satisfação de suas necessidades, de forma integral; destacar seu papel na equipe multiprofissional; além de auxiliar na consolidação do objeto de trabalho da enfermagem e, sobretudo, da enfermeira, ressaltando sua especificidade profissional.

A partir dos subsídios gerados nesta investigação, podem ser desenvolvidas novas pesquisas que contemplem diversas questões relevantes como: o impacto da prática clínica da enfermeira na saúde dos usuários e famílias, assim como no trabalho em equipe; a forma com que os usuários compreendem e avaliam o trabalho executado pela enfermeira; a visão dos demais profissionais da equipe e gestores em relação à prática desta profissional; o aprofundamento de conhecimentos sobre cada um dos componentes da prática clínica, inclusive com foco em áreas específicas de atuação (saúde da mulher, da criança, do adulto, etc); entre outros aspectos inerentes ao processo de trabalho da enfermeira na saúde da família.

Foi possível confirmar o pressuposto do estudo de que a prática clínica da enfermeira na ESF tem como foco o cuidado de enfermagem, que possibilita a ampliação do objeto de trabalho para além da lógica clínica biológica e curativa. A clínica do cuidado é expressa na medida em que as enfermeiras organizam o seu conhecimento clínico sobre o indivíduo e a família, a comunidade e o sistema de saúde; promovem a valorização dos momentos de fala e escuta; buscam a promoção da saúde e desenvolvem uma clínica voltada para o sujeito, não desprezando a doença, mas deslocando o foco da cura para ter como finalidade primordial o cuidar.

A prática clínica das enfermeiras, desenvolvida na dimensão assistencial do seu processo de trabalho, tem contribuído para a consolidação de um modelo de atenção condizente com as premissas do SUS e da ESF, na medida em que tem como base a clínica do cuidado.

No entanto, foram identificadas dificuldades de apropriação da clínica na prática da enfermeira, em que ocorre o desperdício de importantes oportunidades de cuidado. Isso demonstra que as práticas das participantes deste estudo não apresentam regularidade, tendo em vista que seu trabalho está em processo de construção diante das transformações histórico-sociais. Além disso, existem questões que dizem respeito à subjetividade de cada profissional, as quais influenciam nos seus modos de produção do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde em Ribeirão Preto.** 1991. Tese (Livredocência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto (SP), 1991.
- ALMEIDA, M. C. P. et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 748-752, set.-out. 2009.
- ALMEIDA, M. C. P., ROCHA S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Orgs.). **O trabalho de enfermagem.** São Paulo (SP): Cortez; 1997. p.15-22.
- ALTINO, D. M. et al. CIPESC[®] Curitiba: o trabalho da enfermagem no Distrito Bairro Novo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 502-508, jul./ago. 2006.
- ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.
- ASSIS, M. M. A. et al. Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família de um Município da Região Nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B. (Org.). **Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família.** 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2010, v. 1, p. 39-58.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, out.-dez. 2011.
- BARBOSA, M. A. et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 9-15. 2004.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223p.
- BARLEM, J. G. T. et al. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 347-353, abr.-jun. 2012.
- BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B; LEOPARDI, M. T. Detalhamento da Metodologia. In: LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001. p. 187-209.
- BRADBURY-JONES C.; TRANTER, S. Inconsistent use of the critical incident technique in nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, v. 64, n. 4, p. 399-407. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico>>. Acesso em: 23 set. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipers.def>>. Acesso em: 25 set. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **População residente segundo Regional de Saúde**. Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprs.def>>. Acesso em: 25 set. 2011c.

_____. Ministério da Justiça. **Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998**. Lei dos Direitos Autorais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm>. Acesso em: 25 set. 2011.

_____. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1996.

BRUNELLO, M. E. F. et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 176-182. 2009.

BUTTERFIELD, L. D.; BORGAN, W. A.; AMUNDSON, N. E.; MAGLIO, A. S. T. Fifty years of the critical incident technique: 1954–2004 and beyond. **Qualitative Research**, v. 5, n. 4, p. 475–497. 2005.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S., et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.41-80.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p. 849-859. 2007.

