



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

LUCIANA CRISTINA PARENTI

**A prática clínica do enfermeiro na
Estratégia Saúde da Família: um estudo de
representações sociais**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete
Coorientadora: Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti

**Botucatu
2017**

LUCIANA CRISTINA PARENTI

**A PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete
Coorientadora: Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti

**Botucatu
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Parenti, Luciana Cristina.

A prática clínica do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família : um estudo de representações sociais / Luciana Cristina Parenti. - Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Vera Lúcia Pamplona Tonete

Coorientador: Janete Pessuto Simonetti

Capes: 40406008

1. Serviços de enfermagem. 2. Cuidados médicos. 3. Família - Saúde e higiene. 4. Prática profissional. 5. Procedimentos Clínicos.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Estratégia saúde da família; Prática profissional; Procedimentos clínicos.

Luciana Cristina Parenti

**A prática clínica do enfermeiro na
Estratégia Saúde da Família: um estudo de representações sociais.**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete
Coorientadora: Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti**

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete - Orientadora - Depto. de Enfermagem - FMB - UNESP

Profa. Dra. Sílvia Matumoto - Depto. de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP

Profa. Dra. Fernanda Manzini Sleutjes - Faculdade Sudoeste Paulista - Avaré-SP

Profa. Adjunta Ilda de Godoy - Depto. de Enfermagem - FMB - UNESP

Profa. Adjunta Carmen Maria Casquel Monti Juliani - Depto. de Enfermagem - FMB - UNESP

Botucatu, 24 de Fevereiro de 2017.

DEDICATÓRIA

*Ao meu filho Vinícius,
Por compartilhar a vida!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida.

Aos meus pais, por me ensinarem o valor da educação e me acolherem tão bem em suas vidas, fazendo com que eu tenha dado passos maiores do que imaginei.

À minha orientadora, Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete, por compartilhar sua inteligência aguçada e dedicação em todo o processo deste trabalho.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti, por sua acolhida e contribuição efetiva neste trabalho e em tantos outros, em minha trajetória profissional.

Ao Vinícius, por ajudar-me a exercitar o amor.

À Jacira que, carinhosamente, ajuda-me a cuidar do Vinícius.

Ao Wagner Barboza, pela disponibilidade, atenção dispensada e presteza na formatação da tese.

À supervisora do Centro de Saúde Escola - FM - UNESP Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino e à vice-supervisora, Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira, pelo incentivo e valor dado a este trabalho.

Às enfermeiras do Centro de Saúde Escola: Ana Paula, Cássia, Fabiana, Márcia, Pamela e Rozeni pelo convívio, incentivo, apoio e conhecimento compartilhado.

À equipe do Centro de Saúde Escola, por me mostrar cotidianamente, a complexidade e a beleza do trabalho em saúde.

A todos os enfermeiros e enfermeiras que permitem serem afetados, diariamente, nos encontros com os usuários.

A todos os usuários, pela riqueza do encontro.

*Estão olhando pra você
Estão falando de você
A chuva é pra molhar você
A reza é pra salvar você
Cachorros latem pra você
Estão pensando em você
Cuidado com você*

(Arnaldo Antunes)

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar a prática clínica do enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família, a partir da perspectiva de enfermeiros e gestores envolvidos com essa prática. Adotou-se a abordagem qualitativa de pesquisa, e foi fundamentado em princípios da Teoria das Representações Sociais. Para coleta de dados, realizada em 2016, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas a gestores de saúde e/ou responsáveis técnicos das áreas envolvidas com a Atenção Primária à Saúde e a enfermeiros de unidades de saúde da família de cinco municípios-sede de uma regional de saúde do Estado de São Paulo. Os depoimentos obtidos foram sistematizados segundo técnicas de análise de conteúdo temática, sendo discutidos com base no quadro teórico-conceitual da Clínica Ampliada e Compartilhada. As representações apreendidas revelaram-se convergentes em considerar que, no contexto em foco, a integralidade do cuidado deve permear a prática clínica dos profissionais. Contudo, elas também evidenciaram que as relações profissionais-usuários seguem pautadas no saber/poder dos primeiros, com pouca valorização da participação ativa dos segundos nos processos de cuidar. Para os participantes do estudo, a clínica do enfermeiro encontra espaço de prática nas consultas de enfermagem, mostrando limitações e enfrentando tensões institucionais contrárias para se dar de forma autônoma e resolutiva. Os achados desta pesquisa confirmam o distanciamento da prática profissional em foco, das premissas da Clínica Ampliada e Compartilhada e permitem inferir que, mesmo sendo uma prática sustentada pelas políticas, programas e legislação correlatos, ainda se mostra pouco reconhecida como tal. Considera-se que esse reconhecimento se fará presente na medida em que haja investimento político, institucional e das equipes de saúde para redesenhar o saber e o fazer dos enfermeiros, compartilhando com os usuários esse processo. A inclusão da escuta qualificada na prática clínica do enfermeiro se desvelou como rascunho promissor desse redesenho. Estudos futuros sobre a prática desse profissional na Atenção Primária à Saúde, incluindo outros membros da equipe de saúde e os usuários, são recomendados para reforçar o compromisso de qualificação permanente de profissionais do Sistema Único de Saúde, com vistas à necessária produção de saúde no país.

Palavras-chave: Enfermagem, Prática Profissional, Conduas na Prática de Enfermeiros, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the clinical practice of nurses who work in the Family Health Strategy, from the perspective of nurses and managers involved in this practice. It was adopted the qualitative approach of research, and it was based in principles of the Theory of Social Representations. For the data collection, performed in 2006, semi-structured interviews were applied to health managers and/or technical leaders of the areas involved with Primary Health Care and to nurses from the family health unities of five host cities of a health sectional of Sao Paulo state. The testimonies obtained were systemized according to thematic content analysis, being discussed based on the theoretical-conceptual framework of the Expanded and Shared Clinic. The seized representations were convergent in considering that, in the context in focus, the integrality of the care must permeate the clinical practice of the professionals. However they also revealed that the professional-user relations are based on the knowledge/power of the first, with little appreciation of the active participation of the second in the caring process. For the study participants, the nurse's clinic finds practice space in nursing consultations, showing limitations and facing contrary institutional tensions to be given in an autonomous and resolute way. The findings of this research confirm the distancing of the professional practice in focus, from the premises of the Expanded and Shared Clinic and they allow inferring that, even though it is a practice supported and sustained by related the policies, policies, programs and legislation, it still shows little recognition as such. It is considered that this recognition will be present to the extent that there is political, institutional and health team investment to redesign the nurses' knowledge and do, sharing the process with the users. The inclusion of qualified listening in the nurse's clinical practice was revealed as a promising draft of this redesign. It is recommended future studies about this professional practice in the Primary Health Care, including other members from the health team and users in order to reinforce the commitment of permanent qualification of SUS professionals, with a view to the necessary health production in the country.

Keywords: Nursing, Professional Practice, Practice Patterns, Nurses', Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABS - Atenção Básica à Saúde
- ACS - Agentes Comunitários de Saúde
- APS - Atenção Primária à Saúde
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIR - Comissão Intergestores Regional
- CT - Câmara Técnica
- COREn - Conselho Regional de Enfermagem
- COFEn - Conselho Federal de Enfermagem
- CSE - Centro de Saúde Escola
- DAB - Departamento de Atenção Básica
- DRS - Departamento Regional de Saúde
- EAC - Equipe de Agente Comunitário
- EBSF - Equipe Básica de Saúde da Família
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- ESFSB - Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal
- e-SUS AB - e-SUS Atenção Básica
- Hiperdia - Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
- MS - Ministério da Saúde
- NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PSF - Programa Saúde da Família
- PTS - Projeto Terapêutico Singular
- SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
- TIPESC - Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UNASUS - Universidade Aberta do SUS
- USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Apresentações do projeto de pesquisa nas reuniões das CT e CIR	29
Quadro 2 – Síntese das categorias e subcategorias temáticas	34
Figura 1 – Divisão dos municípios do DRS VI – Bauru por regiões colegiadas de saúde.	28
Figura 2 – Diagrama das representações elaboradas.....	58

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Modelos de prática clínica e sua aplicação no contexto da ESF.	14
1.2 Aproximações da Clínica Ampliada e Compartilhada aos referenciais teórico-práticos clínicos da Enfermagem.	18
1.3 A prática clínica do enfermeiro na APS: revisão da literatura.....	21
2 OBJETIVO.....	24
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	25
3.1 Tipo de estudo	25
3.2 Local da pesquisa.....	27
3.3 Participantes da pesquisa	30
3.4 Procedimentos para a coleta dos dados	30
3.5 Procedimentos para análise dos dados	31
3.6 Aspectos éticos	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
4.1 Caracterização dos participantes quanto à formação e atuação profissional.	33
4.2 Representações sociais de gestores e dos enfermeiros sobre a prática clínica do enfermeiro na ESF.....	33
4.2.1 Prática clínica dos profissionais na ESF: influências do modelo da Clínica Tradicional.	34
4.2.2 Prática clínica do enfermeiro na ESF: prática oficialmente outorgada a ser, de fato, reconhecida.	39
4.2.3 Potencialidades da prática clínica do enfermeiro para valorização do usuário como sujeito do cuidado integral em saúde na ESF.....	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICES	68
ANEXOS	71
Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP	71
Anexo 2 – Mudança de título em projeto de pesquisa já aprovado pelo CEP	74

APRESENTAÇÃO

O trabalho de pesquisa aqui apresentado é parte de um processo de reflexão que vem delineando-se ao longo de minha trajetória profissional. Há 18 anos atuo como enfermeira num Centro de Saúde Escola (CSE), do interior paulista. Neste tempo, 14 anos foram voltados à assistência. O CSE é um serviço vinculado a uma universidade pública e à rede municipal de atenção à saúde, tendo como missão a formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e à experimentação de modelos assistenciais voltados à Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, a reflexão sobre o trabalho e sobre o coletivo do serviço por mim coordenado, ao longo desses anos, sempre se fez presente.

Algumas pessoas escolhem a pós-graduação como um caminho para chegar à Universidade. Eu a escolhi como uma forma de me aproximar das “sutilezas” da prática, que no dia a dia eram desafios constantes.

Em 1998, aluna de um curso de especialização em Gerenciamento de Enfermagem e recém-contratada no CSE, tive minha primeira aproximação com o tema estudado. Impregnada pelo ensino sobre consulta de enfermagem na graduação e encantada pela APS, curiosamente, eu queria saber se os enfermeiros estavam executando, no dia a dia, as consultas de enfermagem, visto que embora fosse uma atividade já institucionalizada como um processo da prática desses profissionais em todo o país, ainda era considerada uma “nova função” para o enfermeiro. Com essas questões delimitadas fiz meu primeiro trabalho de conclusão de curso (TCC), sob a orientação da Prof. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani, com a pesquisa “Consulta de enfermagem: a atuação do enfermeiro na prática”, mostrando ser ainda uma atividade inaugural e pouco apreendida pelos enfermeiros da atenção primária da região pesquisada.

Prosseguindo em minha trajetória profissional e atenta ao esforço cotidiano empreendido pela equipe que eu coordenava na época, comecei a me preocupar com a forma que os atendimentos ofertados à população estavam se dando. Parecia-me que as soluções que dávamos aos problemas da assistência estavam distantes da realidade e necessidades dos usuários.

Sendo assim, após ingressar no Mestrado em Saúde Coletiva, em 2010 apresentei minha dissertação: Reorientando práticas de cuidado com o diabetes mellitus: a construção partilhada profissionais-usuários. Tal dissertação revisitou

campos problemáticos ao autocuidado no diabetes, produzidos pela própria organização dos serviços, e fez proposições de como enfrentá-los. Dentre esses campos, chamou-me atenção a falta de diálogo na relação profissional-usuário, a fim de promover uma escuta ativa, que vá ao encontro de suas necessidades. No entanto, como não era especificamente objetivo da referida pesquisa trabalhar tais questões, isso me gerou incomodo, porém a questão ficou latente. Todavia, ao prestar a assistência e, também, ao desempenhar meu papel gerencial junto à equipe técnico-administrativa do CSE, tive sempre a preocupação de observar como era a qualidade do “encontro” com o usuário, pois sabia que para estabelecer vínculo e promover corresponsabilização e autonomia, preceitos tão importantes para cumprir a Integralidade do cuidado, essa “qualidade” era de extrema importância.

Envolvida, nos últimos anos, com algumas questões próprias do papel do enfermeiro na APS, questionava: Como o enfermeiro tem desempenhado seu papel no “encontro” com o paciente? Foi assim, que nessa mesma época, tive o prazer de ouvir uma brilhante palestra do Prof. Gastão Wagner de Campos, sobre Clínica Ampliada e Compartilhada e aquilo que estava “latente” na minha memória veio à tona. Comecei a pensar que para a consolidação do SUS, muitos são os desafios, porém um deles é ter profissionais que desempenhem a prática clínica de maneira adequada e cooperativa. Sim, era isso que eu queria estudar: a prática clínica do enfermeiro na APS. Ao entender a Estratégia Saúde da Família (ESF) como cenário ideal para a promoção da Clínica Ampliada e Compartilhada, eu adotei esse contexto como local de estudo.

Na introdução do presente manuscrito, trago a definição de Clínica Tradicional e da Clínica Ampliada e Compartilhada e alguns apontamentos de como a prática clínica do enfermeiro foi se delineando ao longo do tempo e reflexões desse delineamento em relação a aspectos da Clínica Tradicional. Nesta parte do trabalho, destaco o surgimento da ESF, que tomando a família como unidade de cuidado, pressupõe vínculo próximo entre os usuários e profissionais de saúde, fator que reforça a importância do estudo nesse contexto. Termina a introdução, com a apresentação da tese a ser defendida e das perguntas norteadoras do estudo. Na sequência exponho o objetivo do estudo e os aspectos metodológicos, explicitando o referencial adotado: a Teoria das Representações Sociais (TRS), o local da pesquisa, os participantes do estudo, os procedimentos para a coleta de dados e

análise dos mesmos, citando as etapas envolvidas na Análise de Conteúdo Temática de Lawrence Bardin, referencial utilizado para a organização dos dados. Nos resultados, apresento a caracterização dos participantes e, em seguida, a descrição, análise e discussão das categorias temáticas e subcategorias elaboradas referentes às entrevistas realizadas. Por último, teço algumas considerações, ressaltando a importância deste e outros estudos futuros para a consolidação da prática clínica do enfermeiro na ESF.