CAMPOS, D. C. F.; GRAVETO, J. M. G. N. Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 139-145, nov.-dez. 2009.

CERULLO, J. A. S. B.; CRUZ, D. A. L. M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 124-129, jan.-fev. 2010.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p.17-24, jan.-mar. 2010.

COLOMÉ, I. C. S. **Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família na concepção de enfermeiras**. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

COLOMÉ, I. C. S. et al. **Educação Permanente em Saúde: estratégia para repensar a produção do cuidado e o processo de trabalho em saúde**. 2009. (Projeto de Extensão) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões (RS).

COLOMÉ, I. C. S. et al. **A visão de profissionais e usuários sobre o acolhimento e o vínculo na Estratégia de Saúde da Família**. 2010. (Projeto de Pesquisa) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões (RS).

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506. 2011.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O Enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n.2, p.120-128, abr.-jun. 2008.

CUBAS, M. R.; EGRY, E. Y. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 181-186, mar. 2008.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212 pp.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan.-mar. 2009.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. spe, p. 767-773. 2008.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-9, dez. 2006.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan.-mar. 2008.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 44, n. 3, p. 520-527, maio. 2010.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan, 2005. p. 1-13.

FERIGATO, S. H.; BALLARIN, M. L. G. S. A clínica como instrumento de fortalecimento do sujeito: um debate ético-filosófico. **Bioethikos** – Centro Universitário São Camilo, v. 1, n. 1, p. 53-60. 2007.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CÁCERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2611-2620. 2010.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito: teoria e prática**. 3. ed. Portugal: Celta Editora, 1997. 336p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. 12ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

GIROTI, S. K. O.; NUNES, E. F. P. A.; RAMOS, M. L. R. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun. 2008.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-372. 2010.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-65, abr.-jun. 2009.

HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, jul.-ago. 2009.

KAWATA, L. S. **Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família - a construção da competência no processo de trabalho**. 2011. 188 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto (SP), 2011.

KEMPPAINEN, J. K. The critical incident technique and nursing care quality research **Journal of Advanced Nursing**, v. 32, n. 5, p. 1264-1271. 2000.

LAURI, S. et al. Public health nurses' decision making in Canada, Finland, Norway, and the United States. **Western Journal of Nursing Research**, v. 19, n. 2, p.143-165, abril. 1997.

LINARD, A. G; CASTRO, M. M.; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 546-553, set. 2011.

LIONELLO, C. D. L.; DURO, C. L. M.; SILVA, A. M.; WITT, R. R. O fazer das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na atenção domiciliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 103-110, dez. 2012.

LUNA, G. L. M; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-491. 2010.

LUNARDI V. L. et al. Processo de trabalho em enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em Foco**, Salvador, v. 1, n. 2, p.73-76. 2010.

LUNARDI FILHO W. D.; LEOPARDI M. T. **O trabalho da enfermagem – sua inserção na estrutura do trabalho geral**. Rio Grande: Edgrafurg, 1999.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 207-14, mar.-abr. 2003.

MALTA D. C.; MERHY E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan.-jul. 2003.

MARIN, M. J. S.; STORNILO, L. V.; MORAVCIK, M. Y. A humanização do cuidado na ótica de equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 763-769, jul.-ago. 2010.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 545-50, set.-out. 2004.

MARQUI, A. B. T. et al. **Concepções de gestores e trabalhadores de saúde sobre seu processo de trabalho no Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de integração Ensino Serviço**. 2008. (Projeto de Pesquisa) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões (RS).

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-61. 2010.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, 1994.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130. 2011.

_____. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n. 6, p. 1001-1008. 2009.

_____. Produção de atendimentos de enfermeiros em unidades da rede básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, jul.-ago. 2012.

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

MENDES, M. A. **Papel clínico do enfermeiro: desenvolvimento do conceito**. 2010. 152p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set.-dez. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 358-364. 2009.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, abr.-jun. 2005.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 889-94, set.-out. 2008.

NORMAN I. J.; REDFERN S. J.; TOMALIN, D. A.; OLIVER S. Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high and low quality nursing care from patients and their nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, n. 5, p. 590-600. 1992.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no programa saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 431-438, mai.-jun. 2007.

OLIVEIRA, D. C. et al. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 521-526, out.-dez. 2009.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. In: **Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p. 1-11.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. 2007. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEÑA, A. L. N.; JUAN, L. C. La técnica del incidente crítico y sus implicaciones en el desarrollo de la investigación en enfermería. **Index Enferm**, v. 17, n. 1, ene.-mar. 2008.

PEÑA, Y. F.; ALMEIDA, M. C. P.; DURANZA, R. L. C. O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da seguridade social do México. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 651-657, set.-out. 2006.

PEREIRA, C. M. O.; ALVES, M. A participação do enfermeiro na implantação do Programa de Saúde da Família em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 311-315, mai.-jun. 2004.

PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ, A. M.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2105-2115. 2012.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set.-out. 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONCE, M. A. Z. et al. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1222-1229, set./out. 2011.

PRIMO, C. C.; BOM, M; SILVA, P. C. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no Programa Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 76-82, jan.-mar. 2008.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, set.-dez. 2007.

RIBEIRO, L. C. M. et al. Técnica de incidente crítico e seu uso na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 162-171, jan.-fev. 2012.

RIVEMALES, M. C. C.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. Cuidado de enfermagem na percepção de usuárias de um serviço público de saúde em Salvador (BA). **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 22/23, n. 1, 2, 3, p. 67-78, jan.-dez. 2008, jan.-dez. 2009.

RODRIGUES; E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047. 2011.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649. 2012.

ROESE, A. et al. Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, p. 1-10. 2006.

SÁ, E. T. et al. O processo de trabalho na recepção de uma unidade básica de saúde: ótica do trabalhador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 461-467, set. 2009.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356-363. 2012.

SAKATA, N. K. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-664, nov.-dez. 2007.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p.221-224, mar.-abr. 2007.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. O enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 252-256, abr.-jun. 2009.

SCHLUTER J.; SEATON, P.; CHABOYER, W. Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. **Journal of Advanced Nursing**, v. 61, n. 1, p. 107–114. 2008.

SCHRADER, G. et al. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 222-228, mar.-abr. 2012.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SHAROFF, L. Critique of the critical incident technique. **Journal of Research in Nursing**, v. 13, n. 4, p. 301-309. 2008.

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

SILVA, K. L. et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 368-376, abr.-jun. 2010.

SILVA, S. H. et al. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na Rede Básica de Curitiba – PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 68-75. 2010.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: a relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador**. 1996. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 441-448. 2010.

SOUSA, L. D. et al. A produção científica da enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 494-500. 2011.

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

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097. 2010.

SWEARINGEN, C. D. Using Nursing Perspectives to Inform Public Health Nursing Workforce Development. **Public Health Nursing**, v. 26, n. 1, p. 79–87, jan.-feb. 2009.

TANNER, C. A. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. **Journal of Nursing Education**, v. 45, n. 6, p. 204-211, jun. 2006.

TESSER C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 347-62. 2006.

TREZZA, M. C. A. F.; SANTOS, R. M.; LEITE, J. L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 904-908, nov.-dez. 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. 15ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

TWELKER P. A. 'The Critical Incident Technique: A Manual for its Planning and Implementation'. Disponível em: http://www.tiu.edu/psychology/Twelker/critical_incident_technique.html. Acesso: 13 dez 2011.

URQUHART, C.; LIGHT, A.; THOMAS, R.; BARKER, A.; YEOMAN, A.; COOPER, J.; et al. Critical incident technique and explication interviewing in studies of information behavior. **Library and Information Science Research**, v. 25, p. 63–68. 2003.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**. 2005. 336p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 2005.

_____. Competências da enfermeira na atenção básica. In: WITT, R. R. (org.). **Competências da enfermeira em saúde coletiva**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2012. p. 11-126.

VASCONCELOS, E. N. et al. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1225-1234. 2009.