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa enfoca o tema da prática clínica do enfermeiro no âmbito da APS. Especificamente, como objeto de estudo, estabeleceu-se a prática clínica do enfermeiro em unidades da rede básica de saúde que adotam o modelo da ESF, denominadas Unidades de Saúde da Família (USF).

1.1 Modelos de prática clínica e sua aplicação no contexto da ESF.

A clínica, no campo da saúde, pode ser interpretada de várias maneiras. A palavra tem significados baseados na prática da Medicina, relacionando-a ao espaço onde esta é desenvolvida, ou seja, o lugar onde as pessoas vão consultar um médico para fazer exames, obter a interpretação de sinais e sintomas das doenças situadas no corpo e, também, para receber tratamento, a partir da construção de um plano terapêutico.^(1,2)

Em outra perspectiva, como prática médica, desde o seu início, caracterizou-se pela predominância do olhar sobre o corpo doente com o propósito de obtenção da cura. Configurou-se, desse modo, o modelo biomédico ou mecanicista, que relaciona o organismo humano à ideia de “máquina produtora de doenças”.^(3,4)

Neste modelo, mais importante do que o encontro entre o indivíduo e o profissional, é o papel desse último em descobrir a doença, sendo a pessoa vista apenas como portador de uma doença. Partindo desta visão, os tratamentos médicos consistem em esforços para reestruturar o funcionamento normal do corpo, para interromper processos degenerativos, ou para destruir invasores. Nessa concepção mecanicista do organismo humano, a doença é reduzida a uma avaria mecânica e a terapia médica à manipulação de uma técnica.^(3,4)

A clínica acima descrita pode ser chamada de tradicional. Em outras palavras, delimita-se a apreensão dos fenômenos de saúde e de doença sob uma ótica biologicista e medicalizadora e subtrai-se o próprio indivíduo do cuidado a sua saúde. Sob esse aspecto, Foucault⁽⁵⁾ relata que:

(...) o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que ele sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses (p.7).

Historicamente, o modelo da Clínica Tradicional tem se mantido hegemônico na área médica, seguido também por demais profissionais que, em seus processos de trabalho, desenvolvem a prática clínica nos diferentes contextos da atenção à saúde da população brasileira.⁽⁴⁾

No entanto, mais recentemente, tem-se observado um movimento de revisão dos referenciais teóricos e práticos da Clínica Tradicional, no sentido de ampliá-los para viabilizar o cuidado integral em saúde, especialmente, no âmbito da APS.⁽⁴⁾

Vale lembrar que os projetos assistenciais, na área da saúde, criados no Brasil, a partir da década de 90, têm gerado um conjunto de ideias e políticas que buscam o resgate da assistência à saúde no país. Considerando que nas últimas décadas ocorreram importantes transformações no SUS, como a implementação acelerada e em nível nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF)¹.

Estes programas, além de ampliarem o acesso das pessoas ao sistema de saúde, promoveram uma intensa discussão sobre a hegemonia dos modelos assistenciais, a ponto de se configurar uma calorosa discussão em torno da prática clínica dos profissionais atuantes na APS. A Clínica passa, então, a ser referida como aquela que incorpora as diferentes dimensões do cuidado em saúde e as relações dos profissionais com os usuários, na construção de uma atenção integral no âmbito dos serviços de saúde.⁽⁶⁾

Essa “clínica” denomina-se Clínica do Sujeito ou Clínica Ampliada e Compartilhada por superar o mecanicismo, a fragmentação e o tecnicismo biologicista. Desta maneira, sinaliza-se para a promoção de uma clínica dirigida a reconhecer, interpretar e atuar sobre as necessidades das pessoas que buscam o cuidado. Não nega as técnicas da Clínica Tradicional, mas as incorpora em um conjunto amplo de ações.⁽⁷⁾

A clínica deve ser ampliada no sentido de agregar além das doenças, os problemas de saúde e mais do que isso, as pessoas que vivenciam tais problemas. Além disto, considera-se essencial a ampliação do objetivo do trabalho em saúde, para além de buscar a produção de saúde, por diferentes meios curativos,

¹ O termo Programa de Saúde da Família foi concebido a partir de 1994, pelo Ministério da Saúde num processo de reorganização da Atenção Básica à Saúde. Posteriormente, a palavra “programa” foi substituída por “estratégia”⁽⁶⁾. Neste estudo, optou-se pela utilização do termo “estratégia”.

preventivos e de reabilitação, contribuindo para a ampliação do grau de autonomia dos usuários. Acredita-se que a ampliação dessa autonomia possa ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo que os cerca.⁽⁸⁾

Desenvolvendo-se autonomia, aumenta-se, como consequência, capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/doença e compromisso com o outro. Essa alteração do "objeto" e do "objetivo" do trabalho clínico exigirá mudança na coleta e avaliação dos dados que compõem os problemas de saúde das pessoas, sendo necessário para qualquer anamnese ou entrevista com os usuários, agregar elementos da história de vida de cada um, identificando fatores de risco e proteção. Sobre isto é importante ressaltar que a terapêutica não deverá se restringir somente às prescrições farmacológicas ou às intervenções para mudanças dos hábitos de vida, mas ampliar-se no sentido de valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial.⁽⁸⁾

Esses resultados serão alcançados caso se pratique a Clínica Compartilhada,⁽⁸⁾ no sentido de fazer com que os usuários envolvam-se ativamente com o seu cuidado à saúde. Assim sendo, os planos terapêuticos a serem estabelecidos levarão em conta os modos necessários para haver uma corresponsabilização do profissional e do usuário. Neste mais recente modelo de clínica, os cuidados oferecidos aos usuários buscam a produção de novos valores de saúde e cidadania.

Desta forma, o cuidado não pode ser reproduzido em série, ao contrário, a cada usuário é oferecido e construído com ele um Projeto Terapêutico Singular (PTS), conforme suas necessidades e demandas, no sentido de enfatizar a singularidade do sujeito, contemplando a participação da família e de sua rede social. Para facilitar a apropriação das premissas da Clínica Ampliada e Compartilhada nos projetos terapêuticos a serem elaborados é importante que cada serviço prepare reuniões de equipe como base para a organização dos serviços, e para contemplar espaços para discussões de casos e decisões conjuntas, de maneira prospectiva e não retrospectiva estanque, como se faz na clínica tradicional, mas sim com o objetivo de fazer uma revisão do diagnóstico, avaliar riscos e redefinir linhas de intervenção terapêutica, entre os profissionais envolvidos.⁽⁸⁾

Destaca-se a premissa da Clínica Ampliada e Compartilhada, pois ao reconhecer a complexidade da clínica, o profissional deve ter em mente a necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução, na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde, de ações intersetoriais e com os próprios usuários. Assim, neste trabalho, sempre será utilizado o termo Clínica Ampliada e Compartilhada, com a intenção de reiterar a indicação desse conceito.

Para viabilizar o modelo da Clínica Ampliada e Compartilhada, a proposta é investir na produção de tecnologias leves, de modo a instrumentalizar os profissionais para lidarem com a subjetividade e esferas de necessidades de saúde que usualmente não são o objeto do trabalho em saúde. O termo tecnologias leves sintetiza todas aquelas práticas em serviços de saúde que dizem respeito ao acolhimento, à produção de vínculo, à autonomização e à gestão compartilhada de processos de trabalho. As tecnologias duras referem-se aos instrumentos e equipamentos para o cuidado à saúde e as tecnologias leve-duras, quando se lança mão de conhecimentos estruturados (teorias ou modelos de cuidado). Vale lembrar que a divisão aqui colocada é para simplesmente haver uma compreensão didática das diferentes tecnologias, embora no trabalho em saúde os três tipos de tecnologias devam estar presentes.⁽⁹⁾

O contexto de saúde brasileiro pede o cuidado integral à saúde e propõe a incorporação de conteúdos não biomédicos e a exploração da dimensão dialógica no exercício da clínica na APS. Neste sentido, a ESF tem representado, desde 1994, a alternativa priorizada pelo Ministério da Saúde (MS) para a operação da APS/Atenção Básica à Saúde (ABS) e ordenação do sistema. Ela é colocada como um modo de organizar os serviços, que procura avançar na direção da atenção integral à saúde e vem sendo priorizada por propor mecanismos que são favoráveis à construção da integralidade, como a definição planejada de um território, atenção à saúde com foco nas famílias residentes, o trabalho em equipe, o acolhimento, e a atuação intersetorial.⁽¹⁰⁾

Para a ESF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, pois nela ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas. A ESF prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Para tanto, é necessária formação profissional que permita esse olhar diferenciado

sobre o núcleo familiar e para os determinantes sociais do processo saúde-doença, no sentido de entender e melhor atuar nas ocorrências dos problemas de saúde.⁽¹⁰⁾

Sob o ponto de vista organizacional, as atividades e ações referentes à Clínica na ESF podem ser divididas da seguinte forma: Gestão do Processo Clínico Individual, que consiste na compilação e sistematização de dados e informações clínicas, que permitam ter um conhecimento razoável e no momento, da situação de saúde de cada pessoa do território adscrito, incluindo a abordagem clínica individual e a consulta em si, seja na unidade de saúde ou no domicílio; Gestão do Processo Familiar, que tem como princípio o entendimento da família como um sistema complexo e aberto, aplicando conhecimentos e métodos de análise da sua estrutura e dinâmica, com o intuito de identificar sua história, ciclo de vida, recursos e problemas (instrumentos para a abordagem familiar), e Gestão da Prática Clínica que é aquela que diz respeito à organização em equipe para a efetivação dos cuidados às pessoas, famílias e comunidades do território.⁽¹¹⁾

1.2 Aproximações da Clínica Ampliada e Compartilhada aos referenciais teórico-práticos clínicos da Enfermagem.

A Enfermagem apresenta características históricas particulares de divisão social e técnica do trabalho, que devem ser levadas em consideração, quando se pretende relacionar seus próprios referenciais clínicos, a referenciais mais amplos, como o referencial da Clínica Ampliada e Compartilhada.

Historicamente, o processo de formação do enfermeiro, como prática profissional teoricamente fundamentada, tem início em 1860, na Inglaterra, com Florence Nightingale, onde ocorreu a categorização da equipe de enfermagem (*Nurses e Ladies-Nurses*), havendo uma fragmentação das tarefas relacionadas ao cuidado, já que às *ladies* cabiam o ensino e supervisão e às *nurses* as tarefas manuais. Essa divisão técnica e social do trabalho da Enfermagem manteve-se com diferentes subdivisões até os tempos atuais, expandindo-se para diversos países.⁽¹²⁾

Até a década de 40, do século passado, o foco da Enfermagem brasileira era centrado nas tarefas e procedimentos, sem levar em consideração a construção intelectual necessária para fundamentar essas práticas. A partir de 1950, tanto em âmbito mundial, quanto no Brasil, a Enfermagem passou a buscar fundamentos científicos, contudo focados, basicamente no cuidado voltado à doença.⁽¹²⁾

No Brasil, desde 1970, a teoria mais difundida foi a de Wanda Horta, a qual se baseia na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, adotando como método para a assistência de enfermagem, o Processo de Enfermagem.⁽¹³⁾

Em sua teoria, Horta define como instrumentos básicos à aplicação do Processo de Enfermagem, alguns elementos essenciais ao cuidar em saúde, como: a observação, a avaliação, o planejamento, a criatividade, a destreza manual, a valorização do trabalho em equipe e a utilização dos recursos da comunidade. Porém, quando de fato demonstra suas formas de “cuidar”, caracteriza as necessidades dos indivíduos, descrevendo minuciosamente uma série de sinais e sintomas, conforme o modo mais típico do modelo biomédico.⁽¹¹⁾

Atualmente, o Processo de Enfermagem é normatizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), como prerrogativa do trabalho do enfermeiro, sendo elaborado por cinco etapas: histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem e seu desenvolvimento deve ser feito em todos os espaços do cuidado de enfermagem.⁽¹⁴⁾

Destaca-se que o Processo de Enfermagem, quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, é denominado consulta de enfermagem.⁽¹⁴⁾

Com o advento da ESF, aos enfermeiros foi atribuída a função de realizar a consulta de enfermagem voltada aos usuários das USF, nas diferentes etapas do ciclo vital e nos diversos períodos do processo saúde e doença. Além da realização da consulta de enfermagem, espera-se que os enfermeiros executem o cuidado em grupos com usuários e visitas domiciliares, dentre outras atividades que implicam a prática clínica.⁽¹⁵⁾

Considerando os cenários de prática da Enfermagem na atualidade, no âmbito da APS, verifica-se um cotidiano assistencial fragmentado em atividades rotineiras e burocráticas, verticalizado de modo que os usuários de serviços de saúde são atendidos por um conjunto de ações desconectadas entre si.⁽¹⁶⁾

Também, constata-se que, de modo geral, a aplicabilidade da Teoria de Wanda Horta e de qualquer outra, não vem se consolidando no cuidado de enfermagem prestado, permanecendo esse influenciado pelo modelo biomédico de cuidado à saúde ⁽¹²⁾. No entanto, trazer a discussão acerca das teorias, tem sua importância nesse contexto ao lembrar aqui, que mesmo antes do advento do SUS e das discussões sobre a integralidade, nas esferas político-administrativas e de

atenção à saúde, algumas das teorias de enfermagem trouxeram à tona, o conceito da “abordagem holística”, que embora não esteja sedimentado em uma teoria (ou mais teorias) usualmente empregada no cotidiano da assistência de enfermagem, faz parte da formação e do discurso da equipe de enfermagem, no sentido de promover um atendimento ampliado, por meio da inter e transdisciplinariedade das ciências e práticas profissionais, contrapondo-se a ideia de fragmentação e reducionismo do indivíduo e de suas necessidades de saúde.

Recentemente foi desenvolvida a chamada Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), que busca intervir nos processos de saúde-doença, de maneira a entender os determinantes sociais envolvidos na produção das necessidades de saúde da coletividade, o que contribui, certamente, para um distanciamento do modelo biomédico hegemônico. Na referida teoria, ressalta-se a importância do raciocínio clínico do enfermeiro ao estabelecer diagnósticos e intervenções de enfermagem, ou seja, na tomada de decisão clínica. Trata-se de um fenômeno de alta complexidade, que constitui um processo de pensamento em uma perspectiva integral para a prática clínica.⁽¹⁷⁾ Na realidade norte-americana e Europa, já há quase quatro décadas vem se configurando especializações voltadas aos enfermeiros, com as quais esses profissionais passam a desenvolver a prática clínica, com base na tomada de decisões, que resulta em cuidados eficazes para a população atendida, reforçando suas competências clínicas e papel de liderança nas equipes.⁽¹⁸⁾

Ainda referente à TIPESC, postula-se que, para a elaboração do raciocínio clínico, há a necessidade de uma escuta ampliada, a fim de se ter sensibilidade para compreender o que os usuários, de fato, necessitam e no que se pode realmente ajudá-los. Tal escuta se faz necessária em todas as etapas do Processo de Enfermagem, aproximando-se e considerando a família e a comunidade por meio dos aparelhos sociais, como por exemplo: escolas; profissionais da equipe de enfermagem e de saúde; bem como dos agentes comunitários de saúde (ACS) que circulam pelo território e conhecem as diversas realidades e contextos em que vivem os usuários.⁽¹⁷⁾

Ao mudar o foco do cumprimento de protocolos e das rotinas centradas na doença, transferir-se-á a preocupação para com os usuários, suas famílias e coletividade, o que provocará maior responsabilidade e vínculo dos profissionais para com eles e deles para com a sua saúde.⁽¹⁹⁾

Neste sentido, o planejamento do cuidado incluiria o acordo entre os membros da equipe, com um plano de ação desenvolvido por um processo que valoriza a comunicação e o entendimento entre profissionais e usuários,⁽¹⁹⁾ de modo compartilhado.

1.3 A prática clínica do enfermeiro na APS: revisão da literatura.

A produção científica nacional sobre a prática clínica do enfermeiro no contexto da APS evidencia que a consulta de enfermagem, tem se feito presente como *locus* privilegiado da prática clínica do enfermeiro, principalmente nas unidades de saúde que adotam a ESF como modelo assistencial. No entanto, essa prática segue pautada pelas premissas da Clínica Tradicional, com pouca aproximação às da Clínica Ampliada e Compartilhada, especialmente no que se refere à consecução da integralidade do cuidado em saúde e ao desenvolvimento de relações emancipatórias. Entre as publicações revisadas é notória a percepção de que as consultas de enfermagem vêm se configurando como ações estanques, por vezes resumidas à passagem de informações e/ou orientações *a priori*, de forma despersonalizada, distanciando-se dos próprios usuários, inclusive com o “não reconhecimento” do trabalho do enfermeiro pelo usuário.⁽²⁰⁻²¹⁾

Há evidências de que os enfermeiros vêm reproduzindo em seu campo de atuação o modelo da Clínica Tradicional, fielmente instituído, sem que haja algum tipo de inovação tecnológica e que não estão participando da elaboração, em conjunto, de planos terapêuticos de cuidados, coerentes com as necessidades e demandas identificadas, comprometendo as possibilidades de empoderamento dos usuários atendidos.⁽²⁰⁻²²⁾

Junto a isso, outro aspecto abordado na literatura correlata diz respeito à dificuldade dos enfermeiros em estabelecer comunicação dialógica com os usuários, em uma perspectiva de promover a autonomia dos mesmos para o próprio cuidado, com conseqüente não formação de vínculo entre os participantes das consultas de enfermagem.⁽²³⁾

A formação de vínculo relaciona-se à proximidade de relação entre enfermeiro-usuário, permeada por tecnologias referentes ao campo da subjetividade das relações interpessoais⁽²³⁾. A utilização de protocolos clínicos, nas consultas de enfermagem, vem sendo apontada por alguns autores como importante ferramenta

para a orientação das práticas de saúde, contudo o sucesso de sua aplicação é atribuído à forma como são elaborados e aplicados. Recomenda-se que essa produção permita considerar a singularidade de cada um a ser atendido, de tal modo a evidenciar a criatividade e as práticas emancipatórias dos profissionais e usuários, no momento do encontro assistencial.⁽²³⁻²⁵⁾

Como dificuldades para a realização da consulta de enfermagem na APS, apontadas pela literatura, encontram-se: a falta de preparo profissional em contemplar adequadamente a abordagem clínica para além dos aspectos biológicos, a pouca valorização de ações de promoção e educação em saúde, a não configuração da visita domiciliar como atividade complementar e potencializadora da consulta de enfermagem, a sobreposição de atribuições do enfermeiro na Gestão do Processo Clínico Individual e na Gestão da Prática Clínica, e a dificuldade em estabelecer comunicação dialógica com os usuários, em uma perspectiva de promover a autonomia dos mesmos para o próprio cuidado.^(20,21,26,27)

Diante da motivação pessoal pelo tema, da diversidade de dificuldades elencadas pela produção científica para a realização da prática clínica do enfermeiro (consulta de enfermagem) na APS e considerando o principal desafio colocado ao SUS, atualmente, que é a qualificação de seus profissionais, a fim de viabilizar o cuidado integral à saúde, é que se propôs o presente estudo.

Para o avanço do conhecimento produzido, espera-se obter subsídios no sentido de aprofundar a compreensão sobre a clínica posta em prática pelo enfermeiro na APS, pressupondo que, mesmo incipiente e permeada por dificuldades, há a incorporação das premissas da Clínica Ampliada e Compartilhada na mesma, pelos enfermeiros que atuam sob o modelo assistencial da ESF.

Partindo-se dessa tese, as questões centrais que o presente estudo pretende responder são: *Como se dá a prática clínica do enfermeiro no contexto da ESF? Qual a aproximação dessa prática ao modelo da Clínica Ampliada e Compartilhada?*

Para responder tais questões, acredita-se que o estudo das representações sociais de gestores e enfermeiros da ESF sobre a temática mostra-se pertinente, por levar em conta as possíveis contribuições e atuações desses profissionais nas diferentes dimensões da prática clínica: Gestão do Processo Clínico Individual, Gestão do Processo Familiar e Gestão da Prática Clínica. Desta forma, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o debate sobre a

apropriação pelo enfermeiro do seu trabalho clínico, na perspectiva da consolidação da Enfermagem como ciência aplicada, conduzindo ao cumprimento dos pressupostos do SUS, no que tange ao cuidado compartilhado e integral à saúde.

2 OBJETIVO

Analisar as representações sociais de gestores municipais e enfermeiros de unidades de saúde da família, sobre a prática clínica do enfermeiro, no contexto da Estratégia Saúde da Família, com base no modelo da Clínica Ampliada e Compartilhada.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um trabalho qualitativo, fundamentado em princípios da Teoria das Representações Sociais.

Na abordagem qualitativa pretende-se buscar a compreensão particular do objeto a ser estudado, por meio de descrições e interpretações das relações, dos processos e dos fenômenos. A pesquisa qualitativa responde inquietações muito específicas. Ela se preocupa com as crenças sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Desta forma, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.⁽²⁸⁾

Por sua vez, a Teoria das Representações Sociais pode ser empregada quando se pretende captar a interpretação dos próprios participantes da realidade que se almeja pesquisar, possibilitando a compreensão das suas atitudes e de seus comportamentos, frente a um objeto de pesquisa psicossocial.⁽²⁹⁾

De modo geral, para os teóricos clássicos da Sociologia e para a Psicologia Social, as representações sociais são categorias do pensamento científico que expressam a realidade social e têm a capacidade de explicar, compreender e questionar as relações sociais vigentes. Assim, as representações sobre determinado fenômeno, de cada pessoa ou grupo social, demonstram as faces de sua realidade, permitem compreender a identidade, personalidade, concepção dos indivíduos, bem como aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relacionados a ela.⁽³⁰⁾

Durkheim é o autor que primeiro tratou do conceito de representações sociais, usando o termo *representações coletivas*, referindo-se as categorias de pensamento por meio das quais uma determinada sociedade se expressa. Na concepção de Durkheim, a representação coletiva demonstra o modo como a sociedade é representada em relação ao mundo que a cerca. Diante disso, há que se considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos, de tal forma que essa “natureza” determine o modo de agir das pessoas.⁽³¹⁾

No pensamento durkheimiano, as representações individuais têm pouca ou nenhuma importância diante da exterioridade dos fatos. Em vista disto, contrapondo ao pensamento de Durkheim, o psicólogo Serge Moscovici, representante da escola psicossocial construtivista francesa, desenvolveu a Teoria das Representações Sociais (TRS), no livro *Psychanalyse son image et son public*, publicado no Brasil em 1978, sob o título *Representação Social e Psicanálise*, com o intuito de explicar a pluralidade das formas de organização do pensamento social. Para Moscovici, o indivíduo não reproduz as questões de forma passiva, o que ele na verdade faz é reconstruir e apreender o “objeto dado” constituindo como um sujeito ativo nesse processo. Fala ainda que as representações sociais (e não mais coletivas) são uma “preparação para ação”, assim como as opiniões e atitudes, porém o seu diferencial, além de orientar o comportamento é também de integrá-lo a uma rede de relações às quais está vinculado o seu objeto. Com esse pensamento, Moscovici institui as representações sociais como uma teoria sobre o real que determina o campo das comunicações, dos valores e das ideias dos grupos, regendo as condutas dos mesmos.⁽³¹⁾

Os processos que dão origem às representações, segundo Moscovici, são a objetivação e a ancoragem. A objetivação é a passagem das ideias para imagens concretas, que pelo seu uso frequente transforma em reflexos do real. A ancoragem dá ao objeto uma rede de significados, relacionando-o a valores e práticas sociais.⁽³¹⁾

Com isso, Moscovici compreende como o cognitivo interfere no social e como o social interfere no cognitivo, de maneira que a representação é um processo psíquico que torna familiar um determinado objeto, porém esse objeto encontra outros objetos, dos quais toma características, ao mesmo tempo em que acrescenta as suas a eles.⁽³¹⁾

Jodelet, principal colaboradora de Moscovici, dá às representações as características de uma teoria e assume a tarefa de sistematizar os processos de objetivação e ancoragem, mostrar como o processo de ancoragem, relacionado dialeticamente à objetivação, articula as três funções básicas da representação: a função cognitiva de integração da novidade, a função de interpretação da realidade e a de orientação das condutas e das relações sociais.⁽³¹⁾

Na realização de uma pesquisa de representação é de extrema importância identificar a organização e hierarquização entre os elementos que a

constituem, de maneira a utilizá-la, de fato, como um aporte teórico-metodológico, sem, no entanto, minimizar as falas dos entrevistados a opiniões sobre o objeto estudado.^(24,30)

Cabe ainda considerar que as representações sociais favorecem o conhecimento sobre a prática de um determinado grupo, permitindo realizar intervenções que, por respeitarem as características específicas de cada segmento social, sejam mais eficientes.⁽²⁹⁾

3.2 Local da pesquisa

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz representar pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS). O Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no âmbito regional, e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil.

A região do DRS VI – Bauru, escolhida como área a ser coberta pela presente pesquisa, está localizada no centro do Estado de São Paulo e é composta por 68 municípios (Figura 1) divididos em cinco regiões colegiadas de saúde, que são: Bauru, Jaú, Lins, Vale do Jurumirim (Avaré) e Pólo Cuesta (Botucatu).



Figura 1 – Divisão dos municípios do DRS VI – Bauru por regiões colegiadas de saúde.

Para a escolha dos municípios participantes, o presente estudo tomou como base os municípios-sede do DRS VI, ou seja: Bauru, Jaú, Lins, Avaré e Botucatu. Esta opção deu-se porque tais municípios adotam a ESF como modelo assistencial, foco desta pesquisa, e por assumirem, em razão da posição administrativa que ocupam, certa ascensão aos demais municípios, qualificando o trabalho em questão, numa importante região de saúde do Estado de São Paulo.

Como etapa necessária à autorização para a realização desta pesquisa, houve a necessidade de se obter a anuência do DRS VI- Bauru/São Paulo através de apresentações do projeto de pesquisa nas Câmaras Técnicas (CT) e Comissão Intergestores Regional (CIR) de cada região colegiada envolvida.

A participação nos encontros das CT era necessária para que o projeto fosse inserido na pauta das reuniões da CIR. É importante ressaltar que as CT são formadas por representantes do estado e dos municípios e que se reúnem antes do pleno do Colegiado para analisar temas e pleitos da reunião. A CIR caracteriza-se

como instância privilegiada de negociação, articulação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito da Macrorregião de Saúde, respeitadas as definições da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), constituindo-se como espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa no âmbito regional, a partir da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integral e resolutiva. É formada pelos secretários municipais de saúde da Região de Saúde e representantes do gestor estadual que foram indicados, que no caso do DRS VI, tem o papel de coordenar a reunião. A ata de tais reuniões é enviada a todos os gestores da região, à regional de saúde e à CIB. Cabe relatar que, em um primeiro contato com os representantes DRS VI - Bauru/São Paulo, foi firmado o compromisso de apresentar os dados do referido trabalho após o término do mesmo, nas reuniões da CIR. A proposta feita pelo referido departamento, é que tais dados possam servir como referência e planejamento da ESF na região de saúde do DRS VI- Bauru/São Paulo, cumprindo desta forma o princípio da utilidade da pesquisa, na consolidação do SUS.

Assim sendo, foi apresentado o projeto de pesquisa para as CT e CIR, nos respectivos dias e municípios, como visualizado no quadro abaixo.

Quadro 1 – Apresentações do projeto de pesquisa nas reuniões da CT e CIR

Municípios	CT	CIR
Bauru	02/09/2015	16/10/2015
Jaú	09/09/2015	23/10/2015
Lins	22/09/2015	27/10/2015
Pólo Cuesta (Botucatu)	28/09/2015	07/10/2015
Vale do Jurumirim (Avaré)	13/10/2015	21/10/2015

3.3 Participantes da pesquisa

Na sequência, após a anuência de cada um dos municípios envolvidos, a pesquisadora entrou em contato com os gestores municipais identificados nas reuniões da CIR para agendar as entrevistas com representante de cada um dos municípios – sede. Foram entrevistados secretários de saúde dos municípios escolhidos ou representantes por eles designados, bem como enfermeiros das ESF indicados pelos primeiros. Para tal indicação, a sugestão dada aos gestores foi a de um enfermeiro por município, atuante há pelo menos um ano em ESF, com ênfase em participantes que pudessem dar respostas pertinentes em relação ao objeto estudado. Tratou-se, assim, de uma amostra intencional, totalizando 10 participantes, cinco gestores e cinco enfermeiros. A intencionalidade, tem como propósito considerar que tais participantes forneceria dados ricos, interessantes e suficientes para exprimir as informações pretendidas, sob diferentes pontos de vista.⁽³²⁾

3.4 Procedimentos para a coleta dos dados

Como técnica de coleta de dados foi empregada a entrevista semiestruturada, que combina perguntas fechadas e abertas. Essa técnica permite que o entrevistado discorra sobre o tema, de forma livre, sem condições impostas pelo pesquisador.⁽²⁸⁾

As entrevistas em questão foram orientadas por dois momentos: uma de identificação inicial dos participantes, a fim de caracterizá-los quanto à formação e atuação profissional e outra de perguntas acerca de suas representações sobre a prática clínica de enfermeiros desenvolvida nas USF. Para os gestores, as questões foram sobre a atuação do enfermeiro, nesse contexto (Apêndices I e II). O tempo decorrido para responder tais questões foi de aproximadamente 30 minutos. As entrevistas foram previamente agendadas e audiogravadas no período de fevereiro a junho de 2016, nos próprios locais de trabalho, e depois de sua transcrição o conteúdo foi apagado.