VERGÍLIO, M. S. T. G.; OLIVEIRA, N. R. Considerações sobre a clínica ampliada no processo de enfermagem. **Saúde Coletiva**, v.7, n.38, p.61-66. 2010.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. O cuidado e a clínica na formação do enfermeiro: saberes, práticas e modos de subjetivação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 776-783, out.-dez. 2011.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 133-140, mar.-abr. 2007.

_____. Necessidades de qualificação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no Ceará, Brasil. **Enfermería Global**, Murcia, n. 17, p. 1-10, oct. 2009. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 15 Jan. 2013.

_____. Práticas do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde da criança, Cariré-Ceará. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 9-16. 2011.

ZOBOLI, E. L. C. P. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 316-20. 2007.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **Mundo Saúde**, São Paulo, v.33, n. 2, p. 195-204, abr.-jun. 2009.

APÊNDICE A - Roteiro de observação

A observação foi realizada pela pesquisadora nos momentos em que as enfermeiras realizavam atividades de assistência junto aos usuários, famílias e comunidade, com foco no desenvolvimento de atividades clínicas, com atenção para os seguintes aspectos:

- Interação enfermeira/usuário/família/comunidade no atendimento clínico
- Postura/atitude do profissional no atendimento
- Motivo da busca por atendimento
- Tipo de atendimento clínico prestado
- Objetivo do atendimento
- Procedimentos realizados
- Recursos materiais usados
- Orientações fornecidas
- Encaminhamento realizado (formal e informal)
- Tempo de atendimento
- Interação enfermeira/equipe
- Compromisso com a situação atendida
- Continuidade do atendimento
- Espaço para participação do usuário no cuidado
- Busca pela autonomia
- Principais atividades realizadas (prioritárias)

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista (Incidentes Críticos)

I. Identificação dos sujeitos:

Sexo () M () F

Idade: _____ anos

Ano de formatura: _____ Em que área(s) já trabalhou: _____ Tempo: _____

Tempo de trabalho na Atenção Básica de Saúde/ESF: _____

Tempo de trabalho na ESF atual: _____

Possui especialização: () Sim Área: _____ () Não

Recebeu treinamento para atuar na ESF? () Sim Qual: _____ () Não

Participa ou participou de atividades de educação permanente em saúde? () Sim

Tema: _____ Quando ocorreram: _____ () Não

II. Incidentes críticos

Por favor, busque lembrar-se de uma situação em que prestou atendimento ao usuário (indivíduo, família) que foi marcante/significativo para você e me relatasse em detalhes o que aconteceu. Essa situação deve ser um atendimento que caracterize a sua prática como enfermeira na ESF.

Questões norteadoras:

- Quando e onde a situação ocorreu?
- Quais as circunstâncias que levaram a essa situação?
- Quem estava envolvido?
- O que aconteceu?
- Como isso te fez sentir?
- Quais as consequências desse acontecimento?
- Essa experiência influenciou a sua prática? Como?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Título do estudo: A DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um olhar sobre a prática clínica

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima e Isabel Cristina dos Santos Colomé

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem

Telefone para contato: (0XX)55 91619737

Professor orientador: Maria Alice Dias da Silva Lima

Telefone para contato: (0XX)51 96782818 e (51) 3308-5481

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Escola de Enfermagem

Comitê de Ética em pesquisa da UFRGS

Telefone para contato: (0XX)51 3308-4085

Local da coleta das Informações: Unidades de Saúde da Família localizadas nos municípios que integram a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) com sede em Palmeira das Missões/RS.

Telefone para contato: 15ª CRS (0XX)55 3742-2947 e (0XX)55 3742-1480

Prezado(a) Senhor (a):

- Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que terá como técnica de coleta de dados a **observação e a entrevista**. A sua participação é permitir à pesquisadora observar seu trabalho diário e responder aos questionamentos realizados na entrevista.
- Antes de concordar em participar da pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- A pesquisadora responderá todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, ou prejuízo e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.
- Seu anonimato será preservado do início ao fim da pesquisa, ou seja, não será identificado em nenhum momento.

Objetivo do estudo: Analisar a dimensão assistencial do processo de trabalho de enfermeiras que atuam na ESF, considerando a prática clínica que desenvolvem nesse contexto.