3.5 Procedimentos para análise dos dados

A organização do material obtido a partir das entrevistas foi realizada pela Análise de Conteúdo, conforme proposto por Lawrence Bardin.⁽³³⁾

A análise de conteúdo configura-se como um conjunto de técnicas de análise de comunicação realizada por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, para obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção dessas mensagens.⁽³³⁾ Dentre as modalidades de Análise de Conteúdo, realizou-se a Análise Temática, que ao recortar, a partir do conteúdo das mensagens obtidas, as unidades de registro, permite descobrir os núcleos de sentido que compõem a investigação, cuja presença signifique o objeto analítico visado, por temas de análise.⁽²⁸⁾

O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado que é graficamente apresentado através de uma palavra, de uma frase ou de um resumo.⁽³³⁾

Operacionalmente, esse processo analítico dividiu-se em três partes:

1. Pré-análise: consistiu na leitura flutuante dos depoimentos coletados pelas entrevistas, permitindo a constituição do *corpus* e a formulação e reformulação dos pressupostos e objetivos desta pesquisa, a partir da configuração das unidades de registros que compuseram a comunicação analisada. Nesse momento, foi necessário revisitar os objetivos desta pesquisa e confirmar o seu foco.
2. Exploração do material: realizou-se a operação classificatória com o intuito de alcançar o núcleo de compreensão do texto pela categorização, que é um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, que fazem sentido ao que se pretendeu responder com a pesquisa. Desta forma emergiram os núcleos de sentido como categorias temáticas;
3. Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação: os resultados brutos foram submetidos a operações que permitiram colocar em relevo as informações obtidas. Nesse momento, se propôs inferências e interpretações, inter-relacionando com o quadro teórico-conceitual,⁽²⁵⁾ que

no caso desta pesquisa foi o da TRS e da Clínica Ampliada e Compartilhada.^(7,8)

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, via Plataforma Brasil, sendo aprovado em 05 de dezembro de 2015 (CAAE 51047415.6.0000.5411).

Os participantes do estudo foram convidados como voluntários, dentro das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde), com a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III).

No decorrer do texto, com o intuito de preservar a identidade dos participantes, quando foi necessário ilustrar com trechos de entrevistas, os mesmos foram citados como G (gestores) e E (enfermeiros), letras seguidas pelo respectivo número de ordem da entrevista realizada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos participantes quanto à formação e atuação profissional.

Participaram desta pesquisa 10 profissionais, sendo cinco enfermeiros e cinco gestores municipais de saúde dos municípios referidos anteriormente. Destes um era terapeuta ocupacional, um era médico e três eram enfermeiros. Oito eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. O tempo de formado variou entre cinco a 25 anos. Oito fizeram o curso de graduação em instituições privadas e dois em instituições públicas de ensino. Todos com mais de um ano de atuação nas referidas funções, na ESF. Seis possuíam curso de especialização em Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho ou Gestão em Saúde e três fizeram residência em Saúde da Família.

4.2 Representações sociais de gestores e dos enfermeiros sobre a prática clínica do enfermeiro na ESF

Seguindo os princípios da Análise de Conteúdo, modalidade Temática,⁽³³⁾ foi possível sistematizar os depoimentos coletados em categorias e subcategorias temáticas, que possibilitaram a expressão e a análise das representações sociais apreendidas.

O Quadro 2 sintetiza as categorias e subcategorias temáticas elaboradas.

Quadro 2–Síntese das categorias e subcategorias temáticas.

Categorias	Subcategorias	Participantes
Prática clínica dos profissionais na ESF: influências do modelo da Clínica Tradicional.	A integralidade do cuidado deve pautar a prática clínica dos profissionais na ESF.	G1, G2, E2, E3
	A prática clínica dos profissionais revela-se de forma fragmentada e isolada.	G1, G4, E1
	A clínica encontra sucesso na conformidade às prescrições profissionais.	E1
Prática clínica do enfermeiro na ESF: prática oficialmente outorgada a ser, de fato, reconhecida.	A prática clínica do enfermeiro se estabelece sob diferentes modalidades de atendimento, especialmente na consulta de enfermagem.	G3, E2, E3, E5
	A consulta de enfermagem apresenta limites e tem pouco reconhecimento.	G1, G2, G4, G5, E2, E3, E4
Potencialidades da prática clínica do enfermeiro para valorização do usuário como sujeito do cuidado integral em saúde na ESF.	O enfermeiro como gerente da unidade e gestor da prática clínica.	G2, G4, E2, E4
	O enfermeiro com habilidades para a escuta qualificada e gestor do processo clínico individual.	G1, G2, G3, E1, E2, E3, E4

4.2.1 Prática clínica dos profissionais na ESF: influências do modelo da Clínica Tradicional.

A integralidade do cuidado deve pautar a prática clínica dos profissionais na ESF

As representações apreendidas sobre prática clínica em ESF, tanto por parte dos gestores quanto por parte dos enfermeiros, convergiram em caracterizá-la como o atendimento às necessidades e demandas dos usuários, que privilegia

aspectos que vão além do corpo biológico doente, ancorando suas concepções no referencial da integralidade do cuidado em saúde.⁽³⁴⁾

A prática clínica para mim é a capacidade de determinado profissional entender o paciente como um todo. Não entender o paciente como uma dor de cabeça, uma senhora como uma dor de barriga, o senhor da dor do ombro e sim como: Seu José, que é um paciente de tal idade, que tem determinados problemas e que precisa de um determinado tratamento. (G2)

Penso que a prática clínica é o atendimento ao usuário, não só na questão biológica, mas na parte psicossocial também. É o ver como um todo, de forma mais ampliada. Eu desenvolvo essa prática nos meus atendimentos, nos grupos que eu faço, nas visitas domiciliares e nos atendimentos da demanda espontânea, quando faço a abordagem clínica. (E3)

Os recortes dos depoimentos anteriores ilustram a sua aproximação aos preceitos do cuidado integral e do referencial da Clínica Ampliada e Compartilhada.⁽³⁵⁾

A integralidade tem sido defendida como um fio condutor dos processos de mudanças no cuidado em saúde das pessoas, a fim de romper com a fragmentação das práticas de saúde. Isso se daria por meio da valorização da escuta/acolhimento das necessidades e das respostas às demandas apresentadas; integração das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social e das articulações de graus e modos de ações interdisciplinares e intersetoriais para a produção de saúde.⁽³⁶⁾

O modelo da Clínica Ampliada e Compartilhada vem ao encontro da efetivação da integralidade, o qual propõe, basicamente, a articulação de práticas e o diálogo de diferentes saberes para a compreensão dos processos de saúde e adoecimento e inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, na elaboração de seu projeto terapêutico.⁽³⁵⁾

Desde 1994 o modelo assistencial priorizado para ser seguido na rede de APS brasileira é o da ESF, que tomando o indivíduo, a família e a comunidade como unidade de cuidado, pressupõe vínculo próximo entre os usuários e profissionais de saúde, com vistas a atender a maior parte das necessidades de saúde que se apresentarem, sobretudo, para o cumprimento do cuidado integral em saúde. Para tal, na operacionalização desse modelo, deve-se realizar o trabalho interprofissional e intersetorial e garantir a participação social,⁽⁶⁾ referendando assim as premissas da Clínica Ampliada e Compartilhada.⁽³⁵⁾

Ancorando suas representações nos pressupostos da ESF, coerentemente, gestores e enfermeiros, defenderam que a prática clínica dos profissionais da saúde deva ser desenvolvida com maior qualidade para promover o vínculo profissional-usuário e a integralidade nos atendimentos realizados.

A prática clínica é desenvolver no dia a dia, realmente, a função do profissional, trabalhar efetivamente na prevenção diária, assistir a população mais de perto. E na ESF, isso dá para fazer com mais qualidade. É chegar e chamar o paciente pelo nome, sentar e conversar com privacidade. A gente o conhece como um todo, não só o paciente, mas toda a família. (E2)

(...) a gente sabe que, por exemplo, o foco da ESF é justamente o vínculo com o paciente. É justamente conhecer o domicílio do paciente. Você conhecer não só o problema de saúde dele, mas conhecer que ele está desempregado, que ele está separado, que ele tem uma dependência química, uma dependência do álcool (...). Que uma mulher é agredida pelo marido, que é traída pelo marido (...). Enfim, a gente tem diversas situações, extra a Saúde, que não são especificamente [da área] da saúde, mas que interferem direta ou indiretamente na saúde desses pacientes. Então, acho que isso é exercer prática clínica. (G2)

A prática clínica dos profissionais revela-se de forma fragmentada e isolada.

Apesar do alinhamento das representações apreendidas ao cuidado integral em saúde, essas revelaram que no cotidiano da ESF, existem dificuldades para os profissionais operacionalizarem seus preceitos. Deste modo, a prática baseada no modelo da Clínica Tradicional é exercida, adotando-se a abordagem biologicista no cuidado em saúde aos usuários. ⁽⁸⁾

Hoje se tem muitas dificuldades, pelo menos no que enxergo da prática clínica na ESF. É que existe uma segmentação do estudo, da avaliação do paciente (...). Não se envolvem aspectos sociais, médicos, de saúde, clínicos. Fatores até individuais muitas vezes são descartados. (E1)

Os profissionais não têm uma prática clínica adequada e, por vezes, só dão valor aos resultados laboratoriais! Não tem nem exame físico, é tudo voltado para o laboratorial, imagem, para o RX. Isso dificulta e encarece o atendimento. (G1)

Destaca-se que a fragmentação do cuidado em saúde é relatada, inclusive, ao se operacionalizar a prática sob o modelo da Clínica Tradicional, na dimensão biologicista, afastando-se tanto da Clínica Ampliada quanto da Compartilhada.

Uma vez, o médico atendeu uma paciente, ela estava com dor de ouvido e foi no otorrino, o otorrino pediu um hemograma e uma cultura. Ai ela teve dor nas costas, foi no ortopedista, que pediu um RX. Depois, o problema ocular, o oftalmologista tratou como conjuntivite e não melhorava. Ninguém pesquisou a paciente como um todo e era, na verdade, sífilis secundária. Todos fragmentaram a paciente e todas as queixas eram sinais e sintomas da sífilis secundária. Ficou tudo fragmentado. Tudo ficou voltado para as especialidades, mas faltou uma boa anamnese, um bom exame físico geral. (G4)

A prática clínica fragmentada e realizada de forma isolada, que aparece no processo de trabalho multiprofissional das equipes, vem colidir com a possibilidade da integralidade, como explicitam os depoimentos acima. Para os entrevistados, os profissionais da saúde, em boa parte, não estabelecem encontros promotores de vínculo e de responsabilização pelo sujeito, interferindo assim na resolução de muitos problemas típicos da APS. Para a construção de vínculo é necessário estabelecer laços interpessoais orientados para uma cooperação mútua entre os envolvidos nos processos de cuidar. Quanto mais familiaridade, mas facilmente se darão esses processos, tornando as ações mais resolutivas e autônomas.⁽³⁵⁾

Outra faceta identificada nas representações e que contribui com segmentação do cuidado em saúde, refere-se às relações de poder que se estabelecem entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

A clínica encontra sucesso na conformidade às prescrições profissionais.

Em um contexto que privilegia o modelo da Clínica Tradicional, coerentemente, as representações valorizaram a clínica para a cura das doenças e resolução dos agravos de saúde, viabilizada pelo saber técnico-científico dos profissionais de saúde, que devem utilizá-los e transmiti-los aos usuários, por sua vez, desprovidos e necessitados dos mesmos.

Vejo que há uma facilidade (na prática clínica). Como a população é um pouco vulnerável, sem muita cultura e sem muito desenvolvimento naquele local, tudo que você falar para eles, eles acatam. Há facilidade, então, para fazer orientação, tudo que você fala é novo. Também, tem muitos idosos e eles acatam muito, e com isso conseguimos mudar muitas coisas. (E1)

Verifica-se a expectativa de uma postura passiva e consoante dos usuários em resposta às intervenções propostas pelos profissionais, diferente daquilo que propõe a Clínica Ampliada e Compartilhada, que de outro modo, destaca a importância do reconhecimento das diferentes necessidades biopsicossociais dos sujeitos e a facilitação da posição ativa dos mesmos nas apropriações e decisões sobre o processo saúde-doença que estão vivenciando.⁽³⁵⁾

Emerge também da fala acima, o não reconhecimento da vulnerabilidade dos usuários/comunidade pela equipe, o que pode dificultar a construção do cuidado voltado às necessidades reais das pessoas. Tal constatação corrobora novamente com a identificação de que os profissionais não têm incorporadas premissas fundamentais da Clínica Ampliada e Compartilhada.

Contrariamente, ao se representar as relações entre profissionais e usuários como relações desiguais de poder, por consequência os serviços de saúde passam a ser vistos não somente como um local promotor de cuidado aos seus usuários, mas como um ambiente favorável a transmissão do saber profissional.⁽⁵⁾

O distanciamento nas relações entre profissionais e usuários, especialmente, contribui com atitudes de desatenção para com os aspectos psicossociais desses últimos. Admitindo-se a singularidade dos sujeitos e a complexidade dos processos saúde/doença, torna-se possível estabelecer a abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento e não da doença. Buscam-se, assim, práticas de saúde integrais, resolutivas e satisfatórias para todos os envolvidos, conforme previsto na Política Nacional de Humanização (PNH). Essa

proposta estatal indica que a humanização no SUS se dará pelo reconhecimento de cada pessoa como legítima cidadã de direitos, com valorização e incentivo de sua atuação na produção de saúde.⁽³⁷⁾

As representações sobre as especificidades da prática clínica do enfermeiro no ESF seguem apresentadas e discutidas.

4.2.2 Prática clínica do enfermeiro na ESF: prática oficialmente outorgada a ser, de fato, reconhecida.

A prática clínica do enfermeiro se estabelece sob diferentes modalidades de atendimento, especialmente na consulta de enfermagem.

De modo geral, os entrevistados representaram a prática clínica como inerente ao trabalho a ser desenvolvido pelo enfermeiro nas USF, devendo ocorrer nos momentos e situações para que se possa prestar o cuidado em saúde a esses últimos.

Claramente, a ancoragem dessas representações se faz nas políticas e programas que abordam o processo de trabalho da equipe de saúde na APS, as quais indicam que a prática em foco deva ocorrer em diferentes espaços de interação, quer seja em modalidades de atendimentos individuais ou coletivos.⁽³⁸⁾

Os gestores participantes deste estudo, coerentemente às propostas políticas oficiais discorreram sobre as possibilidades de atuação do enfermeiro na ESF, relacionando a prática clínica do enfermeiro a modalidades coletivas de atendimento.

A meu ver o enfermeiro precisa ser dinâmico, trabalhar com o território, fazendo a intersetorialidade, parcerias com a comunidade, reconhecer grupos vulneráveis e ter habilidade intelectual para conhecer as dificuldades e potencialidades para desenvolver ações de prevenção e promoção naquele determinado território. (G3)

Os enfermeiros, por sua vez, relacionaram a prática clínica do enfermeiro a modalidades coletivas e individuais de atendimento, com destaque à consulta de enfermagem:

Então, a prática clínica, eu entendo que é o papel do enfermeiro em desenvolver as consultas de enfermagem. (E2)

Eu desenvolvo essa prática nos meus atendimentos, nos grupos que eu faço e nas visitas domiciliares. (E3)

A gente vê a prática clínica como a consulta de enfermagem. (E4)

Para mim, prática clínica é tudo aquilo que a gente executa para o paciente, em toda a assistência de enfermagem, desde o curativo até uma visita domiciliar. No caso da USF, é tudo que é executado pelo profissional para o paciente. (E5)

Assim, os participantes desta pesquisa defenderam que, a partir do momento em que há encontro/interação com o paciente há que se estabelecer uma prática de atuação que possibilite a satisfação das necessidades e demandas apresentadas. Cabe entender como tem se dado, na realidade estudada, essas “modalidades de atendimentos”, pois se assim for feito, as representações sociais além de descrevê-las poderão ressignificá-las, enquanto prática clínica do enfermeiro na ESF.

Contemplada em destaque nos depoimentos dos enfermeiros, a consulta de enfermagem foi representada, inclusive, como sinônimo de prática clínica.

A consulta de enfermagem, além de constar das políticas e programas de saúde, está prevista e legislada pelos órgãos internos da profissão, como uma atividade processual e sistematizada em fases: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem (ou evolução de enfermagem). Sua finalidade consiste em orientar o cuidado de enfermagem voltado à pessoa, à família ou à coletividade humana, em um dado momento do processo saúde doença.⁽¹⁴⁾

Tem-se que, na execução da consulta de enfermagem, o enfermeiro deva lançar mão de referenciais teórico-metodológicos consolidados, que além de organizarem essa prática, irão imprimir rigor científico a tal prática. O Processo de Enfermagem configura-se como referencial metodológico mais utilizado no Brasil, sendo descrito como a essência da prática da Enfermagem e definido como

ferramenta que possibilita a identificação, a compreensão, a descrição e a explicação das necessidades dos indivíduos.⁽³⁹⁾

No entanto, ao prosseguir no entendimento como tais consultas estão se dando, é importante perceber que elas, apesar de serem representadas como sinônimo de prática clínica, ainda não têm se mostrado fortemente presentes no contexto enfocado, de tal forma, que gestores e enfermeiros, representaram os limites para a sua execução na ESF.

A consulta de enfermagem apresenta limites e tem pouco reconhecimento.

Especificamente quanto à consulta de enfermagem, pode-se identificar como um de seus limites a ideia de que sua realização somente será possível após o acolhimento do usuário, quando houver a definição prévia de que aquela é uma situação cabível à possibilidade de resolução clínica pelo enfermeiro.

Desde que a gente acolhe o paciente, se eu tenho como resolver essa demanda eu consigo fazer a anamnese, eu consigo fazer exame físico, eu consigo fazer o diagnóstico de enfermagem, uma prescrição de enfermagem e direcionar o caminho desse paciente.

(E2)

Essa representação apresenta coerência científica e legal ao se admitir que, focando na demanda trazida e pensando na resolução dos casos, o enfermeiro está utilizando-se do raciocínio clínico, ou melhor, está adquirindo consciência do que é para fazer frente à situação que se apresenta, avaliando e classificando possibilidades para si mesmo, no intuito de formar e guiar a sua conduta.⁽⁴⁰⁾ Por outro lado, ela evidencia novamente elementos pertencentes a uma clínica fragmentada e isolada, como se cada profissional tivesse uma conduta estanque (resolutiva ou não resolutiva) para os casos que se apresentam.

Dá para se inferir que, quando o enfermeiro não dá continuidade ao Processo de Enfermagem, ao entender que não poderá resolver o problema de saúde do usuário, é porque está considerando como objeto de diagnóstico e intervenção a doença ou o agravo e não o sujeito que ali se apresenta. O acolhimento assim realizado configura-se muito mais como uma atividade do que

uma atitude que deverá estar presente em toda a relação com os usuários, aproximando-se das premissas da Clínica Ampliada e Compartilhada.

Espera-se que, para realizar a consulta de enfermagem, o enfermeiro lance mão de escopo de conhecimentos e habilidades próprios para auxiliá-lo na elaboração do raciocínio clínico específico para determinada situação, de tal forma a localizar os problemas e/ou necessidades que precisem de intervenções de enfermagem.⁽¹⁴⁾ Porém, se o seu raciocínio já está subjugado ao raciocínio médico, ele não verá importância em prosseguir na identificação de problemas e intervenções pertinentes aos problemas levantados (de cunho médico), não correspondendo, portanto, às expectativas da gestão.

Aqui eu tenho 20 enfermeiros, com autonomia apenas uns quatro. A maioria não assume a autonomia do enfermeiro, não faz uma sistematização, uma consulta de enfermagem efetiva. Tem muito medo, não quer se apoderar da situação, do paciente, de querer mudar as coisas. (G4)

Outro limite à realização das consultas de enfermagem representado foi aquele voltado à organização da agenda dos profissionais para os atendimentos, em face à proposta do pronto atendimento às demandas dos usuários.

(...) a gente abre a agenda um dia no mês (...). O paciente tem que chegar às 7 horas da manhã, a enfermeira faz uma triagem, acolhe a queixa dele e faz uma classificação de risco. É claro, de certa forma, por que se o paciente chegou as 05h30min da manhã, como classificar o risco? Nesse dia atendo umas 60 pessoas no período da manhã. Passo uma manhã toda ouvindo esses casos. Perco uma manhã toda e não consigo priorizar o que tem necessidade. Olha que complicado! Chega uma hora que você está lá no 50º e pouco e a sua cabeça não está mais funcionando. (E3)

Voltando ao conceito de integralidade, a par de seus múltiplos sentidos, anteriormente abordados, o que se busca *a priori* é recusar-se às formas de reducionismo dos sujeitos a objetos. Nesse sentido, as práticas de cuidado passam a ser essencialmente intersubjetivas e pautadas por uma perspectiva dialógica, com vistas à determinação das necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação, tanto de grupos como de pessoas. Assim, quando os serviços de saúde,

por diversos motivos, não se propõem a buscar valores de qualidade para pautar suas práticas, produzem barreiras que dificultam a inclusão das pessoas, agravando muitas vezes os seus sofrimentos. O enfermeiro, ao se adequar a essa organização reducionista, tolhe sua prática em ações contrárias àquelas voltadas às premissas da Clínica Ampliada e Compartilhada, como se pode perceber no depoimento anterior e no próximo.

É exigida a sistematização da assistência. O COREn sempre passa e exige isso. Eu acho que isso facilita a atuação do enfermeiro, ajuda na construção do diagnóstico, da prescrição e até do agendamento do retorno desse paciente, no caso até trabalhar com a agenda. Mas há uma resistência da gestão que é a de não trabalhar com a agenda. O paciente chegou tem que ser atendido. Daí fica difícil.(E5)

E5 ressalta que, mesmo com a cobrança do órgão fiscalizador da profissão, a adoção do pronto atendimento como modalidade privilegiada de organização da demanda dificulta a realização da consulta de enfermagem a contento, principalmente a de agendamento prévio.

A ausência de protocolos clínicos aprovados pela gestão e pactuados pela equipe de saúde também foi apontada como limite à realização da consulta de enfermagem.

Muitos casos que chegam à unidade, eu consigo colocar comigo, mas tem casos que não. Por exemplo, o paciente quer fazer exames de rotina, sem nenhuma queixa, eu poderia atendê-lo, mas eu não tenho protocolo que me permita pedir exames de rotina. Daí ele (usuário) vai para o médico para obter exames apenas.(E3)

Em seu depoimento, E3 explicita a ausência de protocolo, como um impedimento a uma assistência mais resolutiva e ágil. Considerando que protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado com o objetivo de conduzir os profissionais nas decisões de assistência, ⁽⁴¹⁾ a sua ausência limita o desenvolvimento da prática autônoma do enfermeiro. No entanto, cabe ressaltar que para isso, o seu uso não deve se dar de maneira meramente burocrática, sem que esse faça parte da intencionalidade de cuidado a ser proposto.

Outra apreciação representada sobre o limite imposto para a não execução das consultas de enfermagem foi a centralidade da atuação do

profissional médico. Tal centralidade pode vir como uma dependência do usuário ao médico, dificultando o trabalho do enfermeiro, pois como destaca G1, o usuário só se sente de fato atendido na presença do médico. Também, se observa subserviência quando o enfermeiro atua para “facilitar” o trabalho do médico, abolindo o seu saber profissional.

(...) o enfermeiro encontra essa barreira porque, se o profissional médico não está na USF, o usuário não frequenta, ele não vai, ele não vai, ele não vai até lá. Você pode ter uma equipe de profissionais lá, mas ele (usuário) procura o médico, e se o médico não estiver ele não aparece (G1).

Os enfermeiros continuam sendo “secretários de médicos”, não querem assumir sua real função. O médico pede um exame, eles têm autonomia para fazer e fazem bem, preparando tudo para o médico. Agora numa consulta de enfermagem não têm autonomia, digo consultas de enfermagem básicas, para hipertenso, diabético, uma troca de receita básica, eu não enxergo essa autonomia. (G4)

Ressalta-se que, historicamente nos serviços orientados pelo Modelo da Clínica Tradicional, os cuidados médicos sempre foram os únicos válidos por serem científicos, cabendo ao enfermeiro o cuidado secundário àquele realizado pelo médico, no campo do auxílio ao trabalho do médico.⁽¹⁵⁾ O poder médico explicitado nas representações do gestores e enfermeiros tem sua explicação na crença da Ciência, levando o médico, que a ela adere, a assumir uma posição de onipotência diante da doença e do próprio paciente, passando a ser um “guardião da verdade que deve ser imposta ao paciente”, de tal forma a se perpetuar devido à legitimidade e dependência a esse tipo de prática.⁽¹⁵⁾

Tal poder não confere uma autoridade somente técnica, mas também moral, além de trazer um papel normalizador, de tal maneira que as instituições de saúde se transformam num local de saber, que ao se focar na doença e não na pessoa, desqualifica a subjetividade e singularidade de qualquer fato clínico,^(5,35) o que dificulta mais uma vez a integralidade da prática clínica.

A ação do enfermeiro é, dessa forma, subjugada à lógica dominante do trabalho médico,⁽⁶⁾ tendo ela seu núcleo cuidador empobrecido, orientado à produção de procedimentos, como foi exemplificado no depoimento de G4, ao usar o

jargão “secretários de médicos”, o que na verdade se revela como uma representação do trabalho do enfermeiro.

Ainda devido a esse empobrecimento do seu núcleo cuidador, quando amplia o seu olhar para outros aspectos, o enfermeiro não avança no sentido de trazer isso como “expertise” de sua profissão.

O paciente vai e fala o que ele tem para a recepção e daí é encaminhado para o enfermeiro, que faz o acolhimento e vê a necessidade dele. Por exemplo, às vezes, ele quer uma guia de mamografia, não tem ginecologista como o médico de família, mas o enfermeiro agiliza isso, faz a guia da mamografia. (G5)

Acabei de receber uma paciente com papa alterado, estágio 3, desde janeiro ela não estava conseguindo consulta. Chegou aqui com queixa de dor abdominal. Com a conversa eu descobri que ela estava com o papa alterado e o resultado estava alterado. Com certeza, esses meses de alteração sem tratamento influenciarão na evolução da doença. A partir disso, liguei na nossa referência e consegui um ginecologista para amanhã. Em meia hora de consulta demos um encaminhamento para ela, bastou conversar com ela, foi só isso que eu fiz. (E2)

Quando o enfermeiro subestima a sua ação, dizendo que o que fez foi “somente uma conversa” ele estará corroborando com a informação que os núcleos vinculados às tecnologias duras e leve-duras é que são importantes, de tal forma a deixá-los num processo favorável de dominação diante dos outros recortes profissionais,⁽⁶⁾ trazendo novamente a figura do médico, como a representante central de tais tecnologias. Cabe aqui lembrar os conceitos sobre tecnologias, a saber: a leve, como aquelas relacionadas ao vínculo, autonomização, acolhimento e a gestão como uma forma de governar processos de trabalho; a leve-dura, como os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e outros e dura, exemplificadas a partir os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.⁽⁹⁾ Tais conceitos são de extrema importância para definir a abordagem assistencial de um profissional de saúde junto aos usuários, no entanto, nas representações dos enfermeiros há um total apagamento dessa

abordagem, representada por uma qualificação profissional, em termos de senso comum e não condizente a um saber próprio da profissão de enfermeiro.

Todos os que chegam à unidade passam por consulta médica, eu só converso ou faço uma triagem, se todas as consultas foram agendadas ou o médico não está mais, daí eu acolho vejo a queixa, vejo o que eu posso resolver ou encaminhado para outro serviço de emergência, se é uma dor aguda ou para o assistente social, se for o caso. (E5)

Nesse sentido, o enfermeiro encontra espaço de atuação em atendimentos clínicos quando há a ausência do profissional médico.⁽⁶⁾ Nesses momentos, é que o enfermeiro identifica “um fazer” em sua prática cotidiana para além dos procedimentos citados, porém na lógica da chamada “pseudoconsulta médica”, citada em estudo anterior,⁽¹⁶⁾ como algo que diverge da chamada “clínica do cuidado”.

Nas representações dos gestores, isso é um problema para a efetividade dos atendimentos, pois o enfermeiro, quando exerce sua prática para suprir a consulta médica, o faz com discutível competência.

Muitas vezes as faltas ou ausência de alguns médicos acaba sobrecarregando muito o trabalho do enfermeiro porque ele se vê na responsabilidade de atender a demanda. E, aí, entra na história da competência. Então, são coisas que acabam se linkando, ou seja, ele faz atendimentos fora de sua competência. (G2)

Independente da forma em que os limites apontados anteriormente se dão nas unidades pesquisadas, constata-se um “apagamento” da prática clínica do enfermeiro, que segue afastada das premissas do modelo da Clínica Ampliada e Compartilhada. No entanto, é notório que tal apagamento está de certo modo tão naturalizado que o enfermeiro, não o percebe como algo ruim, corroborando com aquilo que já foi dito acima, como algo passível de contribuir com o andamento dos serviços de saúde.

Para os crônicos, eu trabalho com as orientações, a consulta é o doutor mesmo que faz, por que eu acho que a resolubilidade dele é maior no tratamento. Faço mais puericultura, pós-parto, pediatria e casos agudos. Crônicos eu faço também, mas prefiro deixar com o médico. (E4)

Quando apropriação da consulta de enfermagem está ameaçada, por parte do enfermeiro, outro problema que emerge é a não identificação do limite de sua atuação, fazendo com que esse profissional se perca no desenvolvimento de outras atividades, que podem não fazer parte do seu escopo de atuação.

O enfermeiro tem que ter percepção até onde ele pode ir, porque muitas vezes isso é um problema, às vezes, ele quer resolver além do que pode e daí gera problema, gera problema de ordem ética – profissional, problema legal, jurídico, judicial, então é importante saber até onde cada um pode ir e não forçar além daquilo, para evitar problemas. (G2)

Tem-se que o enfermeiro, como um profissional que tem uma visão geral do processo de trabalho desenvolvido na ESF, e pautando-se nisso, acaba por assumir a resolução dos problemas que surgem. Nesse sentido, os enfermeiros apresentam muito mais um comportamento político do que técnico,⁽⁴²⁾ deixando inclusive de assumir, por exemplo, a consulta de enfermagem, como parte daquilo que se requer para o desempenho de sua prática clínica. Isso foi tão fortemente representado, que na visão da gestão há um pedido para que o enfermeiro desempenhe o que de fato condiz com sua prática clínica, trazendo um elemento a mais, que se assim o fizer, desempenhará uma prática mais refinada.

O enfermeiro tem que executar o trabalho propriamente dito dele, o trabalho para que ele é de origem, de formação e de contratação, para que ele possa então deixar mais refinada a prática clínica dele. (G2)

As representações discutidas nessa subcategoria dão margem para que se identifiquem tensões contrárias à prática autônoma e resolutiva do enfermeiro, que vão resultar em um fazer do enfermeiro onde a prática clínica não é priorizada.

Essa relação de não se apropriar da prática clínica como ponto forte do trabalho do enfermeiro aparece, nas representações apreendidas, sob a forma de diversas roupagens, como a de não querer autonomia profissional e a utilização do termo “zona de conforto” para aqueles enfermeiros que não desempenham a prática clínica (consulta de enfermagem). Parece incoerente, mas não desempenhar a

prática clínica deixa o enfermeiro numa “zona de conforto”. Como isso pode acontecer se é defendido que a prática clínica é o “saber fazer” da profissão?

Eu posso ficar aqui (na unidade) e apenas gerenciar a unidade de saúde, e ficar na minha zona de conforto sem me envolver com o paciente, eu teria condições de direcionar os funcionários: você faz isso, você faz aquilo, mas isso permitiria um distanciamento até das questões gerenciais lá na frente, eu falo zona de conforto nesse sentido. (E2)

Falando do enfermeiro, ele não quer essa autonomia, ou melhor, ele corre dessa autonomia. Estamos montando o protocolo de enfermagem, a gente entrega em mãos e depois nada muda, não vejo ninguém estudar, continuam sendo “secretários de médicos”. (G4).

A Atenção Primária desenvolve muitos cadernos, muitos manuais, mas se eu ficar só no protocolo, só no protocolo, a gente tem uma visão muito minimalista da situação. É o dia do hiperdia, então você só vai fazer hiperdia? Eu tomo até cuidado de falar, o dia do hiperdia! Então você só vai fazer o hiperdia? E se eu não encontrar as demandas? Isso não é comigo, por que hoje é o dia do hiperdia, não né! porque o protocolo diz isso pra gente no hiperdia você faz isso, isso e isso e pedir esses e esses exames, mas a gente sabe e deve entender que a abordagem deve ser muito mais ampliada que isso para todas as áreas e para todos os programas, o protocolo pode deixar a gente acomodado até em relação a buscar novos conhecimentos. (E2)

Com tais colocações acima, identificam-se as seguintes representações sobre o trabalho do enfermeiro: o papel do enfermeiro-chefe, que se envolve apenas com questões administrativas, direcionando o “cuidado” para os outros membros da equipe, o enfermeiro que executa procedimentos (auxiliando o médico no seu cenário de atuação) e aquele enfermeiro que atua sob a orientação de protocolos, sem, no entanto, ampliar sua visão para um cuidado mais integral à saúde.

Essa dimensão na qual o enfermeiro “escolhe” aquilo com o qual irá se envolver, certamente está ancorada na própria história da medicina científica ocidental.

Após a Segunda Guerra Mundial, a medicina avançou na área tecnológica, reforçando cada vez mais o paradigma mecanicista dominante e possibilitando intervenções no corpo humano. A Enfermagem, também acompanhou esta tendência, perdendo a essência da prática da enfermagem que é o cuidado, de tal maneira que atos técnicos ou procedimentos são habilidades em que o enfermeiro desempenha com maior destreza e, conseqüentemente, com maior autonomia, como no caso aqui representado: pelo auxílio ao médico e no desempenho de papéis administrativos.⁽⁴³⁾

Como o modelo assistencial que predomina nos serviços é o organizado a partir dos problemas específicos (do saber específico), passa-se a deixar a dimensão cuidadora num plano irrelevante.⁽⁶⁾

O enfermeiro ao desempenhar procedimentos ou papéis administrativos adquire uma posição confortável (daí a expressão, zona de conforto), quase que afirmando que é isso que se espera do seu saber profissional.

Mas voltando ao meu atendimento na puericultura , eu peso, meço, faço as orientações sobre amamentação, coto umbilical. Eu, junto com o técnico, a gente orienta a vir para pesar todo o mês, até um ano de idade. Para a saúde da mulher, o ginecologista da unidade deixa uns Kits de pedidos de exames, então já agendo para ela e ela vem na consulta com o médico já com os exames realizados. O papa eu mesma colho. Ai, fora isso toda a parte burocrática. Faço todo o fechamento, sobre as produções, pedidos de materiais, tenho um oficial administrativo, mas a conferência vem pra mim. (E5)

Tal fala ressalta a grande valorização para as questões técnicas e a atividade gerencial, vista apenas como uma atividade burocrática, sem ter relação com o atendimento. Sobre isso, autores trazem que muitos enfermeiros ainda consideram gerenciar e cuidar como atividades dicotômicas e incompatíveis, quando na verdade não são, de tal forma que aquele enfermeiro que está no cuidado tende a menosprezar a atividade do gerenciamento, atribuindo-lhe um cunho burocrático.^(44,45)

Se há um “apagamento da dimensão cuidadora”, o enfermeiro como um representante importante do trabalho na APS, desempenha aquilo que é na verdade “atividade-meio” para o cuidado efetivo em saúde.

É importante destacar que não se trata de uma “escolha” pura e simples, por uma ou outra prática a ser desenvolvida, mas de um “apagamento” da dimensão cuidadora nas práticas de saúde. No entanto, como a dimensão cuidadora é algo importante na formação do saber-profissional do enfermeiro, o mesmo, ao perceber que ela não está sendo feita, se incomoda, fazendo críticas para que haja o resgate desse “cuidado”, além do que em se tratando de realidades como a ESF, o enfermeiro é requisitado a desempenhar a prática clínica e o papel de gerente da unidade.

Por que se não a gente fica assim “nossa eu tenho o protocolo! Eu posso prescrever medicamentos, pedir exames! É uma realidade nossa, mas se você esquecer que você pode orientar, que você deve fazer grupos, que o cuidado é basicamente da enfermagem, daí é legal você prescrever, pedir exames, mas onde você orienta, onde você cuida de fato dos pacientes? É isso que pode se perder, é aí que você tem que tomar cuidado. (E2)

Contrapondo a essa fala, que questiona o lugar do cuidado na atuação do enfermeiro, há outra que de forma passiva exemplifica como sua prática tem se dado, sem perceber que a troca de um mero instrumento de informação não pode impedir que seu trabalho seja modificado. Além do que, a autonomia profissional não poderia estar ameaçada pela não atualização do protocolo, visto que quando o profissional escolhe trabalhar na APS, ele já está amparado pelos protocolos regulamentados pelas Portarias do Ministério da Saúde, portarias essas que estão em acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e de seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87.^(14,25,46)

Para o hipertenso e diabético, antes eu usava o hiperdia, então um hipertenso era descoberto eu lançava no hiperdia, fazia uma consulta de enfermagem e lançava os dados no sistema, agora existe o e-SUS e isso deu uma descontinuada. Cada unidade agora faz da forma que acha melhor, por que não temos ainda um protocolo firmado no COREN, certinho, o município não tem, estava sendo desenvolvido, mas não sei onde parou isso. (E5)

Estudo anterior⁽²⁸⁾ corrobora com essa ideia reafirmando que os protocolos podem reproduzir o modelo biologicista, se o profissional enxergar no cuidado em saúde, algo simples e imutável, bastando para tanto seguir as instruções dos mesmos para obter um resultado favorável.

Apoiados numa outra perspectiva, protocolos podem ser considerados instrumentos úteis para a prática profissional, apoiando o enfermeiro em seu raciocínio clínico, no entanto somente terá sua função reconhecida, desde que incorporada a um contexto de assistência à saúde amplo, de tal maneira que não seja um fim em si mesmo,^(25,46) como tem sido representado por esse trabalho.

O advento da ESF vem com a intenção de quebrar a hegemonia do paradigma biologicista, por isso a importância de estudar a prática clínica do enfermeiro em realidades de ESF.

Nesse sentido, a ESF é colocada como o cenário ideal para o desempenho da prática clínica, embora fazer prática clínica ainda perpassa por todas essas questões já levantadas.

Mesmo na contramão da lógica hegemônica do modelo da Clínica Tradicional, os entrevistados apontaram ações do enfermeiro que sutilmente estão sendo feitas e que contribuem para a integralidade do cuidado.

4.2.3 Potencialidades da prática clínica do enfermeiro para valorização do usuário como sujeito do cuidado integral em saúde na ESF.

Ao tomar como importantes, as potencialidades do “saber profissional” do enfermeiro em realidades da ESF, teve-se o cuidado de encontrar nos depoimentos dos gestores e profissionais aquilo que tem sido desempenhado pelo enfermeiro nas unidades pesquisadas e que ressalta qualidades no seu desempenho profissional e o torna um importante representante para viabilizar a integralidade no cuidado em saúde, mesmo que o próprio enfermeiro possa não estar dando conta de sua “expertise” e de sua intencionalidade no processo de cuidado. Pretendeu-se de alguma forma em meio a esse emaranhado de questões, onde tecnologias duras e leve-duras têm seu papel de destaque, mostrar um saber profissional do enfermeiro que tem se delineado nas equipes de saúde da família e que assegura a resolução dos problemas dos pacientes e da comunidade, por meio da utilização de

tecnologias leves no encontro com os pacientes e também através do papel na Gestão da Prática Clínica, assumido junto às equipes de saúde da família.

O enfermeiro como gerente da unidade e gestor da prática clínica.

Embora anteriormente tenha sido discutida a desarticulação entre o papel gerencial e assistencial do enfermeiro, no contexto atual da ESF, esse profissional é requisitado a desempenhar a prática clínica e o papel de gerente da unidade, que com a complexidade dos problemas faz com que o mesmo desenvolva cada vez mais habilidades.

Na ESF, a gente tem que desempenhar o papel de enfermeiro clínico e gerencial ao mesmo tempo. É muito desgastante, trabalhar em Saúde da Família, em Atenção Primária à Saúde, por que eu acho que de básico não tem absolutamente nada, é muito complexo, eu não gosto desse nome porque de básico não tem absolutamente nada. Eu vejo que tem uma complexidade muito grande, são muitas as demandas, a gente acaba desenvolvendo habilidades e se permite também desenvolver essas habilidades. (E2)

A representação que se faz do enfermeiro como gestor do serviço é notória e ocupa uma posição de destaque ao relacionar esse papel com características da própria unidade, trazendo dessa forma, uma dimensão importante, que é aquela relacionada à Gestão da Prática Clínica, ou seja, há uma dimensão gerencial importante do processo de trabalho do enfermeiro, que se articula com a dimensão assistencial. Retomando, a definição, Gestão da Prática Clínica diz respeito à organização em equipe dos cuidados às pessoas, famílias e comunidades do território,⁽¹¹⁾ o que de certa forma produz essa representação de que o enfermeiro como gestor, com o termo, “dá a sua cara à unidade que coordena”.

Eu vejo o enfermeiro, como o principal profissional, o principal funcionário, a principal categoria que está dentro da unidade e por motivos muito simples, hoje em nosso município e assim como em outras cidades, o enfermeiro é o gerente, é o responsável pela unidade e a gente percebe que quando a gente tem um enfermeiro trabalhando por um determinado tempo em uma unidade essa unidade fica muito com a carinha dele. (G2)

Ainda articulada a essa dimensão a fala abaixo, evidencia um empoderamento para as questões de cunho administrativo, revelando a capacidade do profissional enfermeiro, gestor da prática clínica, mudar questões importantes em prol da melhoria das condições de saúde local.

Você sabe que aqui tem uma coisa que eu mudei, o MS fala que o agente tem que morar naquele bairro, naquela rua, os pacientes não gostavam disso, não conseguiam se abrir, escondiam fatos. Daí eu fiz um remanejamento e a aceitação foi bem plausível, melhorou até o acolhimento na unidade, conseguimos buscar casos que a gente não sabia, de HIV, de tuberculose.(E4)

Fica evidente a representação do seu papel gerencial, de seu poder de articulação e de sua capacidade para assimilar os problemas, complexidades e diversidades atuais ao fazer mudanças pautadas em relação à questões administrativas importantes e que terão impacto na assistência.

O ano passado teve muitos casos de dengue, ele fechou o bairro dele inteirinho com os agentes dele. Ele fez campanha, foi de porta em porta. Ele faz muitas consultas de enfermagem. Teve uma criança que chegou com parada, ele reanimou, ele tá ali, quer fazer. Tenho enfermeiros que comandam a equipe como ninguém, tem liderança, sabem fazer os programas, coordenam palestras.(G4)

O enfermeiro com habilidades para a escuta qualificada e gestor do processo clínico individual.

Ao entender que a integralidade é a recusa ao reducionismo, à objetivação do sujeito e afirmação da abertura para o diálogo é promissor perceber que nas entrevistas realizadas houve ênfase dada a essa tecnologia relacionada ao ato de acolher, relacionada, sobretudo à boa comunicação, ou seja, a uma escuta qualificada.

Fica claro nos depoimentos que é essa “boa conversa”, que abrirá a possibilidade de atender as demandas dos usuários, pois pressupõe um momento de construção de transferência entre trabalhador e usuário⁽⁴⁷⁾ para que *a posteriori* haja o estabelecimento de respostas às necessidades dos mesmos.

O básico é a escuta! Se tivermos uma boa escuta e vontade de querer resolver, você consegue resolver 90% das queixas. Nós estamos elaborando protocolos, mas o básico é a escuta. (E2)

Nessa forma de trabalhar, pode-se identificar a correspondência às premissas da Clínica Ampliada e Compartilhada, de modo a evidenciá-la como uma potencialidade à gestão do processo clínico individual e da gestão da prática clínica. Essas possibilidades de encontro e de referenciar a “boa escuta” tem se dado com mais veemência no acolhimento aos usuários.

O acolhimento é definido como um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes que adentram no serviço de saúde.⁽⁴⁸⁾

Embora haja um “apagamento” em relação às tecnologias leves, o enfermeiro, assim como o gestor reverencia a prática da escuta como um saber próprio do enfermeiro, assumindo que o mesmo faz a escuta a fim de ampliar os aspectos relacionados ao processo saúde-doença. Além do que há uma representação, ancorada no “olhar holístico” do enfermeiro que tem auxiliado o mesmo no estabelecimento do plano de cuidados.

Eu vejo que o enfermeiro tem o primeiro contato com o paciente, ele tá à frente, ele pode colher muitas informações, muito mais do que o próprio médico. Ele tem uma visão do todo do paciente e ele consegue tirar muitas coisas do paciente. (G1)

Às vezes, o paciente não sara da ferida porque ele tem duzentos gatos na casa dele ou às vezes o chão é de terra. Então, são detalhes que a gente tem que valorizar porque senão passa batido e o paciente é o que mais sofre. (E1)

Nesses depoimentos, buscou-se extrair referências de acolhimento que não fossem pontuais, mas sim aquelas que a partir do ato da escuta e produção de vínculo pudessem reverter numa ação terapêutica.

Hoje resolvi um caso apenas conversando. Uma paciente com síndrome do pânico chegou nervosa, chorando, ela veio para uma consulta de rotina e daí eu vi que não era só isso, já a encaminhei para o psiquiatra, na verdade hoje ela veio para me agradecer, falando que melhorou. Eu gosto de ver a evolução do paciente. (E4)

Ampliar a qualificação técnica dos profissionais de nível médio para que os mesmo possam se beneficiar das habilidades relacionais de escuta qualificada também foi uma preocupação presente nos relatos dos enfermeiros, no sentido de promover o acolhimento como uma atitude necessária e presente no trabalho de todos da equipe.

Em relação aos auxiliares, eu oriento que eles façam dentro do limite deles, para conversar, orientar. Não precisa de graduação, tem que ter aptidão. Aqui eu tenho uma equipe boa, os agentes são bons também e os gestores estão observando isso. (E4)

Para que a escuta não se desvincule do processo de acolhimento e também do atendimento em si dos usuários, se fez necessário trazer a atuação do enfermeiro na Gestão do Processo Clínico Individual,⁽¹¹⁾ que toma como base a compilação e organização de dados e informações clínicas que permitam ter um conhecimento razoável, e a todo o momento, da situação de saúde de cada pessoa do território adscrito; incluindo a abordagem clínica individual, de modo a ressaltar práticas produtoras de boa atuação profissional.

A população acredita no nosso trabalho. Eles sentem o enfermeiro não só como referência para aquela situação: “eu briguei com o oficial administrativo e preciso resolver esse impasse e então vou conversar com a enfermeira”. Eles não vêem a gente como referencia apenas gerencial, mas como referência da prática clínica mesmo. “Então, ela é a enfermeira que tá conduzindo o meu pré-natal, ela é a enfermeira do meu bebê, ela que vai cuidar”. Quantas vezes você não ouve, “Olha, você é que cuidou do meu bebê, você é que cuidou da minha gestação”. A gente vê que a gente se torna referência, essa é uma resposta ao nosso trabalho e é uma facilidade para continuarmos, é o que nos motiva. (E2)

A parte de feridas eu gosto bastante. Essa semana fiz uma visita para uma paciente com pé diabético, não conseguia andar. A gente conseguiu reabilitar ela, hoje ela anda normal, foi para a fisioterapia.. Aqui a gente tem que fazer a parte curativa, a promoção e prevenção, a gente tem que conseguir ver o resultado. E saber que só de você ir à casa do paciente, sentar na cadeira dele, já o motiva, ele fica contente com isso viu, aqui eles são muito humildes. (E4)

Houve também depoimentos, e aqui novamente é importante ressaltar a visão do gestor, que o enfermeiro desenvolve bem ou mal sua prática, dependendo daquilo que a gestão o fornece, o que de certa forma evidencia o trabalho do enfermeiro e o papel do gestor em busca de sua autonomia profissional e do aprimoramento de sua prática clínica.

Grande fator que contribui para que eles exerçam é que muitos deles têm formação em Saúde da Família. Então, acho que a formação técnica, a formação específica é um trunfo, porque grande parte dos enfermeiros que trabalham na ESF hoje ou fizeram residência que é o nível maior em formação nessa área ou fizeram alguns cursos, capacitação, mestrado, doutorados no assunto. Em se tratando do enfermeiro a formação é um diferencial. (G2)

A autonomia é muito importante para o enfermeiro desenvolver sua prática. O enfermeiro quando ele conhece o território, ele é capaz de diagnosticar problemas de saúde individual e de toda a comunidade. Para tanto ele deve se utilizar de instrumentos como o ecomapa e o genograma. (G3)

Quando o enfermeiro une a sua capacidade intelectual, a sua habilidade técnica e a gestão colabora com diretrizes, técnicas, manuais, normas operacionais padrão, aí não tem jeito, é sucesso, uma somatória que vai garantir um bom trabalho. Se não acontecer de forma regional pelo menos aqui no nosso município vamos trabalhar com os enfermeiros o Projeto Terapêutico Singular. Está colocado no nosso Plano Regional de Educação Permanente. Tem as coisas que o usuário me relata, o que o ACS me traz, aquilo que eu observo, então temos que construir a partir desse tripé e ainda juntar com as questões da reunião multiprofissional. Porque às vezes não trouxe para o enfermeiro, mas para outros profissionais da equipe e a partir do momento que são apresentadas as situações nós não podemos ficar na inércia, nós temos que construir um plano para cada problema apresentado.(G3)

Por último, outra questão trazida, contrapondo-se ao que foi discutido acima, é a tomada de consciência pelo enfermeiro que os protocolos poderão ser aliados para aumentar sua autonomia profissional. O interessante aqui é a reafirmação colocada pela literatura,⁽²⁵⁾ que a utilização de protocolos, será bem vinda se a mesma fizer parte de uma intencionalidade para o cuidado, como se pode perceber na fala abaixo.

Protocolos estão ultrapassados, por exemplo, o da Saúde da Mulher a única coisa que eu posso prescrever é a Nistatina® e daí eu fico muito presa ao médico nessas situações, sendo que a gente sabe avaliar. Eu colho o papa e sei avaliar o caso. Para encaminhar um caso, eu descrevo o problema, discuto com ele, para poder encaminhar o paciente, se houvesse o protocolo isso não seria necessário (a discussão com o médico). Esse ano vai acontecer atualizações nos protocolos, mas eu acho que há muitos profissionais que não sabem o que estão fazendo. Por isso eu acho que todo protocolo tem que vir com uma capacitação, uma atualização, um embasamento teórico, e daí é tranquilo.(E3)

Outra facilidade é a autonomia, por que seu precisasse a todo o momento bater na porta do médico para tratar uma infecção genital, prescrever um ácido fólico que são coisas que já estão na nossa rotina eu acho que seria um fator dificultador, não ter essa autonomia com um protocolo que nos dá uma boa base, não pensando no fato de minimizar as necessidades dos pacientes, mas de facilitar o nosso trabalho. (E2)

Para retratar o conjunto de representações apreendidas, a fim de identificar, sobretudo, a organização e a hierarquização entre os elementos que a constituem e sendo fiel às representações sociais de gestores e enfermeiros sobre a prática clínica, organizou-se o diagrama abaixo.

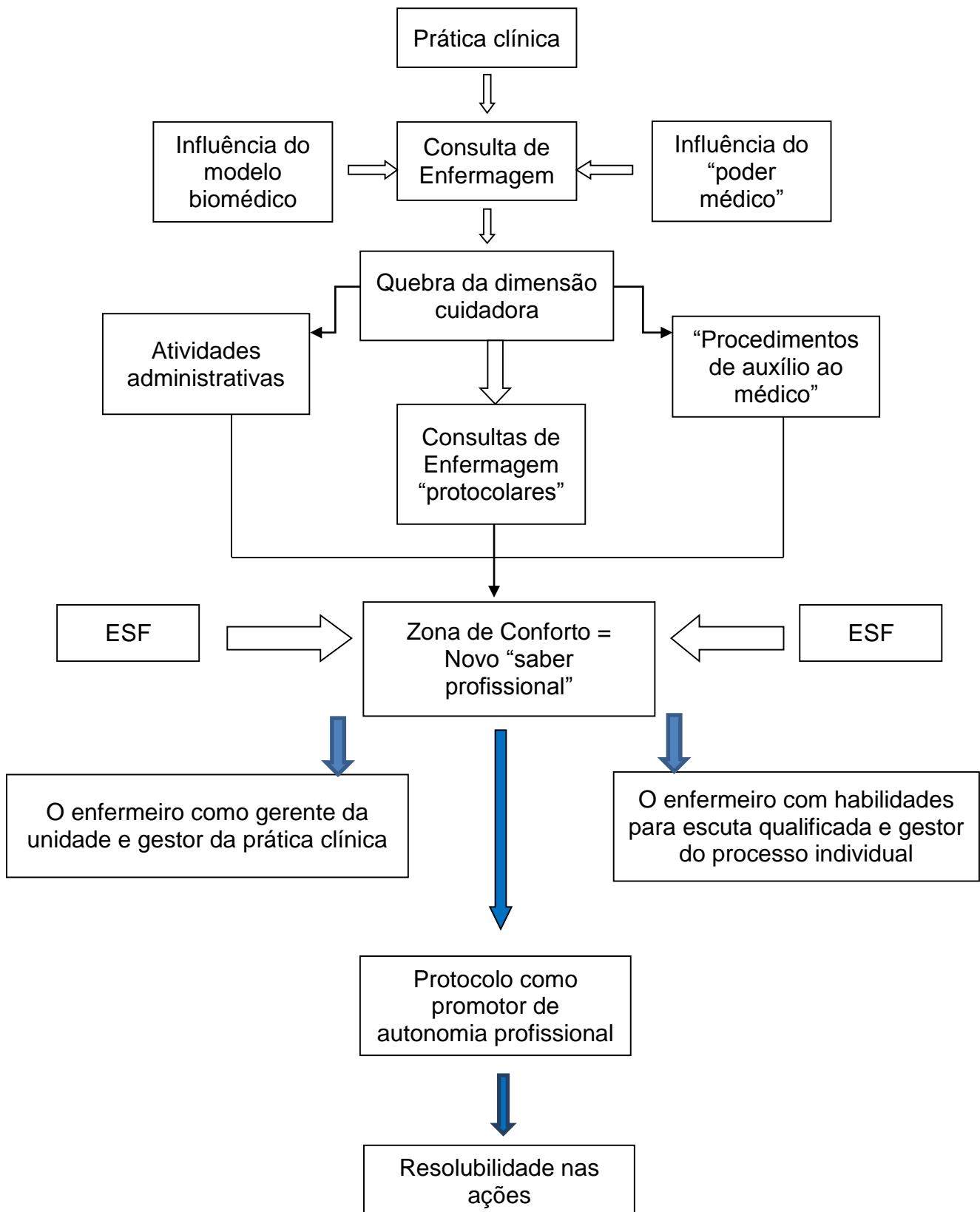


Figura 2 – Diagrama das representações elaboradas

Reconhecendo o limite investigativo desta pesquisa, que não contemplou as representações do restante da equipe e dos usuários dos serviços de saúde sobre o objeto evidenciado, estudos futuros com esse propósito são recomendados, buscando possíveis restrições e/ou potencialidades para pretendidas mudanças.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo confirmam que, embora a ESF tenha vindo com o propósito de modificar o modelo assistencial vigente na APS do país, propondo viabilizar práticas clínicas integrais e inclusivas, ao tomar os usuários como sujeitos singulares e ativos no cuidado em saúde, no contexto estudado, são grandes os desafios a serem enfrentados e superados para tal.

Se por um lado houve a convergência das representações apreendidas em considerar que, no contexto em foco, a integralidade do cuidado deva pautar a prática clínica dos profissionais, por outro, elas revelaram que as relações profissionais-usuários seguem apoiadas no saber/poder biomédico dos primeiros, com pouca valorização da participação ativa dos segundos nos processos de cuidar.

Para os participantes do estudo, a clínica do enfermeiro pode ocorrer em diferentes modalidades de atendimentos coletivos ou individuais, com destaque feito pelos enfermeiros entrevistados para as consultas de enfermagem. Assim, a prática clínica do enfermeiro foi representada, principalmente, sob a forma de consulta de enfermagem, que mesmo sendo oficialmente estabelecida, sustentada pelas políticas, programas e legislação correlatos, há limitações para a sua plena realização no cotidiano do trabalho em saúde, havendo tensões institucionais contrárias para que ocorram de forma autônoma, resolutiva e próxima dos sujeitos atendidos.

Os participantes deste estudo também representaram a consulta de enfermagem como uma tarefa subsidiária ao trabalho médico, sendo por vezes preterida pela prática gerencial. Essa última coloca o enfermeiro em certa “zona de conforto”, situação atribuída, sobretudo ao empobrecimento da dimensão cuidadora do enfermeiro em um contexto que privilegia modelo da Clínica Tradicional. Por outro lado, nas representações dos gestores há um reconhecimento dos mesmos sobre a atuação do enfermeiro-gerente, mostrando ser esse um caminho em construção a ser valorizado pelos enfermeiros.

A tese de que, mesmo incipiente e permeada por dificuldades, há a incorporação das premissas da Clínica Ampliada e Compartilhada na prática clínica dos enfermeiros que atuam sob o modelo assistencial da ESF, foi confirmada por este estudo, ao encontrar nas representações apreendidas, potencialidades de

superação dos limites da referida prática, no sentido de assegurar a integralidade do cuidado e a participação do usuário como sujeito do cuidado.

Para tal, o trabalho do enfermeiro como gestor da prática clínica, a realização da escuta qualificada pelo enfermeiro, a utilização de protocolos clínicos por toda a equipe e a educação permanente foi identificada como potentes estratégias, aliadas ao trabalho em equipe. Dessa forma, abrir-se-ia a possibilidade para mudanças nas representações sociais de enfermeiros e demais profissionais da ESF, no sentido de disparar o movimento que levaria à participação ativa dos usuários no cuidado integral em saúde, para contemplar suas necessidades e demandas.

Considera-se que esse movimento se manterá presente na medida em que houver investimento político, institucional e das equipes de saúde para redesenhar o saber e o fazer dos enfermeiros, compartilhando com os usuários esse processo. Isso retroalimentará no profissional enfermeiro a valorização do próprio trabalho e de sua prática clínica, tão importante para a população atendida, como potência à promoção de mudanças.

Estudos futuros sobre a prática profissional do enfermeiro da APS, incluindo outros profissionais e usuários, são recomendados para reforçar o compromisso de qualificação permanente de profissionais do SUS, com vistas à necessária produção de saúde no país, inclusive na questão de melhorias nos aspectos que envolvem o trabalho em equipe e a intersectorialidade.

REFERÊNCIAS

1. Bechara E. Minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2009.
2. Vieira AN, Silveira IC, Franco TB. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(1):9-24.
3. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Cienc Saúde – Manguinhos*. 2001;8(1):48-70.
4. Barros JA. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde Soc*. 2002;11(1):67-84.
5. Foucault M. O nascimento da clínica. 4a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1980.
6. Feuerwerker LC. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
7. Campos GWS. Por uma clínica do Sujeito. In: *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-82.
8. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico - operacionais para a reforma do hospital. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):849-59.
9. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)*. 2003;4(6):109-16.
10. Leahey M, Wright L. *Enfermeiras e famílias - um guia para avaliação e intervenção na família*. 5a ed. Paraná: Roca; 2008.

11. Ramos LH, Saporoli E, Marega A, Gamba MA. Prática clínica do enfermeiro [Internet]. 2012 [citado 1 Out 2016]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15e/unidade15e.pdf.
12. Souza ACC, Muniz Filha MJM, Silva LF, Monteiro ARM, Fialho AVM. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(6):805-7.
13. Horta WA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan; 2011.
14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 358/2009 [Internet]. 2009 [citado 21 Out 2016]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>.
15. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(6):933-9.
16. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(1):123-30.
17. Egly EY. Necessidades em saúde como objeto da TIPESC. In: Garcia TR, Egly EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. Vol1. p.70-7.
18. Dawson A, Whelan A. Nursing and midwifery work force and universal health coverage. Background paper WHO Global Forum for Government Chief Nursing and Midwifery Officers. 2014.
19. Vergílio MSMTG, Oliveira NR. Considerações sobre a clínica ampliada no processo de enfermagem. *Saúde Colet*. 2010;7(38):61-6.

20. Carvalho AKM, Abreu RNDC, Moreira TMM, Diógenes MAR, Abreu AAC, Souza ACC, et al. Consulta de enfermagem na percepção dos portadores de hipertensão atendidos na estratégia saúde da família. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 Set 2016];15(3):341-7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/43>.
21. Nascimento GRC, Barrêto AJR, Brandão GCG, Tavares CM. Ações do enfermeiro no controle de hanseníase. *Rev Eletron Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 Set 2016];13(4):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a20.htm>.
22. Bezerra NMC, Moreira TMM, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MI. Consulta de enfermagem ao diabético no programa saúde da família: percepção do enfermeiro e do usuário. *Rev Rene*. 2008;9(1):86-95.
23. Sousa ASJ, Marques MB, Moreira TMM, Araújo ADIR, Silva AZ, Machado ALG. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):102-7.
24. Acioli S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(5):637-42.
25. Ataka T, Oliveira LSS. Utilização dos protocolos de enfermagem no Programa de Saúde da Família no município de São Paulo. *Saúde Colet*. 2007;3(13):19-24.
26. Lima SCD, Jesus ACP, Gubert FA, Araújo TS, Pinheiro PNCP, Vieira NFC. Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2013;5(3):194-202.
27. Pinheiro GML, Alvarez AM, Pires DEP. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(8):2105-15.

-
28. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
29. Santos GT, Dias JMB. Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. PRACS. 2011;8(1):173-87.
30. Silva SED, Camargo BV, Padilha MI. A Teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. RevBrasEnferm. 2011;64(5):947-51.
31. Alves-Mazzotti AJ. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. RevMult Leituras. 2008;1(1):18-43.
32. Fontanella BJB, Bruna Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saude Publica. 2011;27(2):389-94.
33. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
34. Franco TB, Magalhães Jr HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2a ed. São Paulo: HUCITEC; 2004.
35. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
36. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc [Internet]. 2004 [citado 24 Out 2016];13(3):16-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>.
37. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 23 Jan. 2017]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 24 Out. 2016]. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>.
39. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(1):188-93.
40. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1187-93.
41. Bernardo WM, Nobre MRC, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(1):104-8.
42. Kletemberg DF, Siqueira MTD, Mantovani MF, Padilha MI, Amante LN, Anders JC. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):26-32.
43. Dantas CN, Santos VEP, Tourinho FSV. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):1-8.
44. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):258-65.
45. Cunha ICKO, Ximenes Neto FRG. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):479-82.
46. Andrade AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(1):96-8.

47. Bedrikon R, Campos GWS. História da clínica e a atenção primária: o desafio da ampliação. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
48. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2a ed. 5a reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

APÊNDICES

Apêndice I

Roteiro para a entrevista com os enfermeiros

Nome: _____

Tempo de formado: _____

Local de formação: _____

Ano de formação: _____

Curso de Especialização: () Sim () Não

Nome do curso: _____

Mestrado: () Sim () Não

Doutorado: () Sim () Não

Local de atuação profissional: _____

Tempo de atuação neste local: _____

Descreva a estrutura física de seu local de trabalho (sala e equipamentos): _____

Descreva a equipe de saúde de seu local de trabalho (categoria profissional e principais funções): _____

1. Para você, o que é prática clínica?

2. Discorra sobre como deve ser a prática clínica no trabalho do enfermeiro em Atenção Primária à Saúde.

3- Descreva como é sua rotina de trabalho.

4- Especificamente, quais as dificuldades e facilidades que você tem encontrado para realizar sua prática clínica?

5- Como os instrumentos de informação têm auxiliado a sua prática clínica?

Apêndice II

Roteiro para a entrevista com os responsáveis técnicos e gestores

Nome: _____

Tempo de formado: _____

Local de formação: _____

Ano de formação: _____

Curso de Graduação em: _____

Curso de Especialização: () Sim () Não

Nome do curso: _____

Mestrado: () Sim () Não

Doutorado: () Sim () Não

Tempo de atuação nesta função: _____

1 Para você, o que é prática clínica de um profissional da saúde?

2 Discorra sobre como deve ser a prática clínica no trabalho do enfermeiro em Atenção Primária à Saúde.

3 Como você vê a atuação desses profissionais?

4 Especificamente, quais as dificuldades e facilidades que o enfermeiro encontra para realizar sua prática clínica nas unidades de saúde da família?

Apêndice III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVIDO o sr (a) a participar de uma pesquisa chamada “**A prática clínica do enfermeiro na estratégia saúde da família: um estudo de representações sociais**”, que será desenvolvida por mim Luciana Cristina Parenti, com orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu.

A pesquisa pretende analisar a prática clínica de enfermeiros que atuam sob a ESF em uma região de saúde do interior do estado de São Paulo, a partir da perspectiva de enfermeiros, gerentes e gestores envolvidos com essa prática. Para isso, estamos convidando os secretários/coordenadores de saúde dos municípios em questão e enfermeiros das USF participantes do estudo para responder a entrevista sobre questões relativas à sua formação profissional, tempo de atuação e também perguntas acerca das concepções e experiências sobre a prática clínica de enfermeiros e sobre o processo de trabalho em saúde desenvolvido nas USF pelos enfermeiros.

A entrevista será gravada e após a sua transcrição a mesma será destruída. O tempo decorrido para responder tais questões será de aproximadamente 30 minutos.

A importância dessa pesquisa está em descrever como está a apropriação pelo enfermeiro do seu trabalho clínico, o que leva a consolidação da Enfermagem como ciência, conduzindo ao cumprimento dos pressupostos do SUS, no que tange ao cuidado à saúde.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir em nenhum aspecto da sua vida profissional. Você poderá retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome em relação aos dados relatados nessa pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e a outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609, cujo funcionamento se dá de segunda a sexta feira das 8:00 às 11:30 e das 13:30 às 17:00, junto à ChácaraButignolli , s/nº em Rubião Júnior, Botucatu-SP.

Pesquisador

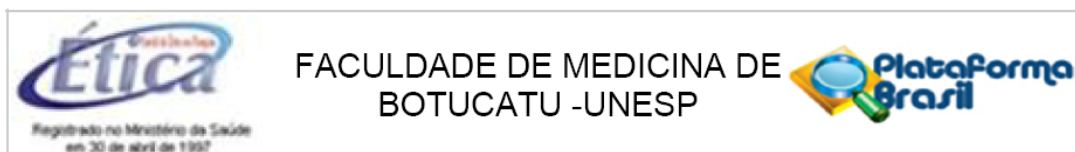
Participante da pesquisa

Pesquisadora: Luciana Cristina Parenti. Rua Antônio Amando de Barros, 241 Apto 64 Bloco 3, Botucatu- SP, 18601-260. Celular: (14) 996168170, luparenti@gmail.com

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete. Endereço: Rodovia Domingos Sartori, s/n - Distrito de Rubião Junior, Faculdade de Medicina/ Departamento de Enfermagem/ UNESP, Botucatu - SP, 18607-621. Celular: (14) 99745-0000, pamp@fmb.unesp.br

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A prática clínica do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Pesquisador: Luciana Cristina Parenti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51047415.6.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.356.757

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa pretende, por meio de abordagem qualitativa, atuar junto a enfermeiros e gestores que trabalham em unidades de saúde vinculadas à Estratégia de Saúde da Família no Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI) do Estado de São Paulo. A questão central é estudar, do ponto de vista dos enfermeiros, a prática clínica profissional na Saúde da Família. Haverá coleta de dados administrativos dos locais de trabalhos, assim como da atuação do enfermeiros (tempo de atuação profissional, tipo de formação e etc.). Estima-se que a amostra atinga 10 enfermeiros e gestores, a depender das análises das entrevistas a serem realizadas.

Objetivo da Pesquisa:

Estudar a prática clínica dos enfermeiros vinculados profissionalmente à Estratégia de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos desprezíveis, uma vez que haverá somente coleta de dados e entrevistas sobre formação e atuação profissional dos enfermeiros. Os benefícios estão em possível melhora da atuação dos enfermeiros.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

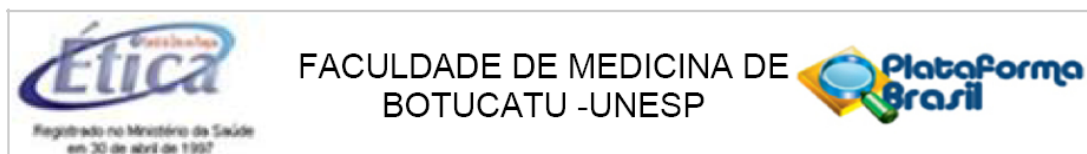
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP

Continuação do Parecer: 1.356.757

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo adequadamente elaborado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de consentimento esta adequado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicito aprovação pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 07/12/2015, sem necessidade de envio à CONEP.

Lembramos que ao final da execução do projeto, é necessário enviar o "Relatório Final de Atividades". Essa documentação deve ser enviada via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO"

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_625038.pdf	17/11/2015 14:59:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_LUCIANA.doc	17/11/2015 14:47:28	Luciana Cristina Parenti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_doutorado_CEP.doc	17/11/2015 14:45:43	Luciana Cristina Parenti	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	17/11/2015 14:44:17	Luciana Cristina Parenti	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadora.pdf	17/11/2015 14:42:37	Luciana Cristina Parenti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_DRS.pdf	17/11/2015 14:39:48	Luciana Cristina Parenti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_institucional.pdf	17/11/2015 14:38:00	Luciana Cristina Parenti	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

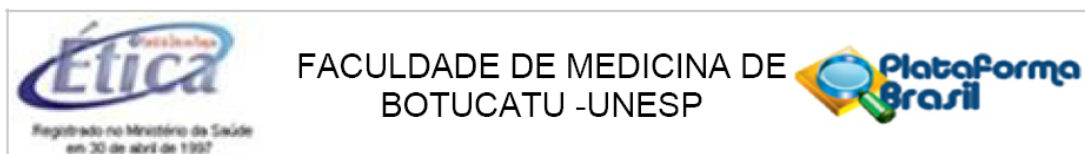
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

Continuação do Parecer: 1.356.757

Cronograma	Cronograma.docx	17/11/2015 14:33:10	Luciana Cristina Parenti	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	17/11/2015 14:31:57	Luciana Cristina Parenti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 08 de Dezembro de 2015

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Anexo 2 – Mudança de título em projeto de pesquisa já aprovado pelo CEP

MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA

Objetivo Acadêmico: Tese de Doutorado

Título constante no parecer inicial de aprovação: A prática clínica do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Título final: A Prática clínica do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: um estudo de representações sociais

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 07/12/2015

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.


Vera Lúcia Pamplona Tonete

Orientadora


Luciana Cristina Parenti

Orientada