Procedimentos. A sua participação neste estudo consiste na observação que a pesquisadora irá realizar do seu trabalho, acompanhando-a nas atividades que realiza em seu cotidiano de práticas de assistência na Estratégia Saúde da Família. Além disso, será realizada uma entrevista sobre a sua atuação na assistência aos usuários.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo para gerar estratégias de melhoria nas práticas das enfermeiras, destacando sua prática clínica e a contribuição desta para o atendimento dos usuários na ESF.

Riscos. A participação nesse estudo poderá acarretar algum desconforto de ordem física ou psicológica para você. Caso isso venha ocorrer a pesquisadora se responsabiliza por realizar os encaminhamentos necessários para a situação.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Caso você tenha alguma dúvida que não tenha sido esclarecida, por gentileza entre em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone acima citado.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Palmeira das Missões, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante

Nº identidade

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante do estudo.

Assinatura do pesquisador

Nº identidade

Palmeira das Missões, ____ de _____ de 2012.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Título do estudo: A DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um olhar sobre a prática clínica

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima e Isabel Cristina dos Santos Colomé

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem

Telefone para contato: (0XX)55 91619737

Professor orientador: Maria Alice Dias da Silva Lima

Telefone para contato: (0XX)51 96782818 e (51) 3308-5481

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Escola de Enfermagem

Comitê de Ética em pesquisa da UFRGS

Telefone para contato: (0XX)51 3308-4085

Local da coleta das Informações: Unidades de Saúde da Família localizadas nos municípios que integram a 15^a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) com sede em Palmeira das Missões/RS.

Telefone para contato: 15^a CRS (0XX)55 3742-2947 e (0XX)55 3742-1480

Prezado(a) Senhor (a):

- Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que terá como técnica de coleta de dados a **entrevista**. A sua participação é responder às perguntas desta pesquisa de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar e responder as perguntas da pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- A pesquisadora responderá todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, ou prejuízo e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.
- Seu anonimato será preservado do início ao fim da pesquisa, ou seja, não será identificado em nenhum momento.

Objetivo do estudo: Analisar a dimensão assistencial do processo de trabalho de enfermeiras que atuam na ESF, considerando a prática clínica que desenvolvem nesse contexto.

Procedimentos. A sua participação neste estudo compreende responder aos questionamentos contidos na entrevista, a qual possui questões relacionadas à assistência que presta aos usuários na Estratégia Saúde da Família.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo para gerar estratégias de melhoria nas práticas das enfermeiras, destacando sua prática clínica e a contribuição desta para o atendimento dos usuários na ESF.

Riscos. A participação nesse estudo poderá acarretar algum desconforto de ordem física ou psicológica para você. Caso isso venha ocorrer a pesquisadora se responsabiliza por realizar os encaminhamentos necessários para a situação.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Caso você tenha alguma dúvida que não tenha sido esclarecida, por gentileza entre em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone acima citado.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Palmeira das Missões, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante

Nº identidade

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante do estudo.

Assinatura do pesquisador

Nº identidade

Palmeira das Missões, ____ de _____ de 2012.

ANEXO A - Autorização da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
15ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
Palmeira das Missões - RS

A 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, através de sua Delegada Maria Mariza Scherer Freire, autoriza a pesquisadora **ISABEL CRISTINA DOS SANTOS COLOMÉ** a coletar informações nas Unidades de Saúde da Família, localizadas nos municípios que fazem parte desta Coordenadoria, com o objetivo de analisar a DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um olhar sobre a prática clínica, sob a orientação da professora Maria Alice Dias da Silva Lima.

Palmeira das Missões, 19 de dezembro de 2011.



Maria Mariza Scherer Freire,
Delegada Regional de Saúde - 15ªCRS

ANEXO B - Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul



U F R G S
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 22237

Título: A DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um olhar sobre a prática clínica

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA - coordenador desde 15/02/2012
ISABEL CRISTINA DOS SANTOS COLOMÉ - pesquisador desde 15/02/2012

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 16/02/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quarta-Feira, 29 de Fevereiro de 2012

JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética