

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Medicina de Botucatu

Departamento de Enfermagem

ROBERTA FERNANDES GASPARINO

**CONSULTAS DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICAS E PEDIÁTRICAS NA
PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

BOTUCATU

2012

ROBERTA FERNANDES GASPARINO

CONSULTAS DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICAS E PEDIÁTRICAS NA
PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dr^a Vera Lúcia Pamplona Tonete

BOTUCATU

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Gasparino, Roberta Fernandes.

Consultas de enfermagem obstétrica e pediátrica na perspectiva de
enfermeiros da estratégia saúde da família / Roberta Fernandes Gasparino. –
Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Vera Lúcia Pamplona Tonete

Capes: 40406008

1. Enfermagem obstétrica - Prática. 2. Enfermagem pediátrica - Prática.
3. Programa Saúde da Família (Brasil)

Palavras-chave: Classificação; Consulta de enfermagem, Saúde materno-
infantil, Programa Saúde da Família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Roberta Fernandes Gasparino

Título: Consultas de Enfermagem Obstétricas e Pediátricas na Perspectiva de Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dr^a Vera Lúcia Pamplona Tonete

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Enelzita e Carlos, percebo em vocês todo o amor dedicado a mim, como disse o poeta o sonho sonhado junto é realidade. Obrigada por terem sonhado muitos sonhos comigo. Amo muito vocês.

As minhas irmãs Marcela e Cláudia por serem minhas melhores amigas, não precisam de palavras, sentimos e repartimos emoções, pensamentos, sonhos e realizações. Então, esta realização divido com vocês meus amores.

Ao meu querido marido Reginaldo, como a música que gostamos e ouvimos, na vida temos anjos e somos anjos, você é o meu anjo que me apóia, protege, respeita e cuida. Sinto todo seu carinho e reconheço todo o seu amor por mim. Eu te amo muito.

A Deus, que me protegeu nas estradas durante as madrugadas, onde o sono era imenso, eu recorria as nossas conversas para o amparo e proteção, também nos momentos de imenso cansaço e aflição sentia sua presença em pequenos gestos da vida: a natureza, paz espiritual, amizades confortadoras e professores com aulas bem sentidas e aproveitadas. Agradeço muito.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora, Vera Lúcia Pamplona Tonete, por termos sido escolhidas pela vida para trabalharmos juntas novamente e compartilharmos momentos. Estes momentos muito importantes para o meu amadurecimento. Agradeço intensamente por você ter sido a minha professora querida que me ensina, corrige e apóia. Muito obrigada.

A Secretaria de Saúde de Serra Negra, que mesmo com as transições vividas sempre encontrei o apoio na realização deste meu sonho. Espero poder contribuir para melhora das condições de saúde em nosso município.

Aos meus amigos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, espero que este Trabalho possa contribuir para nossa prática e trazer mais reflexão e sentido.

Aos meus queridos amigos de Trabalho do PSF Alto das Palmeiras que se sobrecarregaram com o trabalho na minha ausência, mas eu percebia que a minha conquista era também a conquista de vocês, porque de certa maneira a nossa prática

enquanto Equipe se - transformou e hoje se mostra muito mais resolutiva, organizada e principalmente reflexiva. Imenso obrigada.

As minhas tias Lusdeti e Rosângela por me ouvir e acreditar.

Aos pacientes/clientes/usuários da Estratégia Saúde da Família.

A Unifia, Instituição de Ensino Superior de Amparo que acreditou em meu potencial e me apoiou, representada pela coordenadora Márcia Thomaz que com carinho me compreendeu. Muito obrigada.

Aos meus alunos, por vocês também que me dedico, para um futuro da enfermagem cada vez melhor. Eu agradeço.

Ao Departamento de Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem, foi muito bom retornar, e ver como evoluiu estruturalmente, professores, cursos oferecidos, apoios e organização, senti-me acolhida e querida. Foi muito bom e digo que valeu a pena as dificuldades vencidas pela oportunidade de realizar o Mestrado Profissional em Enfermagem Strictum Senso.

EPIGRAFE

A fé sem obras está morta.

(S. Tiago)

Gasparino RF. Consultas de Enfermagem Obstétricas e Pediátricas na Perspectiva de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2011.

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa que teve por objetivo apreender concepções e descrever experiências de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre consultas de enfermagem a gestantes e crianças. Para coleta de dados, foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas junto a dez enfermeiras que atuavam sob o referido modelo assistencial em municípios do Circuito das Águas Paulista. A análise dos dados obtidos seguiu o Método de Análise de Conteúdo, na vertente Temática. Os depoimentos foram sistematizados em seis temas: Concepções de enfermeiras sobre consulta de enfermagem; Experiências profissionais com consulta de enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Consulta de Enfermagem obstétrica e sua sistematização; Consulta de Enfermagem pediátrica e sua sistematização; Propostas para qualificar consultas de enfermagem obstétricas e pediátricas. Pode-se apreender que, na perspectiva dos enfermeiros, a consulta de enfermagem permite conhecer melhor o indivíduo, sua história de vida e saúde, verificar necessidades/problemas apresentados e inferir situações futuras; a partir de uma abordagem holística, autônoma e sistematizada, não sendo referidos referenciais teóricos ou metodológicos como condição para embasar essa prática. As experiências descritas indicaram que as consultas de enfermagem configuram-se como ponto estratégico do atendimento, diferindo uma da outra o que demanda constante adaptação do enfermeiro para realizá-las. Embora consideradas eficazes e gratificantes, as entrevistadas reconheceram que, ainda, as consultas de enfermagem não são realizadas a contento, especialmente quanto à sua sistematização. Neste sentido, verificou-se que as consultas obstétricas são realizadas com menos dificuldade quando comparadas às pediátricas, destacando-se problemas como falta estrutura, capacitação da equipe e organização do processo de trabalho. Como recomendações para a qualificação dessas práticas, foram elencadas: maior interação da equipe e que

essa seja composta por um número suficiente de profissionais, com recursos físicos e materiais adequados; valorização da autonomia e aumento da confiança no enfermeiro para a realização da consulta de enfermagem; capacitação em consulta de enfermagem para o enfermeiro; sistematização adequada da assistência de enfermagem; organização da rede de atenção à saúde materna e infantil. Por fim, considera-se a importância de processos de educação permanente em saúde sobre o atendimento clínico sistematizado aos grupos estudados, pautados na produção do conhecimento técnico e científico da Enfermagem relativo a essa temática.

PALAVRAS-CHAVES: Classificação, Consulta de Enfermagem, Saúde Materno-Infantil, Programa Saúde da Família.

Gasparino RF. Obstetric and pediatric nursing consultations in the perspective of the Family Health Strategy' nurses. [dissertation]. Botucatu: Faculty of medicine, Universidade Estadual Paulista; 2011.

ABSTRACT

Study of qualitative approach that had intended to seize conceptions and describe experiences of nurses of family health Strategy on pregnant women and nursing consultations to children. For data collection, semi-structured interviews were applied along the ten nurses who acted under such assistive model in municipalities of the circuit of the waters of São Paulo. The analysis of data obtained followed the method of content Analysis, Thematic strand. The testimonials were systematized in six themes: conceptions of nurses on nursing consultation; Professional experiences with nursing consultation; Systematization of nursing Assistance; Obstetric nursing consultation and its systematization; Paediatric nursing consultation and its systematization; Proposals to qualify queries of paediatric and obstetric nursing. One can understand that, in view of the nurses, the nursing consultation allows you to better understand the individual, his life story and health check needs/problems presented and infer future situations; from a holistic approach, systematized, autonomous and not being referred to theoretical or methodological references as a condition to support this practice. The experiences described indicated that consultations of nursing become strategic point of care, differing from one another which demand constant adaptation of nurse to perform them. Although considered effective and rewarding, survey respondents acknowledged that, still nursing consultations are not performed to the satisfaction, especially as to its systematisation. In this sense, it was found that obstetric queries are performed with less difficulty when compared to pediatric, highlighting problems like lack structure, team training and organization of the work process. As recommendations for the qualification of these practices, were listed: greater interaction and that this team is comprised of a sufficient number of professionals, with physical resources and suitable materials; valuing of autonomy and increased confidence in the nurses for the realisation of nursing

consultation; training in nursing consultation for nurses; suitable systematization of nursing assistance; network organization of attention to maternal and child health. Finally, considers the importance of processes of continuing education in health about the clinical care groups studied, systematized to serve in the production of scientific and technical knowledge on Nursing this theme.

KEYWORDS: Classification, Nursing Consultation, Maternal and Child Health, Family Health Program.

Gasparino RF. Consultas de enfermeras obstétricas y pediátricas en la perspectiva de las enfermeras de la estrategia de salud familiar. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2011.

RESUMEN

Estudio de enfoque cualitativo que pretendía apoderarse de concepciones y describen experiencias de enfermeras de salud de la familia estrategia en mujeres embarazadas y las consultas de enfermería a los niños. Recopilación de datos, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a lo largo de las diez enfermeras que actuaron bajo ese modelo asistencial en municipios del circuito de las aguas de São Paulo. El análisis de los datos obtenidos seguido el método de análisis de contenido, hebra temático. Los testimonios fueron sistematizados en seis temas: concepciones de enfermeras en enfermería consulta; Experiencias profesionales con enfermería consulta; Sistematización de enfermería asistencia; Obstetricia enfermería consulta y su sistematización; Pediátrica enfermería consulta y su sistematización; Propuestas para calificar las consultas de pediatría y enfermería obstétrica. Uno puede entender que, en vista de las enfermeras, la consulta de enfermería le permite comprender mejor el individuo, su historia de vida y salud comprobación las necesidades y problemas presentaron infieren situaciones futuras; desde un enfoque integral, sistematizado, autónomo y no referido a las referencias teóricas o metodológicas como condición para apoyar esta práctica. Las experiencias descritas indican que las consultas de enfermería convertido en un punto estratégico de la atención, diferentes una de otra que adaptación constante de la demanda de enfermera para realizarlas. Aunque considerado eficaz y gratificante, los encuestados reconocieron que, aún consultas de enfermería no se realizan a satisfacción, especialmente a su sistematización. En este sentido, se constató que se realizan consultas obstétricas con menos dificultad en comparación con problemas pediátricos, destacando como falta de estructura, formación de equipo y organización de los procesos de trabajo. Como recomendaciones para la calificación de estas prácticas, figuran: una mayor interacción y que este equipo está compuesto por un número suficiente de profesionales, con recursos físicos y materiales adecuados;

valoración de la autonomía y mayor confianza en las enfermeras para la realización de enfermería consulta; formación en enfermería consulta para enfermeras; sistematización adecuada de enfermería asistencia; red de la organización de la atención materna y salud infantil. Por último, considera la importancia de los procesos de seguir estudiado educación en salud sobre los grupos de atención clínica, sistematizado para servir en la producción de conocimientos científicos y técnicos de enfermería de este tema.

PALABRAS-CLAVE: Clasificación, Consultas de enfermeras, Salud Materno-Infantil, Programa de Salud Familiar.

LISTA DE QUADROS

Quadros	Página
1 - Aspectos sócio-demográficos e de formação e trabalho dos enfermeiros entrevistados. Circuito da Águas Paulista-SP, 2011.....	34
2 – Relação dos núcleos de sentido segundo os temas estudados.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem

ABS - Atenção Básica em Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIPESC - Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

COFEn - Conselho Federal de Enfermagem

CIE - Conselho Internacional de Enfermagem

COREn - Conselho Regional de Enfermagem

ESF - Estratégia Saúde da Família

MAE - Metodologia da Assistência de Enfermagem

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Nursing Interventions Classification

NOC - Nursing Outcomes Classification

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PE - Processo de Enfermagem

PNH - Política Nacional de Humanização

SES/SP - Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1 Prática clínica-assistencial de enfermagem e sua sistematização.....	19
1.2 Consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família.....	24
2. OBJETIVOS	29
2.1. Objetivo Geral.....	29
2.2. Objetivos Específicos.....	29
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	30
3.1 Tipo de estudo.....	30
3.2 Local da pesquisa	30
3.3 Participantes do estudo.....	32
3.4 Procedimentos para coleta dos dados	32
3.5 Técnica de análise dos dados.....	32
3.6 Aspectos Éticos.....	33
4. RESULTADOS	34
4.1 Caracterização dos enfermeiros entrevistados	34
4.2 Consultas de enfermagem obstétricas e pediátricas e suas sistematizações na perspectiva de enfermeiros da ESF.....	35
5. DISCUSSÃO	60
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICES.....	86
ANEXO.....	87

APRESENTAÇÃO

O desejo em aprofundar o estudo na temática dessa dissertação me acompanha desde a graduação, quando já focava o meu futuro e minha dedicação à Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir dos estágios curriculares e extracurriculares realizados nesta área, observava que as Consultas de Enfermagem, quando realizadas nas unidades de saúde da família (USF), muitas vezes não eram sistematizadas conforme referenciais teóricos e metodológicos da Enfermagem. Geralmente, eram sistematizações baseadas no modelo médico ou apenas anotações da atividade realizada.

Um pouco mais amadurecida e inserida em Programa de Especialização na Modalidade Residência em Saúde da Família da mesma instituição na qual me graduei, pude dar continuidade às minhas experiências em USF, persistindo a preocupação com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma vez constatada a necessidade da qualificação das práticas realizadas, especialmente em relação à consulta de enfermagem (CE). Chamava-me atenção o fato de que na época, a SAE em hospitais vinha sendo difundida e cobrada por órgãos de classe profissional e, no exercício da Enfermagem na Atenção Básica em Saúde (ABS), esse movimento não se fazia tão evidente.

Os questionamentos sobre esse tema feitos aos docentes, preceptores, enfermeiros da rede e até para fiscais do Conselho Regional de Enfermagem (COREn) com os quais mantive contato durante a especialização, não obtiveram respostas satisfatórias. Essas se mostravam diversas e inconclusivas, deixando transparecer o distanciamento desses profissionais quanto ao tema e a falta de formalização quanto à forma de organizar o atendimento clínico da Enfermagem, nesses espaços.

Atualmente, trabalhando como enfermeira assistencial em uma USF de um município que compõe o Circuito das Águas Paulista e em uma Universidade, como docente de Curso de Graduação em Enfermagem, nessa mesma região, minhas inquietações continuaram. Observo que o valor dado a este assunto pelas instâncias internas e externas à Enfermagem, nos locais onde atuo, ainda é incipiente,

necessitando de maior atenção e discussão por parte dos enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde, da gestão e mesmo dos usuários.

Com a minha inserção no Programa de Pós-Graduação *Strictum Senso* - Curso de Mestrado Profissional abriu-se à possibilidade de buscar respostas mais consistentes às minhas indagações sobre a SAE, intrinsecamente relacionadas à minha prática cotidiana na USF, vindo ao encontro dos propósitos do referido programa.

Especificamente, procuro com a presente pesquisa obter subsídios para a qualificação da SAE no âmbito da ESF, em especial da realização de consultas de enfermagem voltadas à população materna e infantil e realizadas neste contexto.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo apresenta como tema a prática clínica-assistencial do enfermeiro e sua sistematização no âmbito da ABS. Mais especificamente, o objeto de estudo consiste na sistematização da assistência de enfermagem em consultas de enfermagem obstétricas e pediátricas realizadas em USF, a partir da perspectiva de enfermeiros que atuam nessas unidades de saúde.

1.1 Prática clínica-assistencial de enfermagem e sua sistematização

Já há algumas décadas, a prática do enfermeiro vem sendo considerada como parte de um processo coletivo de trabalho que tem como finalidade produzir ações de saúde, caracterizando-se por um saber específico, com ações contínuas e articuladas com os demais membros da equipe, na construção dos objetos comuns de trabalho no setor saúde.⁽¹⁾

Tem-se que o processo de trabalho em saúde possui, ao mesmo tempo, uma identidade de processo, à medida que contém os elementos: objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos, mas também é composto de uma série de processos de trabalho, desempenhado por diversos agentes. Analogamente, na Enfermagem, também, há mais de um subprocesso de trabalho que pode ou não ser executado concomitantemente. Dentre esses, encontra-se o subprocesso de trabalho assistir.⁽²⁾

Em seu processo de trabalho, o enfermeiro emprega vários métodos para assistir um cliente, podendo eleger como objeto, o cuidado integral demandado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades. Outros profissionais da saúde podem cuidar de seres humanos que demandam cuidados, com a mesma finalidade de promover, manter e recuperar a saúde, mas não estarão fazendo o processo de trabalho assistir em enfermagem porque, para isso, é preciso dominar seus instrumentos e métodos, o que apenas os profissionais da Enfermagem, em graus de complexidade diferentes, são capazes de fazer. Por instrumentos são relacionados

conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem o assistir em enfermagem, mais materiais, equipamentos, espaço físico e todas as condições materiais necessárias para o cuidado se efetivar. E, por métodos do processo de trabalho assistir em enfermagem são apontados a SAE e os procedimentos e técnicas de enfermagem. Com esse processo, têm-se como resultado a produção de pessoas saudáveis e/ou a morte com dignidade. ⁽²⁾

Assim, a SAE configura-se como um dos métodos de trabalho empregados pelo enfermeiro para assistir e desenvolver sua prática clínica, quando se torna possível que esse profissional apreenda as necessidades que o cliente apresenta, emita um julgamento sobre o que é necessário providenciar, planeje o que vai ser feito, execute ou delegue essas ações e avalie seus resultados. ⁽²⁾

Sob o ponto de vista legal, o enfermeiro é o profissional que exerce todas as atividades de Enfermagem cabendo-lhe privativamente, dentre outras funções, planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, bem como a realização da CE e prescrição da assistência de enfermagem ⁽³⁾. E, desde a Resolução nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) que por sua vez foi proposta para operacionalizar o exercício da Enfermagem, reforça-se a importância e necessidade da implementação da SAE, que deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada do país. ⁽⁴⁾

Recentemente, foi apresentada a Resolução COFEN 358/2009 que volta a dispor sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Nesta resolução, reforça-se a premissa de que a SAE se configura como forma de organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE, sendo esse caracterizado como o instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. Essa resolução, ainda, considera que a operacionalização e a documentação do PE evidenciam a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional. ⁽⁵⁾

Cabe destacar que, desde sua proposição por Wanda Horta, na década de 70 do século passado, no Brasil, a teoria das Necessidades Humanas Básicas como referencial para o PE é a que mais vem modificando a prática da área no Brasil.⁽⁶⁾

A partir de então, o PE vem sendo identificado como um instrumento metodológico e sistemático de prestação de cuidados,⁽⁷⁾ devendo ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem no cotidiano da assistência.⁽⁸⁾

Importante salientar que a evolução da Enfermagem e sua consolidação enquanto ciência é caracterizada pela construção de um corpo de conhecimento próprio no decorrer de sua história, com grande preocupação no desenvolvimento de teorias de enfermagem, como um meio de estabelecer a Enfermagem como profissão.⁽⁷⁾

Autores que se preocuparam com aspectos históricos das teorias de enfermagem apontam que a primeira descrição de PE foi realizada por Lydia Hall, em 1955. Dorothy Johnson (1959), Ida Orlando (1961) e Ernestine Wiedenbach (1963) desenvolveram, cada uma, um modelo teórico diferente, constituído por três fases. Em 1967, Yura e Walsh escreveram o primeiro texto que trazia quatro fases: histórico, planejamento, implementação e avaliação. Na metade dos anos 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger e Jauron (1975) e Aspinall (1976) acrescentaram às 4 fases, o diagnóstico, constituindo-se o PE de cinco fases.⁽⁹⁾

Na atualidade, embora haja variação no entendimento e composição das fases ou etapas que compõem o PE, segundo as diferentes orientações teóricas,⁽¹⁰⁾ grande parte dos autores propõe o desenvolvimento do PE, em cinco fases ou etapas que envolvem: identificação de problemas de saúde do cliente, delineamento do diagnóstico de enfermagem, instituição de um plano de cuidados, implementação das ações planejadas e a avaliação.^(11,12)

A Resolução COFEN 358/2009, anteriormente citada, também, propõe que o PE, em sua aplicação nos serviços de saúde, deva se organizar em cinco fases ou etapas interrelacionadas, independentes e recorrentes: coleta de dados de enfermagem (ou histórico), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação sem, contudo fazer referência a teorias de enfermagem a serem adotadas como referenciais.⁽⁵⁾

De qualquer forma, considerando os referenciais teóricos adotados, o PE vem sendo apontado como um método para a organização e prestação do cuidado de enfermagem, algumas vezes denominado de SAE ou Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE).⁽¹⁰⁾

Destaca-se ainda que segundo a Resolução COFEN 358/2009, o PE corresponde ao usualmente denominado como CE, quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.⁽⁵⁾

Em decorrência do movimento em prol da organização e da visibilidade do processo de trabalho da Enfermagem, atualmente, existem diversos sistemas de classificação disponíveis na literatura, que fundamentam a SAE e colaboram na tarefa de padronizar a sua linguagem como: NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification) e CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).⁽¹³⁾

O sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, proposto inicialmente em 1982, é um dos mais conhecidos e divulgados no âmbito mundial. Possui 13 domínios (p. ex., promoção da saúde e nutrição) e 47 classes (p. ex., incontinência intestinal e débito cardíaco diminuído). Os diagnósticos de enfermagem constituem uma linguagem padronizada de que os enfermeiros lançam mão para designar os problemas que identificam no dia a dia. Cada diagnóstico tem um título, uma definição, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados.⁽¹⁴⁾

Na sequência, o sistema de Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) iniciou-se em 1987 e continua em desenvolvimento. Esse instrumento emergiu, em parte, do trabalho realizado pela NANDA. A NIC nomeia e descreve intervenções executadas na prática clínica em resposta a um Diagnóstico de Enfermagem. Em sua última edição a NIC apresenta 514 intervenções, dispostas em 30 classes e sete domínios.⁽¹⁵⁾

A NIC define intervenção de enfermagem como “qualquer tratamento baseado no julgamento de clínico e no conhecimento, realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados obtidos pelo paciente/cliente”.^(16:xxiii)

Faz sentido compreender, também, o sistema de Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) que vem sendo desenvolvido desde 1991, por um grupo de pesquisadores que, ao mesmo tempo, participam do grupo da NIC. A NOC é uma classificação abrangente e padronizada de resultados da clientela (indivíduo família ou comunidade) influenciados pela execução de intervenções de enfermagem. Cada resultado apresenta uma série de indicadores para determinar o estado do usuário, da família ou da comunidade em relação ao resultado. Sua estrutura apresenta sete domínios (p. ex., saúde funcional e saúde comunidade), 32 classes (p. ex., integridade tissular e autocuidado) e 330 resultados com indicadores e escalas de medidas. ⁽¹⁷⁾

As três classificações (NANDA, NIC e NOC) foram planejadas para serem utilizadas individualmente ou em conjunto, a fim de colaborar nas etapas do Processo de Enfermagem/CE. ⁽¹⁸⁾

Em 1991, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) iniciou o projeto CIPE[®]. Tal projeto prevê, por parte do CIE, a elaboração de um sistema que descreva a prática de enfermagem a partir de uma nomenclatura compartilhada por enfermeiros de todo mundo. O fator central desencadeante do projeto foi à inexistência de dados empíricos que expressassem a prática de enfermagem que se dá nas diversas “áreas clínicas” de trabalho, com diferentes populações e em distintas áreas geográficas e momentos históricos. ⁽¹⁹⁾

Destaca-se que a CIPE[®] teve várias versões, sendo que a última adota o Modelo de Sete Eixos: Foco, Julgamento, Cliente, Localização, Meios e Tempo ⁽¹³⁾. Os termos dos Sete Eixos são utilizados para elaborar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, requerendo-se habilidade de raciocínio clínico. Para construção de diagnósticos e resultados de enfermagem são apontadas as seguintes diretrizes: deve-se incluir obrigatoriamente um termo do Eixo Foco e um termo do Eixo Julgamento, podendo-se incluir, se necessário, termos adicionais dos Eixos Foco, Julgamento ou de outros Eixos como Cliente, Localização e Tempo. Para a construção de enunciados de intervenção de enfermagem, são indicadas as seguintes diretrizes: incluir, obrigatoriamente, um termo do Eixo Ação e, pelo menos, um termo – alvo dos Eixos Foco, Cliente, Localização, Meios e Tempo. O CIE encoraja a avaliação das práticas de enfermagem, usando o Modelo de Sete Eixos. ⁽²⁰⁾

A análise de tais sistemas de classificação de enfermagem, em uso em vários países desde 1991, evidenciou um acentuado direcionamento para a assistência hospitalar. Diante dessa constatação, o CIE decidiu realizar um projeto internacional para a área de Saúde Coletiva. Especificamente, no Brasil, para o desenvolvimento desse projeto, por sua vez denominado Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®), houve o apoio da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).⁽²¹⁾

No sentido de colaborar, o Projeto CIPESC® tem o objetivo de sistematizar uma linguagem específica que descreva essa prática. A metodologia empregada é compatível com a abordagem utilizada pelo CIE no desenvolvimento da CIPE®, em que foram utilizadas categorias linguísticas como estrutura básica a partir da qual os fenômenos e as ações de enfermagem são organizados.⁽²²⁾

Destaca-se que foi a CIPE® Versão Beta que baseou a categorização da CIPESC®. A CIPE® Versão Beta em que a CIE considera fenômeno de enfermagem como aspecto de saúde de relevância para a prática de enfermagem.⁽²³⁾

A classificação de fenômenos de enfermagem está organizada em oito eixos distintos: foco, julgamento, frequência, duração, topologia (região anatômica), lugar do corpo (posição ou localização anatômica), probabilidade e portador. A partir do projeto CIPESC®, vários aspectos inerentes ao trabalho desenvolvido no âmbito da ABS da população brasileira foram incluídos na classificação das práticas.⁽²⁴⁾

Em síntese, pode-se observar que ao se utilizar métodos para sistematizar a assistência, espera-se que haja o desenvolvimento do pensamento crítico na prática de Enfermagem, gerando autonomia técnica, gerenciamento, individualização, uniformização, continuidade e avaliação do cuidado prestado por meio da promoção do cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo. E, mais despertando nos enfermeiros o interesse contínuo de reavaliar suas atividades e decidir qual a melhor maneira de desempenhá-las.⁽²⁵⁾

1.2 Consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da década de 80 do século XX, direcionado por seus princípios e pelo conceito de saúde

como produção social, compõe o contexto de ressignificação do trabalho do enfermeiro no âmbito da ABS. Nas unidades básicas de saúde (UBS) e USF, está previsto, que o enfermeiro, dentre suas atribuições, realize não só o trabalho de administração e de organização do serviço de saúde e de enfermagem, mas, também, a realização de ações clínicas de atenção direta ao usuário. ^(26, 27)

Sabe-se que, ao longo da história, a prática clínica do enfermeiro tem se constituído com base no modelo clínico de atenção, tendo como objeto de trabalho a cura dos corpos individuais por meio do cuidado, com processo semelhante ao trabalho do médico, pautado no modelo liberal privatista. Esse se materializa em distintas formas de organização do trabalho que vão desde o consultório ao ambulatório, cujo ápice da hierarquização tecnológica é o hospital. A proposta de construção do SUS tem propiciado mudanças no âmbito dos serviços de saúde e do modelo de atenção em saúde. Neste sentido, a prática do enfermeiro passa por uma série de transformações, deslocando a sua atuação profissional predominantemente da área curativa, individualizada, vinculada às instituições hospitalares para a produção de serviços em UBS e USF com ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde em bases tanto individuais como coletivas, sendo a equipe de saúde unidade produtora dessas ações. ⁽²⁸⁾

Mesmo com o predomínio da idéia de que o objeto de trabalho é o corpo biológico dos indivíduos, postula-se que a Enfermagem se configure como ciência e prática feita a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida, que são providos por seus profissionais, de modo integral.⁽²⁾

Também, considera-se que a prática clínica do enfermeiro na ABS configura-se como prática social, que é realizada a partir de necessidades sociais de cada momento histórico e que se constitui e se transforma na dinâmica das relações com outras práticas. ⁽²⁶⁾

Assim, a Enfermagem, dentre as profissões cruciais para a construção de uma assistência qualificada em Saúde, vem acompanhando profundas e importantes mudanças nas relações sociais e políticas, no campo tecnológico, nas relações

interpessoais e, principalmente, na maneira de organizar os serviços e responder às novas demandas gerenciais e científicas da área.⁽²⁹⁾

Pelo exposto anteriormente, admite-se que implementar a SAE no contexto da ABS implica pensar na sua organização. Tal organização, em qualquer situação, deve ser percebida em um processo de trabalho que seja considerado eixo integrador dos diversos serviços de saúde, fazendo face aos problemas e às dificuldades do dia a dia da atenção à saúde, em um sistema organizacional diversificado, que envolva a equipe de profissionais e os usuários, respeitando o princípio da integralidade. Desse modo, torna-se fundamental que a sistematização da assistência neste nível de atenção à saúde, inclua vários momentos, estratégias e instrumentos correlatos ao modelo assistencial adotado.⁽³⁰⁾

No âmbito da ABS, o modelo assistencial da ESF, implantado no Brasil há mais de uma década vem se consolidando como uma estratégia de reorientação das práticas assistenciais, muito embora sua implantação e desenvolvimento nos municípios brasileiros sejam de forma variada⁽³¹⁾. Com o propósito de substituir o modelo tradicional na ABS, a ESF pretende estabelecer vínculos e criar laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Para isto, propõe que o acompanhamento da saúde da população seja realizado de maneira inter e multidisciplinar, atribuindo as USF a responsabilidade integral sobre o cuidado e monitoramento dos indivíduos, famílias e população que reside na sua área de abrangência. Espera-se que a aplicação dessa estratégia possibilite reorganizar a ABS para desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; identificar precocemente a necessidade de tratamento das doenças, por meio da atuação de equipes de saúde, de caráter multiprofissional, capacitadas tecnicamente a prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade, para atender as necessidades de saúde da população cadastrada.^(32,33)

Como um dos momentos propostos para a se prestar à assistência pretendida na ESF, de forma sistematizada, apresenta-se a CE, a ser realizada pelo enfermeiro que compõe a equipe de saúde da família.⁽³²⁾ Nesse momento, deve-se acolher os vários processos de vulnerabilidade, necessidades e agravos dos usuários, ao considerar sua complexidade. Na prática, a questão significa não perder de vista a

diversidade humana e, conseqüentemente, a vivência das pessoas, construída em meio a processo sócio-histórico, projetando a atenção à sua saúde a partir do cuidado holístico e humanizado, avaliando a dinâmica das relações sociais, ambiente, gênero, gerações, raças, culturas, biologia humana e sexualidades.⁽³⁴⁾

A CE permite fazer o acompanhamento das mudanças no estilo de vida, tão necessárias para o controle da doença, bem como reforçar as orientações para o autocuidado, empregando-se para tal o PE.⁽³⁵⁾ Assim, por meio da CE, desenvolve-se um trabalho que tem por finalidade melhorar a qualidade de vida e de saúde dos usuários da ABS.⁽³⁶⁾

E, em uma perspectiva ampla, a CE deve se adequar aos processos constituintes da dinâmica gerencial em saúde, de acordo com especificidades locais, além de estar inserida em programa municipal de atenção à saúde que inclua a oferta de ações múltiplas e articuladas, internas e externas aos serviços, nos diferentes níveis assistenciais, envolvendo equipe multiprofissional e práticas interdisciplinares e intersetoriais.⁽³⁴⁾

Tem-se que a utilização da consulta, em seu formato de ferramenta metodológica para sistematização da assistência profissional, é variável segundo as bases e prerrogativas técnico-profissionais das diferentes profissões no campo da saúde. A consulta, no entanto, não é em si prerrogativa profissional exclusiva, podendo ser exercida em seu sentido mais amplo, em diferentes áreas do saber profissional e, mesmo, como estruturante das relações em sociedade simplesmente. A essas definições agrega-se a noção de estratégia metodológica para o exercício profissional de Enfermagem.⁽³⁷⁾

Neste sentido, pode-se considerar que a CE se configura como um instrumento tecnológico de que se lança mão, tanto para favorecer o cuidado quanto para organizar as condições necessárias ao cuidado. Possibilita identificar, compreender, descrever, explicar ou prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais e determinar os aspectos dessas respostas que exigem uma intervenção profissional. Portanto, a consulta determina a existência de alguns elementos que lhe são inerentes: o que os agentes da Enfermagem fazem (ações e intervenções de enfermagem), em face de determinadas necessidades

humanas (diagnóstico de enfermagem), para produzir determinados resultados (resultados de enfermagem).⁽¹³⁾

Configurando-se como “atividade-fim”, historicamente, a CE foi iniciada em unidades de saúde brasileiras, em 1968, para atender grupos de gestantes e crianças, estendendo-se posteriormente a outras clientela como portadores de tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão arterial. No âmbito da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), a CE consta da Portaria SS-G6 de 07/03/1983 e, no nível federal, é regulamentada pela Lei nº 7498/86 e pelo Decreto nº 94406/87 como sendo atribuição do enfermeiro a prestação de assistência direta ao cliente.⁽³⁸⁾

Atualmente, considera-se que, no dia a dia das USF, o enfermeiro vem desenvolvendo múltiplas atividades no campo da assistência, da gerência e da educação/formação, ampliando as suas responsabilidades, que associadas às dificuldades existentes e ao interesse em proporcionar o bom andamento do serviço, sobrecarregam o seu cotidiano, tornando o processo de trabalho algo estressante. Assim, o grande desafio para os trabalhadores da ESF, em especial os da Enfermagem, é a necessidade de rever sua prática diante de novos paradigmas, sendo indispensável repensar os processos de trabalho, bem como adotar metodologias, instrumentos e conhecimentos diferentes dos atualmente instituídos.⁽³¹⁾

Explorar cientificamente esses aspectos mostra-se importante, tendo em vista a conjuntura atual que a Enfermagem brasileira se encontra, de necessidade de reconhecimento, valorização e divulgação pelo trabalho, de reflexão sobre a prática e de incentivo a pesquisa.^(37,39)

Levando em consideração essa premissa, como questão central a ser respondida por esse estudo, estabeleceu-se: Quais as concepções e experiências de enfermeiros da ESF dos municípios que compõem o Circuito das Águas Paulista quanto à consulta de enfermagem às crianças e às gestantes?

Aqui, cabe esclarecer que esses grupos alvo de consultas de enfermagem foram delimitados para esta investigação, devido à grande demanda clínica pediátrica e de pré-natal nas USF e a importância epidemiológica dos agravos que, ainda, acometem a população materno-infantil em nosso meio.^(40,41)

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Apreender concepções e descrever experiências de enfermeiros da ESF de uma região do interior paulista sobre consultas de enfermagem a gestantes e crianças.

2.2. Objetivos Específicos

Levantar as concepções dos enfermeiros da ESF sobre Consultas de Enfermagem obstétrica e pediátrica e sobre as suas respectivas sistematizações;

Identificar as facilidades/dificuldades encontradas por esses enfermeiros para realizar essas consultas em seus contextos de trabalho;

Relacionar, junto aos enfermeiros, as possibilidades de mudanças para qualificar essa prática.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, que se preocupou com a apreensão abrangente e profunda dos dados obtidos. Esse tipo de abordagem permite considerar o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos pesquisados, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que se pretende estudar. Ou seja, a metodologia qualitativa é adequada quando se busca conhecer um determinado fenômeno por meio dos atores sociais e dos sentidos que eles atribuem ao mesmo, ou seja, aos objetos e às ações sociais que desenvolvem. ⁽⁴²⁾

A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais à abertura de apreensão dos dados, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação entre os investigadores e os atores sociais envolvidos. Parte de uma relação de intersubjetividade de onde resultará um produto novo, em um processo mais amplo de construção de conhecimentos. ⁽⁴³⁾

3.2 Local da pesquisa

O contexto institucional para a realização da pesquisa foi à rede de atenção básica de saúde da população dos municípios que integram o Circuito das Águas Paulista e que, por sua vez, seguem o modelo assistencial da ESF, mais especificamente os municípios deste Pólo Turístico que integram o CONISCA (Consórcio Intermunicipal do Circuito das Águas).

Desde 04 de novembro de 2004, prefeituras de oito municípios integram o Consórcio Intermunicipal do Pólo Turístico do Circuito das Águas Paulista, formado com o objetivo de divulgar os atrativos turísticos, despertar o interesse de visitantes e colaborar para o desenvolvimento econômico e social dos mesmos.

A saber, os municípios são: Águas de Lindóia, Amparo, Jaguariúna, Lindóia, Monte Alegre do Sul, Pedreira, Serra Negra e Socorro. Considerados municípios de pequeno porte, apresentam contingente populacional variando de 5.981 habitantes (Águas de Lindóia) a 65.931 habitantes (Amparo). Quanto à cobertura da população pela ESF, observa-se uma variação de nenhuma (Jaguariúna) a 100% (Lindóia e Monte Alegre do Sul). No total, atualmente, existem 40 equipes da ESF cadastradas na região. Como exemplo de indicadores de saúde, tem-se que no ano de 2009, houve uma variação de um (Lindóia e Monte Alegre do Sul) a 10 óbitos infantis (Amparo), sendo a maioria de ocorrência no período neonatal precoce.⁽⁴⁴⁾

Destaca-se que alguns desses municípios fazem parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Circuito das Águas (CONISCA), fundado em 2003 e formado por Águas de Lindóia, Lindóia, Monte Alegre do Sul, Serra Negra e Socorro. Nesses municípios, em 2010, houve uma variação de um (Lindóia e Monte Alegre do Sul) a sete óbitos infantis (Socorro).⁽⁴⁴⁾

Pioneiro no modelo de gestão e um dos poucos consórcios de saúde existentes no Estado de São Paulo, o CONISCA se consolidou, com o passar dos anos, como uma opção de sucesso para a ampliação do atendimento nas especialidades médicas e odontológicas voltadas à população usuária do SUS, atendendo, em média, 6.000 pessoas por mês, nos cinco municípios. Entre as especialidades médicas oferecidas estão: cardiologia, cirurgia geral, clínica vascular, endocrinologia, gastroenterologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, anestesia, radiologia, dermatologia e clínica geral. Atualmente, esse consórcio, com sede no município de Lindóia, é considerado uma referência para administradores públicos municipais, sendo visitado por autoridades de todo o estado de São Paulo que buscam implantá-lo em outras regiões. Atualmente, existem 13 equipes da ESF atuando na região coberta pelo CONISCA.

Optou-se por priorizar o estudo nesses municípios, devido a suas semelhanças demográficas, epidemiológicas e de oferta de serviços, proximidade entre eles e a história de parceria e colaboração regional em vários aspectos, incluindo os relativos à Saúde.

3.3 Participantes do estudo

Este estudo contou com a participação de 10 enfermeiros que atuavam, por ocasião da coleta de dados, na ESF nos municípios que fazem parte do Circuito das Águas Paulista, especificamente do CONISCA, Águas de Lindóia, Lindóia, Serra Negra e Socorro (municípios que permitiram a realização deste estudo).

3.4 Procedimentos para coleta dos dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi estruturadas pautadas por questões norteadoras. Entrevista estruturada é descrita como aquela composta por perguntas fechadas; entrevista aberta aquela que aprofunda um tema sem nenhum roteiro prévio e, entrevista semi estruturada, aquela que combina perguntas fechadas e abertas, oferecendo ao participante a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, havendo espaço livre ao participante, de colocar sua experiência sobre o tema proposto. ⁽⁴³⁾

A cada entrevista realizada pelo autor, para a caracterização dos entrevistados, foram obtidas informações pessoais, de formação e de trabalho (Apêndice 1), sendo agendadas previamente, para que não houvesse prejuízo do serviço e para a assistência ao usuário, durante o período de abril a julho de 2011. As entrevistas foram gravadas e as gravações destruídas após transcrição.

3.5 Técnica de análise dos dados

As entrevistas foram transcritas seguindo princípios da proposta de interpretação qualitativa de dados denominada Análise de Conteúdo⁽⁴³⁾ e foram analisadas com enfoque norteado por referenciais teóricos e metodológicos da SAE, PE e da literatura científica correlata.

O Método de Análise do Conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação realizadas 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.⁽⁴⁵⁾

Dentre as vertentes de Análise de Conteúdo, optou-se pela 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.

Operacionalmente, esse processo analítico se divide em três partes:

- Pré-análise: consiste na leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.
- Exploração do material: configura-se em uma classificação que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto pela categorização, que é um processo de redução do texto às palavras e às expressões significativas.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações que permitam colocar em relevo as informações obtidas. O analista propõe inferências e realiza interpretações, interrelacionando com o quadro teórico.⁽⁴³⁾

3.6 Aspectos Éticos

Este estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução 196/96, que versa sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. Desse modo, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entregue aos sujeitos da pesquisa, em duas vias (Apêndice 2).⁽⁴⁶⁾

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos gestores municipais de saúde dos municípios participantes e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FMB – UNESP (Of. 29/11) (Anexo 1).

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização dos enfermeiros entrevistados

Inicialmente, apresenta-se uma breve caracterização dos enfermeiros da ESF que participaram deste estudo, a fim de contextualizar suas contribuições.

Quadro 1 - Aspectos sócio-demográficos e de formação e trabalho dos enfermeiros entrevistados. Circuito da Águas Paulista-SP, 2011.

N	Sexo	Idade	Graduação (ano)	Graduação (estado)	Graduação (instituição)	Pós Graduação (cursos)	Tempo na ESF (meses)	SAE (cursos)
E1	F	24	2009	SP	Privada	Enf. Trabalho	8	Sim
E2	F	26	2009	SP	Privada	Enf. trabalho	8	Sim
E3	F	38	2006	SP	Privada	Enf. Obstétrica	9	Não
E4	F	27	2006	SP	Privada	Não	24	Não
E5	F	29	2005	SP	Privada	Gestão em Saúde - MBA	48	Não
E6	F	28	2006	SP	Pública	Não	36	Não
E7	F	39	2003	SP	Privada	Saúde da Família	31	Não
E8	F	51	1980	SP	Privada	Enf. Neonatal; Saúde da Família e Pronto Socorro.	60	Sim
E9	F	28	2006	SP	Pública	Não	13	Não
E10	F	30	2008	MG	Privada	Não	10	Sim

Os 10 enfermeiros foram entrevistados no período de abril a julho de 2011. Caracterizaram-se por ser do sexo feminino e ter entre 24 a 51 anos, com dois anos a 30 anos depois de formadas. A maior parte se formou em Enfermagem no estado de São Paulo, em instituição privada, sendo que seis realizaram curso de pós graduação *latu sensu* em diferentes áreas. Elas atuavam em USF dos municípios inclusos no estudo, com ampla variação de tempo de trabalho nessas unidades. Em relação à formação após a graduação em Enfermagem sobre SAE/Consulta de Enfermagem; cinco entrevistadas haviam feito cursos específicos nesses temas, quatro realizados como curso de extensão e outro realizado pelo COREn.

4.2 Consultas de enfermagem obstétricas e pediátricas e suas sistematizações na perspectiva de enfermeiros da ESF

Primeiro, apresenta-se um quadro sumarizado dos temas e respectivos núcleos de sentido.

Quadro 2 – Relação dos núcleos de sentido segundo os temas estudados.

Tema 1 – Concepções de enfermeiras sobre CE
O enfermeiro, ao realizar a consulta, passa a conhecer melhor o indivíduo, sua história de vida e saúde, possibilitando verificar necessidades/problemas apresentados pelo indivíduo, a partir de uma abordagem holística e autônoma.
A consulta, também, permite inferir situações futuras, contribuindo para atuação preventiva do enfermeiro.
Como abordagem sistematizada, a consulta de enfermagem possui etapas a serem seguidas.
Tema 2 – Experiências profissionais com CE na ESF
A consulta de enfermagem é o ponto estratégico do atendimento.
Cada consulta é diferente da outra e o enfermeiro tem que se adequar para realizá-la.
Tem ajudado muito e é gratificante.
A gente ainda não faz consulta de enfermagem como deveria.
Tema 3 – SAE na ESF
A SAE norteia prática de enfermagem, mas nem sempre é realizada e quando realizada não é completa.
Para realizar a SAE adequadamente, falta o estabelecimento de protocolo e o reconhecimento do papel do enfermeiro.
Tema 4 – CE obstétrica e sua sistematização na ESF

Procuro fazer a consulta pré-natal conforme preconizado.
Nem sempre faço a consulta pré-natal satisfatoriamente.
Tema 5 – CE pediátrica e sua sistematização na ESF
Na Puericultura, o enfermeiro aborda o básico.
Falta estrutura, capacitação e organização para a consulta pediátrica.
Tema 6 – Propostas para qualificar as CE obstétricas e pediátricas na ESF.
Maior interação da equipe e que essa seja composta por um número suficiente de profissionais, com recursos físicos e materiais adequados.
Valorização da autonomia e aumento da confiança no enfermeiro para a realização da consulta de enfermagem.
Capacitação em consulta de enfermagem para o enfermeiro.
Sistematização adequada da assistência de enfermagem.
Organização da rede de atenção à saúde materna e infantil.

Os temas estudados e seus respectivos núcleos de sentido seguem apresentados em detalhes, sendo ilustrados com recortes dos depoimentos obtidos (unidades de registro), por sua vez, identificados pelas siglas das enfermeiras entrevistadas (E1 a E10).

Tema 1 – Concepções de enfermeiras sobre CE

Antes de abordarem as especificidades da CE na ESF, as entrevistadas definiram de um modo geral esse momento da assistência de enfermagem, quando emergiram os seguintes núcleos de sentido:

O enfermeiro, ao realizar a consulta, passa a conhecer melhor o indivíduo, sua história de vida e saúde, possibilitando verificar necessidades/problemas apresentados pelo indivíduo, a partir de uma abordagem holística e autônoma.

Para as entrevistadas, a CE configura-se como atividade inerente ao enfermeiro e que favorece sua autonomia:

*É o atendimento que o enfermeiro faz com o paciente. (E2)
O básico é com nossa parte mesmo. Porque a parte do médico é a consulta dele para remédio. Agora, para mim, a consulta de*

*enfermagem é o principal. Como que eu digo? Eu acho que é o alicerce para entender o que acontece com aquele paciente. (E10)
É importante na atuação do próprio enfermeiro. É aumentar o seu leque de atuação e lhe dá autonomia, tá? Ou, não?... (E7)*

É interessante observar a opção feita pela E10 para definir a CE, fazendo o contra ponto com a consulta médica, buscando demarcar o que se tem de especificidade em cada uma, especialmente quanto à finalidade da atividade de cada uma das categorias profissionais.

De outro modo, uma das entrevistadas deixou transparecer que a CE se faz importante no contexto do trabalho em equipe, por ser um momento especial de obtenção de dados para que o profissional médico realize seu trabalho na unidade:

Então, é para conhecer a pessoa, perguntar por que ela está procurando médico. Você já está praticamente dizendo para o médico o que o paciente está querendo. O médico está sempre perguntando pra gente: “o que esse paciente tem? Porque ele está vindo aqui?” Então, a gente já tem um histórico, sabe onde ele mora, idade, se é casado ou não, quais as queixas, pra mim tudo isso é consulta de enfermagem. (E4)

Os depoimentos revelaram que a CE, na concepção das enfermeiras da ESF, possibilita obter informações clínicas sobre o indivíduo consultado, permitindo conhecê-lo melhor, ao se recuperar informações relativas ao passado e ao presente, identificando suas necessidades/problemas, de modo integral:

Serve para conhecer não só o presente, mas também o passado quanto à saúde. Acho que se a gente não fizer a consulta, a gente não vai saber nada, praticamente, nada dele (consultado). É ver o paciente no seu total assim... Tanto fisicamente como a parte psicológica também. (E1)

É, assim, uma maneira de você conhecer um pouco mais da história e até a clínica do paciente. (E3)

Consulta de enfermagem para mim é abordar o paciente, é ver o que ele está precisando no momento, é... Porque ele procurou a unidade, se ele está com algum stress, como ele está se comportando. (E4)

Consulta de enfermagem é o momento que a gente tem de conversar com o paciente, de ver o que ele está sentindo de saber o que está se passando com o paciente, como um todo não só na queixa que ele vem nos procurar. (E5)

Consulta de enfermagem, no meu olhar, abrange o paciente como todo: a parte física, emocional, psicológica... (E8)

... é para abordar os problemas de enfermagem, mesmo. Os problemas que a gente pode resolver. Seria a questão das necessidades básicas, né? (E9)

A consulta, também, permite inferir situações futuras, contribuindo para atuação preventiva do enfermeiro.

Houve a menção de que a consulta de enfermagem, além de abordar as questões pregressas e atuais de saúde e de vida do indivíduo, também possibilita fazer inferências sobre situações futuras, possibilitando a prevenção de doenças:

Consulta de enfermagem é o conhecimento do paciente, conhecimento do passado, presente e até a previsão do futuro, né? De como vai ser a família, por que ela quer ser gestante ou se quis aquela gestação. (E6)

É para a atenção de prevenção na saúde. De doenças, na verdade. (E9)

O próximo núcleo de sentido indica que as enfermeiras, mesmo que superficialmente, ao conceituarem consulta de enfermagem a relacionam com algum tipo de sistematização, citando algumas de suas fases:

Como abordagem sistematizada, a consulta de enfermagem possui etapas a serem seguidas.

É uma abordagem do paciente de uma forma sistematizada, que norteia a gente no diagnóstico e na conduta a ser tomada. (E7)

...eu acho que é tudo, exame físico, entrevista... (E1)

...(composta) de observação, detecção do diagnóstico de enfermagem, de prescrição dos cuidados de enfermagem e, também, acompanhamento do paciente e evolução dele. (E8)

Eu acho que é realmente importante por causa da história, você tem uma evolução, né? Pode até prescrever coisas que cabe ao enfermeiro. Algumas prescrições dão para a gente fazer e adiantar até a cura de alguns casos. Imagino eu... (E3).

Tema 2 – Experiências profissionais com CE na ESF

A partir de suas concepções gerais sobre CE, as enfermeiras que atuam na ESF, relataram suas experiências com essa atividade. E, ao se reportarem à CE nesse contexto, elas ressaltaram a importância de sua realização, tanto para o desenvolvimento adequado do serviço quanto para o da própria Enfermagem, como revelam os núcleos de sentido que se seguem:

A consulta de enfermagem é o ponto estratégico do atendimento.

As entrevistadas percebem a CE como um momento fundamental do processo de trabalho nas USF, por ser realizada pelo profissional que fica mais tempo na unidade, tem mais contato, conhecimento e afinidade com indivíduo e sua família e demais membros da comunidade.

Novamente, as enfermeiras se utilizam da comparação com o trabalho médico para elucidar suas concepções sobre a CE:

Eu creio que é o atendimento primordial, porque é a enfermeira que tem muito mais contato com o paciente. Ela sabe mais a realidade das famílias, realidade do paciente. Tem mais tempo que o médico para atender o paciente. Tem mais afinidade, porque fica mais na unidade, muitas vezes, mais do que o próprio médico. É o ponto estratégico do atendimento (E2).

Como a gente está sempre perto o paciente adquire confiança, conversa, conta tudo, a família também sempre está próxima da gente. Como trabalho em uma cidade pequena, a gente tem o maior contato com o pessoal todo que chega lá, para mim, isso é consulta de enfermagem. Eu acho que a consulta de enfermagem é super interessante, é tudo! (E4)

Eu acho que o enfermeiro pode ver um cuidado melhor para ele (consultado). A gente sabe que o médico é defasado neste ponto, porque geralmente ele só vê o ponto principal, por exemplo, a dor no braço. A gente não. Por exemplo, você vai colher papanicolaou e você descobre que a pessoa está passando por um problema de traição com o marido ou problema de educação com o filho. Então, eu acho que o enfermeiro tem essa parte mais... É mais sensível neste ponto de enxergar o além, não só o que o paciente veio procurar pra se queixar aquele dia. (E5)

Na saúde da família deve-se fazer uma abordagem mais integral. Eu vejo que a consulta médica é mais queixa-conduta. Às vezes, os problemas das pessoas, com o olhar da enfermagem, com a

aproximação, com o vínculo, você consegue abordar de forma melhor. (E7)

Começa pelo acolhimento, o vínculo com o paciente, com o cliente, com a família, as visitas domiciliares que a gente participa mais da vida, tentando ajudar, resolver, colaborar com o paciente. (E8)

Eu acredito que ela complementa bastante a consulta médica, né? Por que, muitas vezes, o paciente consegue esclarecer muito mais questões com a gente do que com o médico. A proximidade com o paciente, muitas vezes, é mais da enfermeira do que com o médico, com relação ao paciente com as questões que os trazem a unidade. (E9)

Eu acho que fica como continuidade de tratamento, mesmo. Porque eu acho... Como eu posso te dizer? Mas eu acho que mais uma continuidade do trabalho. (E10)

Cada consulta é diferente da outra e o enfermeiro tem que se adequar para realizá-la.

O depoimento da enfermeira que configurou este núcleo de sentido destaca a especificidade de cada consulta devido às características inerentes ao usuário atendido, revelando a importância da comunicação adequada:

Cada consulta é diferente da outra. A linguagem que você vai usar... Eu, como PSF da Zona Rural, tenho que adaptar muitas palavras que eles não entendem. Então, tem a parte cultural, o modo de falar... O social, também. Às vezes, você não pode falar alguma coisa que seja muita modernidade, por que eles estão acostumados a (linguagem) do sítio, né? Ainda, a idade também influencia. Cada consulta é uma experiência nova. Tenho um jogo de cintura bom para conversar com as pessoas e entrar, assim, na realidade delas. (E1)

Tem ajudado muito e é gratificante.

Algumas enfermeiras consideraram que a CE colabora na vida das pessoas, ajuda e favorece descobertas, sendo descrita como um trabalho prazeroso:

Eu vejo que tem ajudado muito, principalmente, as mulheres. Assim, que é o que eu tenho feito mais? O modo de conversar, a atenção na coleta de papanicolaou, por exemplo, tenho feito toda

uma consulta e isso faz com que elas se abram e descubram coisas que não são descobertas (de outras maneiras). (E2)

Eu que tive experiência de quatro anos como enfermeira assistencial em hospital em que você só resolvia pepino, literalmente, só apagava fogo, e aqui está sendo muito gratificante. Porque eu consigo realmente uma proximidade com o paciente, eu consigo ter uma visão holística do paciente, eu consigo conversar com o paciente. E posso tentar ajudá-lo da melhor maneira possível, diferente do hospital. Aqui tem maior proximidade com o paciente, com a família, com a casa do paciente. Então, para mim está sendo muito gratificante. (E9)

As consultas que eu fiz foram mais no sítio, porque nesta região, eu pego três sítios, que aglomeram aqui. Foi com paciente complexo em fase terminal, mas foi tranquilo de fazer, foi uma experiência boa. (E10)

A gente ainda não faz consulta de enfermagem como deveria.

Nem todas as entrevistadas referiram realizar CE na ESF. Essas e as que referiram realizar descreveram essa prática permeada por problemas, reconhecendo que deixavam a desejar. Foram apontadas, principalmente, dificuldades quanto à estrutura física inadequada como aquelas relacionadas à organização do próprio processo de trabalho e da equipe:

Lá na unidade, faço poucas consultas de enfermagem, não são muitas, não. Tenho feito, apesar de ser um lugar que tem dificuldades... Mesmo tendo falhas, assim de estrutura e toda uma questão de organização... Por que não tem uma sala apropriada, é tudo junto: atendimento de enfermagem e de procedimentos. É difícil para mim, porque tenho feito o trabalho duplo de enfermeiro e técnico. Estou sem técnico. O tempo, muitas vezes, não me permite organizar toda uma equipe. Entrada e saída de todo material, de tudo. E, ainda, fazer uma consulta com todas as etapas que requer tempo esforço! O tempo não dá, quando você vê, você já tá tão cansada que você já nem pega o prontuário pra fazer toda aquela... (E2)

Então, na verdade, eu estou aqui há pouco tempo, só nove meses. Então, é assim, eu não apliquei ainda, da maneira que tem que ser. Só quando tiver mais um enfermeiro para dividir os setores, né? Assim, vou ver se eu consigo aplicar. No momento nem dá...(E3)

A gente ainda não tem uma consulta de enfermagem tão boa como deveria ser. Porque não existe uma sala de enfermagem,

essa é a realidade. A gente faz como pode. Lá, uma divisória separa uma sala que fica para a pré-consulta e para o consultório. Quando dá, a gente leva para o consultório. Ah! Ai a gente conversa com o paciente explicando alguma coisa, mas, quanto à consulta de enfermagem, a minha não é tão boa, tão boa ainda. (E4)

Então, toda a oportunidade que eu tenho, faço consulta. Que nem o pânico é uma das oportunidades que tenho de ter contato com o paciente. Eu faço mais, na Puericultura, na hora da vacina... Assim, não chego a fazer o exame físico, mas sempre colho dados da criança e da mãe. Na visita (domiciliar), também, que dá pra fazer mais, não tão profundo como tem que ser, mas é um jeito. Tem que aproveitar as oportunidades, né? (E5)

Eu faço a consulta, mas eu faço verbalmente. Eu não tenho tempo de anotar... Como eu tenho várias atividades: cuidar dos agentes, fazer a parte técnica, realizar visita, ajudar nas vacinas... Porque enfermeira aqui, no meu caso, eu sou a gerente, a responsável e tenho que dar conta do técnico, da responsabilidade técnica e de documentos. Então, eu atendo os pacientes e deixo os prontuários para anotar depois... Então, eu sei a história de todos eles, porque com o PSF você tem aquele vínculo. Então, eu sei a história de todos eles na minha cabeça, no papel não tenho marcado. Então, eu faço a consulta de enfermagem, certo? Mas, eu não coloco em prática papel. (E6)

As consultas de enfermagem, atualmente, ficam com um pouquinho de relapso pela falta do tempo do enfermeiro em se dedicar mais. Porque são poucos os funcionários dentro de uma unidade, não tem reposição de férias, de licença... Então, enfermeira acaba fazendo menos consultas de enfermagem para realizar até mesmo o serviço do técnico e do auxiliar. Então, a meu ver, se o enfermeiro tivesse mais tempo, disponibilidade para realmente executar mais as consultas de enfermagem, seria mais produtivo e colaboraria muito mais para o paciente. (E8)

Agora, a gente deu uma parada por eu estar sozinha. Ficou mais complicado pra mim. Faço mais para paciente mais complexo mesmo. (E10)

Neste núcleo de sentido, destaca-se o depoimento da E5 que deixa transparecer a forma reconhecidamente incompleta de se fazer a CE, o que de fato significa a não realização dessa atividade.

Tema 3 – SAE na ESF

As enfermeiras reconhecem a importância da sistematização da CE, como base para a prática clínica da Enfermagem, porém relatam não adotá-la ou quando a realizam não é de forma completa. Elas justificam essa dificuldade por acúmulo de funções próprias e de outros profissionais, com a conseqüente sobrecarga de trabalho e falta de tempo, sendo a implantação do diagnóstico a fase mais problemática, conforme os relatos a seguir:

A SAE norteia prática de enfermagem, mas nem sempre é realizada e quando realizada não é completa.

Agora comecei consulta de enfermagem e fazer a sistematização, não seguindo todos os passos. Vejo o básico, assim, AU, peso, IMC, altura, IMC, desenvolvimento... Agora, a gente tem o detector de batimento cardíaco-fetal que a gente usa. Mas, por enquanto, é só isso, tem de hipertenso e diabético, mas não completo como tem que ser. (E1)

A SAE, mesmo? Na Unidade de PSF, não. Não tenho feito. Assim, tento fazer... Faço até certo ponto. Assim, faço meio que pulando algumas etapas. Tento fazer o histórico, mas assim, a evolução não tem. Não tem uma continuidade como na UTI. Como aquela que eu já tive como experiência em UTI. (E2)

Toda enfermeira, ela tem que fazer a sistematização sim, mas é que no momento não tem como estar sendo aplicado, não tem nem tempo hábil para estar aplicando. (E3)

Hoje eu sigo o impresso que tem e é tudo escrito em prontuário. E só faço a SAE na puericultura e no papanicolaou. (E5).

Então, eu faço. De início eu fazia mais completa, porque o COREN veio e me pressionou. E, aí, comecei a colocar mais em prática. Mas, agora, a primeira fase, a anamnese, eu faço. O diagnóstico tem dia que não dá tempo de fazer, tá? Digo colocar. A continuidade eu faço, meu problema é anotar o diagnóstico, daí tem dia que não dá tempo. E, daí, passa o dia e eu esqueci. Não lembro mais do prontuário que tá lá. Mas têm prontuários que eu faço até o final, os mais críticos eu procuro fazer até o final. Anotação. Eu odeio anotar, eu não sou de papel. Odeio. Eu odeio papel. Amo fazer tudo, menos colocar no papel. Odeio, me deixa estressada. Papéis, odeio papéis. (E6)

É, no começo quando saí da faculdade, eu saí com a noção de toda consulta que eu deveria realizar... Vamos dizer, para todos os passos corretamente, fazendo diagnóstico, fazendo uma sistematização. Eu não realizo todos os passos da sistematização, mas ela te norteia. Ela te dá um norteador para você dar a abordagem do paciente. A sistematização em si, te norteia como realizar a consulta de enfermagem. No meu dia a dia, eu vi que a sistematização realizada na clínica, no hospital, às vezes, não consegue se realizar dentro da unidade. Algumas coisas são mais específicas no PSF, mas eu acredito que ela tem que estar inclusa no seu saber, norteando a sistematização. (E7)

Eu tenho dificuldade sim com a sistematização. Eu não tenho o hábito de fazer a sistematização. Sei como faz, sei todos os passos, mas tenho dificuldade em fazê-la e implementá-la aqui na Unidade. Na minha formação, foi firmada a sistematização de enfermagem. Sei como faz, sei todos os passos. Mas, não consigo fazer, já separei alguns pacientes, eu formulei toda a sistematização na minha cabeça, mas não consegui passar para o papel, mas fazer tudo direitinho com diagnóstico, assim na hora, não consigo. ...só não consigo fazer na hora o diagnóstico, mas se eu parar depois para pensar e colocar o diagnóstico e tal, para resolver os problemas em relação ao diagnóstico, eu consigo fazer sim! Eu converso com o paciente querendo saber que o traz até mim. Faço primeiro o levantamento dos problemas, mas na minha formulação do diagnóstico, durante a consulta é assim, levantamento de problemas, e daí já passo para implementação, que são as orientações que eu consigo dar para ele estar resolvendo. Pra mim, o que facilita é o conhecimento que eu tenho. Porque nós não temos um instrumento que nos guia para fazer a consulta de enfermagem. Mais é a experiência válida das aulas da faculdade, né? E do que a gente sabe sobre SAE, né? Que é todo o exame físico, tudo aquilo que a gente já sabe que tem que seguir direitinho pra tá fazendo esta consulta de enfermagem. (E9)

Além disso, referem que o trabalho do enfermeiro não é muito reconhecido, sendo pouco valorizado e havendo a necessidade de legitimação legal para a implementação de sua prática clínica, sistematizada, conforme revela o próximo núcleo de sentido:

Para realizar a SAE adequadamente, falta o estabelecimento de protocolo e o reconhecimento do papel do enfermeiro.

Então, a SAE é um problema aqui, porque a gente chegou a montar um protocolo, tudo pra fazer a SAE com cada grupo só que não chegou a ser implantado, quando as coordenadoras estavam aqui a gente ia implantar, daí as enfermeiras acharam melhor fazer uma SAE para todos os lugares tanto para as UBS e PSF, uma para o município inteiro, para saúde pública do município inteiro e daí ficou parado. (E5).

Eu faço o exame físico e como no nosso município não tem implantado o protocolo, as consultas de enfermagem acabam sendo... Eu vejo assim, nós realizamos uma consulta que a conduta é só orientação, a nossa ação na consulta de enfermagem é de orientação e educação e saúde, né? Ai, eu fico é... Eu me sinto boicotada. A palavra seria essa. Eu faço todo um histórico, todo um exame físico... E, se eu tiver que tomar uma conduta, por exemplo, eu vejo uma criança que eu poderia estar solicitando um hemograma, por ela estar descorada, ai eu não posso, eu tenho que agendar uma consulta médica ou pedir uma interconsulta, pedir para médico assinar o exame! Ai, eu fico assim pensando porque é que eu vou fazer todo um roteiro de prática se minha autonomia se esbarra dentro dessa consulta? Se eu não tenho uma legalidade para realização dela?(E7)

A sistematização da assistência de enfermagem eu procuro usar em todos os clientes, em todos os momentos, mas acho que ela está muito falha, não só nesta unidade, mas no município. Isso porque o trabalho do enfermeiro não foi muito reconhecido, não foi muito valorizado este profissional. Nós estamos caminhando pra isso... Então, se a enfermeira ficar dentro de uma sala realizando uma sistematização de enfermagem, ela acaba sendo cobrada por outras coisas, outras atividades, né? Então, não se tem uma hierarquização dentro da saúde para o enfermeiro desenvolver realmente a sistematização. Mas, dentro do possível, eu procuro seguir a sistematização, a evolução todo aquele processo. (E8)

Aí, agora como mudou de diretora, ela está querendo mudar esse daí (protocolo). Porque ele é bem antigo esse, ela esta querendo mudar, fazer um novo protocolo, porque no momento está sem protocolo, também. Nenhum! Então, muita coisa que o médico está recusando a fazer, por exemplo, renovar receita de insulina, coisa que se tivesse protocolo poderia estar fazendo, mas no momento está sem e a gente está querendo preparar agora. (E10)

Quanto à utilização das classificações de práticas de enfermagem nas USF, as enfermeiras citaram com maior frequência a da NANDA, entretanto indicando que essa classificação ou outros referenciais de sistematização conhecidos não se aplicam à realidade da atenção básica.

NANDA não é muito focada para assistência de enfermagem no PSF, por exemplo, por falta de diagnóstico que pula. Eu acho que é importante. Deveria ter algo mais focado, assim, do que o NANDA, ter algo mais focado para PSF, mesmo. Abrir o NANDA ou fazer o diagnóstico ou vou fazer um... instrumento que tem todos os diagnósticos de saúde da mulher ou saúde da criança... E vai passando os dias, você vê já passou oito meses e você não fez e deveria ter feito! (E2)

Sigo... Deixa eu lembrar... Sigo a NANDA! Eu acho, até, Carpenito! Eu não tive vivência de faculdade... Você sabe, têm algumas coisas que são embutidas e, pra mim, foi embutida a NANDA. Então, não consigo nem trabalhar com Carpenito, apesar dele se adequar mais a realidade do que a NANDA. A NANDA, ela falta algumas coisas, mas parece que eu não tenho agilidade com Carpenito. Parece que não sai da minha mão, não consigo. NANDA já., Carpenito parece que enrola na minha mão. Então, eu uso NANDA, acho que foi uma coisa imposta. (E6)

Uso a NANDA. A gente acaba seguindo um roteiro, que no verso têm os diagnósticos, esses diagnósticos a gente já vai mesmo meio direto nele e faz a prescrição em baixo, no finalzinho. Depois tem a consulta da sistematização, mesmo da parte de pediatria e de ginecologia. A gente segue mais por ele, sabe? (E10)

Na sequência, são apresentados os dois temas centrais propostos para serem estudados na presente pesquisa e que, em conjunto, relacionam os núcleos de sentido que dizem respeito às experiências das enfermeiras na atenção à saúde materna e infantil, por meio da prática clínica realizada em CE e sua sistematização.

Tema 4 – Consulta de enfermagem obstétrica e sua sistematização na ESF

Em relação a este tema, as enfermeiras demonstram experiências vividas no atendimento realizado às mulheres, no período pré-natal e, de um modo geral, relataram como organizam e realizam a CE obstétrica, destacando a utilização de referenciais teóricos e metodológicos. Neste tema, também, estão inclusos os núcleos de sentido sobre as facilidades e dificuldades encontradas na prática em relação à consulta de enfermagem a este grupo populacional na ESF.

Procuro fazer a consulta pré-natal conforme preconizado.

Então, para gestante tenho (roteiro de consulta). Fiz um impresso baseado no do Ministério da Saúde. Fiz, praticamente, a metade daquilo tudo que tem que perguntar. Lá também, a gente está fazendo o pré-natal masculino que é uma coisa nova. Então, toda a vez que chamo a gestante, eu peço para que o pai vá junto. Daí, peço todos os exames praticamente: peço VDRL, anti HBS todos que se deve pedir para elas. E, elas vão e tem uma aderência boa. Antes, elas facial tudo no Postal (unidade de referência). Eu comecei a fazer visita domiciliar e foi uma coisa que trouxe elas para o posto (USF). Lá, não tinha nada antes. Então elas achavam que não tinham que ir. Então, comecei a fazer visita, falar para elas irem lá, falar sobre amamentação, preparação do seio. Pequenas Palestrina's ali, Para os grupinhos delas, acho que é uma coisa que traz as gestantes, elas se interessam, principalmente, para aquelas que vão ter o primeiro filho. Palestras de orientação elas vão sim, café, brinde são coisas que atraem. A confiança é muito importante. Quando eu entrei era só a V. e o médico. Então, tudo era ela. Então, elas começaram a confiar em mim e elas vão (E1)

Para gestante aqui tem tudo! Tenho sala com tudo, hospital, a gente atende a gestante, conversa, orienta... Tenho tudo, não há o que reclamar! (E4)

Então elas vêm e a gente consegue passar credibilidade para elas e eu sei por que elas sempre voltam para conversar comigo. Elas não procuram muito o posto, a maioria procura pra fazer o teste rápido ou BHCG, é mais a dificuldade da distância que prejudica. Porque elas preferem pagar o ônibus para ir para cidade do que ir para a unidade. Eu sinto que as que vão, vão porque estão com a menstruação atrasada. Além disso, acho que o que facilita acho que é visita dos agentes comunitários, porque eles estão conseguindo sensibilizar a mulher a ir a unidade se estiver com a menstruação atrasada. Então, eu acho que é a visita hoje que está facilitando (E5)

Para a gestante eu, normalmente, realizo a consulta com um roteiro, uma sistematização. A primeira consulta é uma sistematização inteira e, as próximas consultas, elas são mais focadas e direcionadas. Vamos dizer assim, no mês gestacional em que a gestante se encontra. Se há queixa relacionada a varizes, a cansaço e eu não faço; acabo não realizando uma sistematização inteira, mas eu sigo uma evolução da sistematização. (E7)

Para a gestante, a consulta, ela é mais completa, porque a gente tem um formulário. Então, esse passo a passo ajuda bastante. E, também, toda a experiência que eu tenho em consulta de enfermagem que é tudo aqui no posto. Eu não tive nenhuma

capacitação antes de vir para cá. Então, para a gestante eu consigo seguir direitinho este passo a passo, a gente tem este formulário que dá pra gente seguir, que dá um respaldo bacana e para dar uma orientação bacana também, para a gente não pular nenhuma questão. Então, eu sigo isso daí. E a experiência que eu tenho é gratificante é boa, porque eu fico muito satisfeita com a gestante. Acho que eu fico muito mais satisfeita com a gestante por causa disso, porque eu tenho um documento que eu consigo dar seguimento. (E9)

Nem sempre faço a consulta pré-natal satisfatoriamente.

Algumas enfermeiras referiram não realizar a CE obstétrica a contento, justificando essa condição por diferentes motivos.

Lá no posto, o único dia que tenho a sala só pra mim é de quarta-feira e de quarta-feira realizo Papanicolaou na parte da tarde e, de manhã, visita domiciliar. Gestante, eu vou (atender) em visita domiciliar e atendo de quarta à tarde, também. Então, o Papanicolaou e consulta de gestante, nos outros dias, é consulta médica, a sala é do médico. Eu acho que isso é o que mais dificulta, lá. Às vezes, tenho uma demanda muito grande de Papanicolaou e gestante e estou agendando em dois em dois meses. Porque não tem como, é só de quarta-feira. Então, dá tempo de fazer, à tarde, no máximo cinco. Eu acho que, nesse caso, a falta de sala e estrutura física do posto dificulta, porque se tivesse mais uma sala, eu poderia atender uma por dia e ter mais frequência nas consultas. (E1)

Não tenho feito lá, consulta de enfermagem com gestante. O médico tem feito. Quando posso, participo com ele, discuto com ele medicação, atendimento que tem feito com elas, se vai transferi-las para um atendimento mais especializado. Mas não tenho feito como preconizado, uma consulta enfermagem e outra do médico, lá. Como lá a gente tem (médico) sobrando, é raro (precisar de enfermeira). Todo dia tem vaga para passar com o médico e eu sempre deixo com ele. Porque, como eu disse, que a mente das pessoas ainda não mudou, que a Enfermagem é importante, que ela tem um papel importante. Às vezes, olham pra gente com esta visão errada de que só o médico faz o que é importante. Também, porque tem a falta tempo, que estou sem funcionário. Então, que eu tenho feito mais pra depois que nasce, vou na casa, faço a primeira visita, vejo problema de alimentação, revejo a forma que está amamentando, reoriento sobre alimentação, sobre amamentação exclusiva, essa parte pós-natal. Também, tem a falta de estrutura de ter uma sala onde você

possa acolher esta paciente, esta gestante. Tem a falta de autonomia, eu acho que é o que a gente mais sofre, aqui. Você não ter autonomia para fazer as coisas. A não ser resolver problema básico, se a mulher está passando mal, você corre no médico, liga se vira. Isso, eu acho que atrapalha: a falta de autonomia. (E2)

Porque, como trabalho com a ginecologista... Então, eu, assim, eu faço os primeiros exames, na verdade, a consulta eu faço. A médica vem uma vez por semana, peço os exames, deixo prontos na pasta, quando a médica vem já está adiantado o procedimento, converso com a paciente, oriento. Para consulta à gestante, tem tudo. (E4)

Então, na unidade que eu trabalho não é feito o pré-natal (pelo médico). Então, eu faço a primeira consulta de enfermagem. Vamos supor, a mulher procura o serviço por atraso menstrual, então, eu faço o teste rápido, se positivo eu fico com ela. Então, eu faço o exame físico, quando dá, por exemplo, quando é hora do almoço, quando o médico não está lá, daí eu uso a sala dele ou se não tem pré consulta eu fico na pré consulta. Daí, eu converso com ela tiro as dúvidas, faço todo o preenchimento dos papéis, abro o SIS pré-natal, abro a ficha obstétrica, o cartão de pré-natal, aí eu avalio o risco. Então, essa semana tinha uma gestante que estava tomando fluoxetina e rivotril. Então, quando é assim a gente liga no Centro de Saúde para agendar uma consulta médica mais rápida para ela porque ela não estava passando com o psiquiatra, então peço os exames de rotina e encaminha para o Centro de Saúde. Então, lá eles encaminham para o obstetra de lá. As outras consultas ocorrem com o médico obstetra. As gestantes não têm um seguimento na unidade, porque uma: eu não tenho sonar, mas assim eu sempre falo para elas, elas sempre me procuram, então sempre, uma vez por mês elas vão no posto, a gente senta para conversar, tira as dúvidas, peso, vejo a pressão, vejo a altura uterina, essas coisas eu faço. Não faço completo, mas assim conversar individualmente eu faço, tiro as dúvidas. Então, assim, elas voltam pra falar comigo, o médico não atende, só assim se tem uma gestante que passa comigo e está com dor de cabeça, daí converso, avalio e, assim, encaminho para consulta médica pra ver se precisa medicar, só por isso. Porque, como falei, às vezes, elas vão lá tirar uma dúvida comigo e nem passa com ele. Então, a dificuldade em atender elas é de não fazer o pré-natal na unidade, nem com o médico e nem com a enfermeira. Daí elas fazem no outro posto. (E5)

Então a primeira consulta. Aqui a gente faz a primeira consulta, encaminha, quando ela está com 30, 32 semanas, ela volta para a unidade para fazer de 15 em 15 dias, se o médico não der conta de atender de 15 em 15 dias lá no Centro de Saúde. Então, a primeira consulta fica detalhadinha, aí ela some, some assim, só

vem quando necessário, porque a maioria trabalha. E, aí, quando ela tem 30 semanas eu dou continuidade, pego o cartão da gestante, anoto tudo que ela fez nesse período que ela não veio na unidade, dou continuidade quinzenalmente, depois de 36 semanas, semanalmente. E elas retornam, elas têm que pegar confiança. Então, assim, tem gente que não vem e tem gente que vem, porque “o vizinho falou, que se eu viesse aqui você ia ensinar a fazer não sei o que, você me ensina?” Então, através de eu ensinar uma coisinha, acaba voltando semana seguinte para aprender outra coisinha, para falar não sei o que, elas acabam voltando, não são todas, as que menos precisam voltam. O que dificulta, também, é que eu trabalho em uma unidade que tem um problema social muito grande. Eu acho que da cidade, é o bairro que mais tem problemas sociais. Então, as mães talvez não vejam tal importância. Tem mães que são Caxias e todos os meses estão aqui. E o mês que a gente entra de férias e não marcar, elas ligam: “Porque o agente não passou aqui hoje? Viu? Será que dá pra marcar?” Mas têm aquelas que eu posso entregar 15 mil vezes o bilhete, que ela não vem. Isso vale tanto para gestante quanto para puericultura. (E6)

Acho que o que mais dificulta é você não estar segura na realização dela (consulta). De todos os procedimentos, ou se você não se sente segura em realizar. Isso dificulta, se você não se sente segura de ir lá fazer, por exemplo, a mensuração. Isso dificulta porque não te dá um norteador. (E7)

Com as gestantes, no nosso município, a enfermeira atua pouco. Porque, assim, dentro do protocolo da saúde da família, as unidades deveriam desenvolver o pré-natal de baixo risco, inclusive a gente teve um curso, uma capacitação há dois anos atrás para ser realizado. Mas, agora está dependendo de documento de posicionamento de uma unidade de referência, o que é isso? Nós deveríamos fazer o baixo risco, mas no decorrer do pré-natal se tornar por algum motivo um alto risco, a gente teria que encaminhar. E não foi resolvido isso. Então, nós fazemos a primeira consulta com a enfermeira e encaminhamos. Tentamos acompanhar esta gestante, indo a sua casa, na visita da puérpera do bebê, mas a maioria não retorna porque tem outro acompanhamento no posto central. Se a gente pudesse realizar o pré-natal de baixo risco como é preconizado pela saúde da família nós teríamos muito mais envolvimento, mas como nós fazemos mais a primeira consulta que é mais burocrática, então apesar da gente tentar ter mais vínculo isto dificulta um pouco, isso deixa a desejar. (E8)

A gestante é um pouquinho maior, ela é mais extensa. O pré-natal aqui quem faz é a própria ginecologista. O enfermeiro aqui não faz não, são eles. Só que antes tem um grupo de gestante, faz as orientações antes, de como dá o banho, como está o bebê, de

acordo com a idade gestacional, tudo e depois passa com a ginecologista. Então, o contato da gestante comigo é maior e, também, depois, no próprio pré-natal. Então, a maioria quando solicita para a médica já sai com uma carta para o planejamento familiar. Então se ela já sabe se vai para cesárea vem com uma carta para mim pra encaminhar à assistente social pra poder fazer a laqueadura. Então, o contato comigo é maior na ginecologia. Mas, tem a dificuldade da resistência dos ginecologistas, em dar abertura para o enfermeiro. (E10)

Tema 5 – Consulta de enfermagem pediátrica e sua sistematização na ESF.

Da mesma forma, que no tema anterior, este tema aborda as experiências das entrevistadas na realização da CE e sua sistematização, neste caso, com crianças, no acompanhamento que denominam como Puericultura. Destacam-se, a seguir, as características dessas consultas, bem como as dificuldades para realizá-las.

Na Puericultura, o enfermeiro aborda o básico.

Dentre as principais características da CE pediátrica, as enfermeiras relacionaram atividades como: pesar e medir. Orientações, também, são salientadas por estas enfermeiras sobre aleitamento materno e sobre o crescimento e desenvolvimento saudáveis. Novamente, é evidenciado o protocolo como um instrumento utilizado no processo de trabalho.

Lá, a gente vê peso e altura, conversa com a mãe alguma coisa sobre alimentação, comportamento da criança na escola, vacina. É o básico que a gente aborda, mas nada impresso, nada escrito. (E1)

Então, o que eu faço? Meço, peso, tento colocar tudo nos gráficos... (E2)

Criança pouco. Que aqui (município) a Pediatria do hospital, ela não tem um número muito grande de crianças. (E3)

Então, eu sigo protocolo ainda, por mais que ele não esteja implantado eu sigo ele. Dou orientação a mãe, como na primeira consulta dos cuidados com o recém-nascido, de amamentação, sobre as vacinas. Eu vejo o que elas querem saber, também. Porque, às vezes, o que eu tenho pra falar não é o que elas querem saber. Como outro dia foi uma menina, daí comecei a falar de alimentação, a criança estava saindo do peito e começando

com alimentação e a mãe da criança começou a falar: “Eu tenho quatro filhos” E não demonstrou interesse por essa parte. Então, você percebe quando a pessoa tem interesse. Então, tentei ver o que ela queria saber, por mais que você queira seguir um roteiro não tem como na hora. Então, (consulta de criança) eu faço só na Puericultura.

Hoje, outra coisa que facilita o atendimento à criança eu acho que é a vacina, porque uma vez por mês as crianças têm que ir ao posto para tomar. Então, eu tento organizar conforme a vacinação das crianças e hoje até os 9 meses tem que ir todo mês. Então fica mais fácil. (E5)

Aqui a gente faz Puericultura uma vez por mês. Então, a primeira consulta é feita quando a criança sai do hospital até 10 dias depois. A primeira consulta é a Visita Domiciliar. Vai na casa, faz o exame físico da criança e da mãe. Avalia, orienta amamentação, orienta a mãe nos cuidados. Depois de 10 dias ela vem para a unidade. Aí, ela pesa. A gente faz todo o exame novamente, pesa, orienta e, aí, a mãe vai passar uma vez por semana no primeiro mês, pra acompanhar ganho de peso. A partir do primeiro mês, no segundo ela já começa a vir uma vez por mês. Aí eu só dou continuidade das consultas com acompanhamento. Acho que é o que eu mais faço: o Pré-natal que realmente eu faço de forma discursiva e a Puericultura. (E6)

Em pediatria?! Eu sigo mais os protocolos, os protocolos do Ministério, tá? E, principalmente, em relação às crianças menores de um ano, tá? E a avaliação do crescimento estabelecida pelo próprio Ministério da Saúde. (E7)

Eu tenho um olhar muito voltado pra Pediatria porque, primeiro, eu trabalhei muitos anos em Pediatria, em berçário e UTI neonatal. E é uma das minhas pós-graduações. Então, a criança, a mãe vem mesmo, às vezes, para uma consulta pediátrica e procura a enfermeira pra uma consulta com a enfermeira, porque é o ouvir a mãe é o examinar a criança desde o fiozinho do cabelo até o dedão do pé. É acolher aquela mãe, é realmente apoiar, orientar, né? Então, acho assim, que acaba tornando um vínculo muito forte e muito bom, podendo avaliar os reflexos, o desenvolvimento daquela criança que, às vezes, passa despercebida numa consulta rápida. (E8)

Aqui, a demanda da consulta de enfermagem pediátrica é baixa, mas os que vêm é a experiência que eu tenho é de conseguir fazer todo o exame físico completo com a criança, levantamento de problemas, toda a parte de orientação, tudo isso eu consigo fazer com a criança sim! Apesar da demanda ser baixa, eu consigo elaborar sim, a minha consulta. (E9)

Da pediatria é pequeno, está mais na parte de Puericultura que a gente faz que é pesar e medir. Mas, em relação à consulta, ela muito rápida, ela fica mais na Puericultura, devido a resistência da

população, porque, às vezes, eles passam na Puericultura, agente dá orientação, mas eles saem e falam: “Mas será que posso marcar com o médico?” (E10)

Assim como para a realização da consulta obstétrica, as enfermeiras reconheceram a existência de vários fatores que contribuem para a não realização satisfatória das consultas pediátricas, conforme revela o próximo núcleo de sentido.

Falta estrutura, capacitação e organização para a consulta pediátrica.

É a distância (entre o domicílio e a USF), principalmente o que dificulta. Mesmo, as crianças que vão à escola que é perto do posto, praticamente junto, os pais não estão juntos. Então, é inviável. As mães trabalham e não têm tempo. A maioria lá trabalha na roça e leva as crianças junto que já é uma parte que dificulta a visita domiciliar, pois não estão em casa, estão trabalhando e ficam o dia inteiro na roça. Lá, é o trabalho da mãe. (E1)

Falta estrutura física, treinamento, treinamento da equipe, não só da enfermeira, mas da equipe, mesmo. Encarar a enfermeira como um ponto chave, importante do atendimento à criança e não só apenas uma pessoa que está aqui, somente para resolver problema. Isso dificulta! E, também, para a criança é a falta, muitas vezes, de encaminhar, vagareza dos exames, demora de um ultra-som. Tudo isso, acho dificulta o atendimento em geral, como também, pra criança. Quando o trabalho é mais longe, mais distante, mais carente, muitas não têm nem como vir para cidade para fazer. Às vezes, não tem dinheiro, às vezes, não tem carro e, ainda, você fica meio com o pé e as mãos atadas. Assim, pela dificuldade da sociedade mesmo. (E2)

Aqui (USF) elas passam direto com o pediatra, não tem aqui, a gente não tem uma sala de Pré-Consulta e nem Pós, não tem uma sala de enfermeiro aqui. (E3)

Ai, é que está o problema! De repente as mães chegam lá, é tipo assim, gente não tem respaldo, a gente conversa, a mãe chega não temos muitas vagas (consultas médicas), isso é, temos 30 vagas, mas tem mães que vão lá toda semana e querem ser atendidas. Por isso, a gente tem que fazer uma triagem, porque existem as doenças respiratórias e outros casos, é muita criança e pouca vaga. (E4)

Tenho problema com a estrutura física, porque pra mim é difícil. E, também, por eles não acreditarem no trabalho do médico da unidade pra atender criança e por ter pediatra no posto central.

Porque no centro de saúde têm três pediatras que atendem. No PS, tem pediatra todo dia, que atende sem encaminhamento. Então, o que faz com que elas voltem é o meu trabalho que mostra pra elas que é diferente. E, aí, pego na vacina, agendo a consulta na vacina porque fica mais fácil pra mim. Se elas forem outro dia, também, não tem problema. Assim, não são todas as crianças do meu bairro que eu atendo. (E5)

O maior problema é a falta de sistematização. É, eu vejo assim, as crianças que você consegue acompanhar do primeiro momento, já que a mãe tem um cronograma de acompanhamento, é mais fácil. Isso porque ela vem passar a cada dois ou três meses e, aí, você consegue avaliar o gráfico de crescimento daquela criança, você consegue estabelecer um vínculo. Quando você não consegue fazer isso, você tem um único peso para avaliar dessa criança, aí ela aparece daqui a seis, oito meses e você tem um único dado para está avaliando, às vezes, de queixa aguda e isso dificulta. (E7)

Assim, o que mais dificulta é a falta de intersectorialidade. O que é isso? É a gente ter uma comunicação entre os setores, que nesse município em todos os setores ainda é muito difícil. Às vezes, nós encaminhamos uma criança para uma avaliação neurológica e nós não temos esse retorno de como tá. Mesmo buscando a mãe, ela não sabe contar, por exemplo, como foi no neuro, o que ele falou, anotou... E a gente não tem este retorno para a gente dar, acolher mais. Então, isso está dificultando é a falta de comunicação intersectorial. (E8)

Para Pediatria é basicamente isso, eu sinto falta de um documento pra estar me guiando pra eu conseguir fazer passo a passo, direitinho a consulta de enfermagem pediátrica. (E9)

Está faltando outro enfermeiro. Porque se vier outro enfermeiro para mim facilita muito. Daí eu fico com um PSF só. Porque com os dois dá quase 8 mil habitantes. (E10)

Tema 6 – Propostas para qualificar as CE obstétricas e pediátricas na ESF.

Partindo das experiências relatadas, as enfermeiras indicaram vários aspectos a serem considerados para a qualificação da atenção à saúde materna e infantil, especialmente, quanto as CE, o que está incluído nos núcleos de sentido deste tema.

Maior interação da equipe e que essa seja composta por um número suficiente de profissionais, com recursos físicos e materiais adequados.

O que facilitaria, acho que uma reorganização mesmo, da equipe. A própria equipe ver a enfermagem como um canal que pode fazer uma consulta, que tem toda... E, não apenas ver peso e altura e por no gráfico e está tudo certo. Que só isso é importante. E, a própria equipe, as agentes, como também o médico. Embora, o médico trabalha bem e comigo e tem uma visão de equipe... E, aí, eu acho que tem que ter o trabalho da equipe, falando que o médico de lá (USF) é capacitado, a enfermeira que está lá (USF) é capacitada. Ela é nova, mas ela é capacitada, ela é capaz de resolver os problemas, em realizar um pré-natal bacana. E, ao contrário, às vezes, até a gente acaba falando... Não sabe bem, as entrelinhas... (E2)

...e a vinda outro enfermeiro também para assumir o outro PSF. (E10)

Os consultórios deveriam ser... ter um espaço lúdico, porque facilita. Tá, é eu acho que toda unidade deveria ter um espaço lúdico e mais acolhedor. (E7)

Acho que faltam pessoas capacitadas para orientar para lhe dar estrutura, um suporte. Penso assim, eu não gosto assim, eu tenho uma sala para tudo. Então, teria que ter uma sala para ser atrativo para uma criança, deveria ter uma estrutura que lhe desse isso. O carro, por exemplo, quando a criança nascesse, no dia seguinte, eu estaria lá. Não tem o carro no dia que tem (necessidade). Então, isso facilitaria: transporte, estrutura física, treinamento, isso facilitaria o atendimento de pediatria. (E2).

Eu acho que pediatria, se a gente tivesse uma sala mais adequada, um espaço! Até uma brinquedoteca, né? Aqueles brinquedos, né? Para poder estar, assim, conseguindo segurar a atenção da criança, né? No caso da criança. É, é o que eu penso. O que eu acabei de falar, um espaço melhor, né? Até com mais brinquedos, né? Com atividades que a gente consiga que eles permaneçam aqui por mais tempo, sem ficar muito ansiosos para irem embora, chorando ou estranhos à enfermagem, né? Uma coisa mais apropriada para criança mesmo. (E3)

Eu acho que a gente tinha que ter um consultório, não só para pediatria, mas para todas as consultas, que também nesse sentido é dificultado, a enfermeira tem que ter um consultorinho. (E4)

Eu acho que mudaria bastante se eu tivesse uma sala só pra mim, porque daí eu não preciso depender se está tendo pré-consulta e se o médico está atendendo em consultório dele. Porque eu posso me organizar melhor e qualquer hora eu posso atender. (E5)

Valorização da autonomia e aumento da confiança no enfermeiro para a realização da consulta de enfermagem.

A mãe precisa, principalmente, ter confiança no seu trabalho, porque se a mãe não confiar em você, ela não vai levar o filho, não vai confiar no trabalho do posto. Também é confiança, confiança no trabalho. Porque vejo que gestante tem muito medo, qualquer coisa elas já se esquivam. Se passar para ela tranquilidade, ela vai confiar realmente no seu trabalho, ela vai tranquila. (E1)

É autonomia! É o que a gente briga muito aqui, muito. Que a Enfermagem não tem autonomia, nem para pedir um exame e o Ministério lhe permite e... Mas, não tem autonomia porque o secretário ou quem acha que manda, lhe proibiu de pedir um exame que é o básico de gestante. O ultrassom não pode pedir, tem que conversar com o médico para pedir. Ou seja, porque você faria se você tem fácil acesso com médico? Então, deixar fazer tudo com o médico, já que tudo ele está resolvendo. Acho que facilitaria é autonomia, mesmo. Autonomia da enfermeira. Ah! dela fazer, dela pedir, de poder resolver (E2)

Acho que deveria ter uma maior orientação para os pais, conversar mais... Eles chegam nervosos. Acho que deveria fazer um trabalho educacional junto à população, nesse sentido. (E4)

Fora isso, é o estabelecimento de um roteiro ou uma sequência de acompanhamento, porque a gente acaba orientando a mãe, mas não segue uma sequência, para voltar a cada três meses, até um ano volta mensal, como recomendado pelo próprio Ministério. Mas, no município, ele não entra nenhum cronograma de acompanhamento. A mãe vem quando ela acha que deve vir. (E7)

Olha, a consulta de enfermagem não só pediátrica, mas em geral aqui no município está faltando em primeiro lugar uma valorização da Secretaria de Saúde do profissional enfermeiro e da Enfermagem. E uma hierarquização que nós não temos, a partir desse momento, reconhecer o trabalho do enfermeiro, nós vamos poder realmente desenvolver o nosso trabalho porque o profissional apaga incêndio, ele não vai ser reconhecido por ele fazer uma boa consulta de enfermagem o tempo que ele está gastando para fazer uma boa consulta de enfermagem. Ele tem que apagar incêndio, nós não temos mão de obra suficiente para que o enfermeiro desenvolva as atividades para que ele realmente foi capacitado. Eu acho que na pediatria é o que acontece. (E8)

Acho, que se o pediatra orientar a mãe a ter mais confiança no enfermeiro, eu acho que facilita bem. Eu acho que é o ginecologista deixar mais para gente. Facilita um pouco mais. Porque eles ficam muito presos à gestante. Eles acham que o Pré-

natal é só para eles. Então, não deixa um espaço para o enfermeiro chegar e fazer uma consulta. Então, para facilitar seria abertura do ginecologista pra gente. Na pediatria eu acho que precisa a própria confiança mais no enfermeiro mesmo. Eles confiam, mas não confiam. Então, eu acho o que falta para melhorar mesmo, é a confiança mais no enfermeiro mesmo. (E10)

Capacitação em consulta de enfermagem para o enfermeiro

Deveria ter um treinamento quando passa no concurso, por exemplo, de PSF. Embora, tenha feito uma faculdade, acho que deveria ter um treinamento sobre o que cada cidade oferece. Porque, cada cidade tem o seu jeito cada PSF tem o seu ideal de ser, pra onde vai encaminhar. Não tive nada disso. Não tive um treinamento, muitas vezes, não sei o que fazer com aquela criança que precisa daquilo. Então, eu preciso ficar ligando quando você liga para pessoas, também não sabem. (E2)

Pra gestante... Treinamento, com certeza, quando você entra. Claro, que fez faculdade, mas eu acho que toda cidade tem que dar três meses de treinamento. Sabe assim, de como você vai atender em tudo. Porque, desde quando eu entrei, estão falando do treinamento (Introdutório) e já tem oito meses... Já vi até as pastas e não vi treinamento desde que entrei e até hoje não apareceu. (E2)

Sistematização adequada da assistência de enfermagem.

Eu acho que deveria ter uma proximidade a mais da Enfermagem do posto com os pais. A orientação de que precisam ir à consulta de enfermagem com os pais, porque as crianças vão, se os pais levam né? Acho que precisaria disso. No meu caso lá, não adianta por causa do trabalho, mesmo. Então, só vão mesmo, realmente, quando estão com febre, muito doentes. Fora isso, a pesagem do leite elas aproveitam, pois estão levando a carteira de vacinação e a partir disso que eu faço controle, que elas vão mesmo, saem do trabalho arrumam um tempo pra ir. (E1)

A enfermagem no PSF tem ainda que melhorar muito em questão de assistência mesmo. Não olhar o enfermeiro só como para resolver problema, mas olhar como um instrumento de melhora do atendimento, principalmente, usando a SAE. Acho que é muito importante, é algo que a enfermagem ganhou bastante, tem diagnóstico. Hoje, mesmo, querendo desfocar a idéia da doença no PSF ou de qualquer outro lugar, porque ainda tá muito focado na doença, não tá sendo focado no ser humano e nas suas

necessidades básicas. Ainda tá muito focado ainda. Os próprios pacientes estão focados nisso, que o médico passe o remédio que ele quer e só. Então, eles não querem conversar, não querem ver uma evolução não querem mudar o estilo de vida. Eles muitas vezes não querem. Acho que tudo é um conceito de mudança de opinião, não só da parte de enfermagem, da parte médica e da população. (E2)

Acho que para gestante... Aqui (USF) a gente até tá com um projeto de planejamento familiar das gestantes e, também, curso de pré-natal. É... Dar início de amamentação, cuidados com o RN, porque é assim, às vezes, a pessoa engravida e não tem noção de como é cuidar do coto/cordão umbilical, fazer uma troca de fralda da maneira que tem que ser feita ou até o preparo do banho, né? Então, a gente tá com projeto, assim, em andamento, né? Além desse projeto eu acho assim, que de repente a prefeitura. Ah! Já tem isso, já faz sorteio de brindes, quando elas (gestantes) estão para ir para o final, ao parto, eles dão um kit maternidade... Então, é assim, já tá sendo feito essa parte. Um incentivo, um estímulo, né? Para consulta é o que lhe falei! Esse projeto que a gente está elaborando, eu e a (outra enfermeira). A gente está elaborando, para poder implantar. (E3)

Em primeiro lugar o vínculo. Eu acho que facilita bastante. E a sistematização, também, facilita essa abordagem, mais como método. Eu acho que eu deixaria os dois. (E7)

Se a gente pudesse realizar o Pré-natal de baixo risco, como é preconizado pela saúde da família, nós teríamos muito mais envolvimento. Mas, como nós fazemos mais a primeira consulta que é mais burocrática... Então, apesar da gente tentar ter mais vínculo, isto dificulta um pouco, isso deixa a desejar. (E8)

Para melhorar, pelo menos para dificuldade que eu tenho aqui, que eu acho que melhoraria bastante, não só a consulta de enfermagem, mas se eu conseguisse ter mais gestante para elaborar um grupo. Eu acho que implementaria mais a consulta de enfermagem, né? Porque a consulta individual ajuda bastante, mas eu acho que em grupo a gente consegue esclarecer mais dúvidas e consegue conversar melhor e ter uma participação melhor da gestante. Também, formularmos um documento para a sistematização de enfermagem e uniformizar isso aqui no município. E, também, a população estar conseguindo se dirigir mais ao enfermeiro pra fazer o acompanhamento. acho que tem também este mito da população querer só o pediatra ou o clínico geral, de passar com o médico, acaba pulando esta parte da Enfermagem. (E9)

Eu acho que deveria ter mais condições, mesmo, assim de descentralizar as coisas. Porque aqui, no município, é muito centralizado no Postão. Sabe, assim... Ah! Ter um grupo de gestante em tal lugar, pra mulher que trabalha em um lugar distante... Para ela se deslocar para o centro é muito difícil! Muitas delas trabalham, daí elas não querem ir naquele grupo de gestante e não existe um grupo de gestante em cada unidade. Então, eu acho que descentralizasse isso. Já que um (encontro) é com uma psicóloga, assim, que fosse uma vez por mês em cada unidade, entendeu? Ao invés de ir fazer na cidade, eu acho descentralizar mesmo. Às vezes, a gestante não quer fazer no bairro (USF) o pré-natal, porque não tem o ginecologista. Aí já meio que focou: tem que ter um ginecologista! E, às vezes, elas mentem até para passar em outro lugar. (E2)

Essa organização do sistema também porque o pré natal foi combinado que toda gestante que fosse ao Centro de Saúde Central fazer teste rápido, não faria ou faria e seria encaminhada a unidade de origem para abrir o SIS Pré- natal, mas na prática isso não funciona. Por exemplo, eu estou com 14 gestantes, acho que sete foi aberto SIS Pré- natal no Centro de Saúde Central e sete comigo. Se abrir no Centro de Saúde eu não fico sabendo, eu fico sabendo pela agente comunitária que passa em visita e sabe que está grávida. Só que eu não tenho como acompanhar essa grávida, porque eles não passam os dados e eu tenho que ir buscando. Eu acho que se essa parte de organização funcionasse com deveria ia facilitar bem para os PSFs. O meu mais por causa da distância. Porque muitos falam que eles preferem gastar com o dinheiro da passagem para ir para cidade do que ir ao posto. Então, quem mora lá no trevo é mais fácil ir para cidade e fazer tudo, supermercado, do que ir lá ao posto e depois pagar para ir para cidade de novo. Pelo menos, esta é a justificativa que eles dão. Eu acho que é necessária uma organização do sistema que facilitaria. (E5)

Que fosse implantado o Pré-natal de baixo risco, nas unidades de saúde da família, como nós já tivemos o curso de capacitação e também o protocolo, com uma unidade de referência que aceite, no escrito, no papel, que aceite está reavaliando, ou está devolvendo pra conduta ou até está acompanhando junto. (E8)

5. DISCUSSÃO

Os participantes desse estudo puderam ser caracterizados como enfermeiros que atuavam em USF de quatro dos cinco municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Circuito das Águas Paulista, no período de abril a julho de 2011, conformando uma população jovem, feminina e com pouco tempo de atuação na ESF. Essas características estão coerentes com a maior parte do perfil dos enfermeiros atuando em atenção básica no estado de São Paulo, especialmente na ESF, sendo que as mulheres sempre foram à maioria na Enfermagem brasileira, assim como na Enfermagem mundial.⁽⁴⁷⁾

E, sob o ponto de vista da inserção da Enfermagem e do enfermeiro neste nível de atenção à saúde da população, apesar do pouco tempo de existência, a ESF tem se revelado um importante mercado de trabalho para os recém-formados ⁽⁴⁸⁾, com incipiente inserção de especialistas.

Sabe-se que a implementação da ESF promoveu o avanço da implantação da CE em no âmbito da ABS, com a contratação de maior número de enfermeiras que realizam esta atividade, de forma contínua, aos usuários, constituindo uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família.⁽⁴⁹⁾

Porém, quanto ao preparo para atuar profissionalmente, seguindo algum tipo de referencial teórico ou metodológico de SAE/CE, somente metade do grupo entrevistado teve oportunidade de se capacitar após a graduação em Enfermagem. Isso se mostra ainda distante do esperado, tanto pelo valor dado internamente pelos órgãos de classe, quanto, pela importância dada a essa atividade na proposta política desse modelo assistencial, ou seja, a propriedade do enfermeiro em realizar o acompanhamento clínico dos usuários por meio de consultas.⁽³⁹⁾

Inferre-se que, como com o grupo estudado, em outros municípios brasileiros, os enfermeiros que passam a atuar na ESF se vêem diante de um grande desafio de aplicar na prática o que aprenderam na graduação (quando esse ensino se deu) ou em poucos cursos após essa, muitas vezes sem ter passado por situações semelhantes enquanto aprendizes.

Assim, pelas características apresentadas, acredita-se que essas enfermeiras constituíram-se em informantes apropriadas sobre o objeto do presente estudo, possibilitando atingir os objetivos propostos, por meio de seus depoimentos.

Ao serem indagadas sobre CE, as entrevistadas apontaram a grande importância dessa atividade, atribuindo sentido a mesma, pela oportunidade de conhecer melhor aquele que está sendo consultado, podendo levantar aspectos de sua história de vida e de saúde pregressa e atual. Assim, torna-se possível obter dados sobre necessidades/problemas vivenciados por ele, sua família e comunidade, a partir de uma abordagem holística.

A produção científica correlata aponta o potencial da CE como instrumento capaz de reconhecer não só as necessidades traduzidas nas demandas específicas, mas também como espaço de emergência de outras demandas pertencentes ao cotidiano. Com esse parâmetro, a CE passa a ser considerada uma estratégia que possibilita a integralidade, princípio do SUS, valorizado por Políticas Públicas de Saúde.
(50)

De fato, as possibilidades da CE na ESF são muitas, a qual viabiliza ao enfermeiro conhecer a comunidade a partir do atendimento individual, bem como a criação de vínculo ⁽⁵⁰⁾. Com esse foco, os textos técnicos e a literatura científica relacionam, frequentemente, vínculo com a prática na ESF. ^(32,50,51)

Para as participantes deste estudo, a CE, ao mesmo tempo, configura-se em um momento propício para se realizar a prevenção de agravos, quando se obtém informações sobre a vida e saúde dos indivíduos e suas famílias e se tem a chance de, ao mesmo tempo, compartilhar orientações sobre os mesmos.

Postula-se que a CE, quando realizada de forma integral, proporciona a compreensão de sentimentos e necessidades ainda não elaboradas, ainda não ditas pelos usuários/clientes. É Instrumento capaz de reconhecer não só as necessidades traduzidas nas demandas específicas, mas também como espaço de emergência de outras demandas pertencentes ao cotidiano. ^(50,52)

É pertinente vislumbrar que a integralidade na Saúde é “uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – em que se constrói a integralidade no

ato da atenção individual e o plano sistêmico – em que se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados”.^(53:65)

Neste ponto, pode-se dizer que para as entrevistadas, a CE se presta a viabilizar as finalidades da ESF, demonstrando a relação positiva que a CE traz para a prática neste contexto, valorizando a integralidade.

As enfermeiras apontaram, ainda, que a CE configura-se como atividade inerente ao enfermeiro e que favorece sua autonomia.

A literatura da área corrobora essa ideia, quando aponta que a CE pode traduzir a conquista da autonomia pelos enfermeiros como tecnologia/espço privilegiados de exercício do saber/fazer profissional.⁽⁵⁴⁾ Mas, ao mesmo tempo, ressalta a importância da responsabilidade dos enfermeiros neste processo, sugerindo a consciência da necessidade de atenção quanto aos posicionamentos políticos e à explicitação do saber/fazer por parte desses profissionais em seu cotidiano, demonstrando a representação deste espaço e, portanto, a autonomia profissional como processo em curso e não completamente estabelecida.⁽⁵⁵⁾ Na produção científica sobre essa temática encontra-se, além dos aspectos acima destacados, a valorização do conhecimento científico como instrumento necessário ao estabelecimento de um campo profissional autônomo.^(56,57)

Destaca-se que foram várias vezes, nas quais as enfermeiras se utilizaram a comparação com a consulta médica para discorrerem sobre CE.

Sabe-se que a profissão Enfermagem foi constituída, historicamente, em complementaridade do trabalho médico e que cuja finalidade é a recuperação do corpo individual, sendo que o instrumento essencial de trabalho é o saber anátomofisiológico⁽⁵⁸⁾ havendo uma visão estreita de que o enfermeiro só pode terminar a consulta, com a prescrição de medicação e a requisição de exames que o usuário comumente demanda.⁽⁵⁹⁾

A Enfermagem se encontra, portanto, integrada às ciências biomédicas e a problemática se estabelece entre essa ciência e as bases teóricas da profissão, principalmente, das ciências sociais e humanas. Por conseguinte, o cotidiano do

profissional sobrevive à tensão entre o biológico e o social, o biomédico e as ciências sociais e humanas.⁽⁶⁰⁾

Compreende-se, desse modo, toda influencia das Ciências Médicas na prática da Enfermagem atuante na ESF.

De uma forma mais técnica, as enfermeiras definiram a CE, como uma abordagem sistematizada, que possui etapas a serem seguidas.

As enfermeiras desta pesquisa não fizeram citações quanto ao PE, ou mesmo sobre teorias de enfermagem que serviriam de referenciais para a CE. Entretanto, elas referiram, por vezes, a propriedade da CE em oportunizar o levantamento das necessidades afetadas dos usuários atendidos, o que faz supor a adoção do referencial proposto por Horta, por sua vez embasado no referencial das Necessidades Humanas Básicas.⁽⁶¹⁾

Uma revisão de literatura realizada sobre o tema apontou que o referencial teórico mais adotado foi o de Horta, em 77 (52,0%) citações.⁽⁹⁾ Outro estudo científico sobre esse assunto confirma que, existem muitas outras teorias que não são citadas ou lembradas na produção científica e, por conseqüência, na prática da Enfermagem.⁽⁶²⁾

Na tentativa de explicar e compreender esta situação destaca-se que a formação profissional do enfermeiro, ainda se sustenta nas ciências biomédicas, como foi anteriormente discutido, e na disciplinarização dos alunos, tendendo a formar profissionais subordinados e, às vezes, sem capacidade de delimitação de um espaço de um saber/fazer próprio, apesar da evolução sócio-tecnológica da área e do crescimento da Enfermagem, tanto no âmbito teórico quanto prático.⁽⁶³⁾

Com base em suas concepções sobre CE, as entrevistadas passaram a relatar suas experiências profissionais na ESF quanto à mesma, sendo que para elas esse momento é o ponto estratégico do atendimento, ou seja, da assistência prestada ao usuário. Esse destaque também foi apreendido em estudo anterior, realizado junto a enfermeiros da ESF, no interior paulista, em 2009.⁽⁶⁴⁾

As enfermeiras deste estudo, também, apontaram a percepção de que cada consulta é diferente da outra e o enfermeiro tem que se adequar para realizá-la, o que retoma o princípio da integralidade de atender o indivíduo em suas necessidades específicas, o que necessita de uma abordagem de CE também específica.

De fato, a CE se dá, rotineiramente, entre o profissional e o cliente, em interação face a face, abrindo-se um profícuo espaço de comunicação e interação entre eles.⁽⁶⁵⁾

Com este pensar, as enfermeiras da ESF afirmaram que a CE tem ajudado muito os indivíduos, famílias e comunidade sendo prazeroso e gratificante para estas profissionais este trabalho. Neste sentido, é válido salientar que o modo de trabalhar em saúde é específico, em que o consumo se dá imediatamente no momento da produção,⁽⁶⁶⁾ sendo que os produtos desse trabalho ou serviços, podem não ter a concretude de um bem, mas são percebidos pelo efeito que causam.⁽²⁾

Mesmo com toda a relevância e satisfação que a CE proporciona, por suas experiências, as entrevistadas relatam que essa atividade não ocorre como deveria nas USF em que trabalham, sendo as dificuldades do cotidiano profissional empecilhos a esta prática. Os depoimentos revelaram que tais dificuldades, muitas vezes, causavam descontentamento e desânimo nas enfermeiras. Essas dificuldades foram relacionadas à falta de estrutura básica para o trabalho: como falta de sonar, carro para visitas domiciliares e consultórios para o atendimento clínico de enfermagem; ausência de cursos: treinamento inicial para o trabalho e de cursos continuados, além da falta de uma política de Educação Permanente; insuficiência de recursos humanos: falta de técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Outros autores de estudos realizados com a mesma temática, em diferentes momentos de implantação da ESF, também citaram as dificuldades apontadas pelas enfermeiras desse estudo, como falta de sala, estrutura física inadequada da unidade e acúmulo de várias outras funções atribuídas ao enfermeiro.^(65,67,47,39)

Isto mostra a necessidade de melhor gestão de recursos e de organização das USF para tentar sanar tais dificuldades que vêm se estendendo, ao longo do tempo.

No que se refere especificamente às experiências com SAE na ESF, este estudo revelou o grande distanciamento entre o proposto pela literatura científica e os documentos técnicos e o que, de fato, se realiza na prática. As enfermeiras relataram que existe a intenção de desenvolver a CE de forma sistematizada, mas nem sempre isso se dá ou se dá de modo incompleto, sendo a implantação do diagnóstico de

enfermagem a fase mais problemática. As classificações de enfermagem foram pouco citadas, sendo a mais citada NANDA. A CIPESC® não foi citada, o que mostra ser desconhecida para a população investigada, reafirmando a falta de atualização científica para os profissionais de campo.

Considera-se a necessidade de investimento na produção de conhecimento que traduza o impacto das novas formas de organização e divisão do trabalho na área da saúde, com exigências diante das quais se colocam os enfermeiros que integram as equipes da ESF e que, no limite, configuram-se como potenciais de desgaste no trabalho como o desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e ao mesmo tempo atender os imprevistos - que vão desde demandas por respostas a problemas que extrapolam os programas previstos para os usuários, até demandas administrativas que, muitas vezes, extrapolam as funções previamente estipuladas para os trabalhadores.⁽³³⁾

Cabe ressaltar a importância da adoção na ESF do projeto CIPESC, que se aproxima mais às necessidades biopsicossociais dos usuários, padronizando a linguagem em ABS, moldada de acordo com ênfase maior do cuidado, na perspectiva de Saúde Coletiva, entretanto se reconhece que esse projeto é uma contribuição nova, sendo finalizado em 2010, com incipiente divulgação de maior alcance para os enfermeiros.^(68,69)

As justificativas para a não realização satisfatória da CE se caracterizaram por situações externas às próprias enfermeiras, principalmente de ordem administrativa, para elas, fora da governabilidade das mesmas. E, dentre os problemas apontados para a não adoção da SAE na ESF, as entrevistadas relacionaram a falta do estabelecimento de protocolos assistenciais e, de modo mais amplo, a falta de reconhecimento do papel do enfermeiro. Aqui cabe questionar: Este pensamento não seria ao contrário? Será que a realização da SAE não levaria a criação e elaboração de protocolos assistenciais e ao reconhecimento profissional esperado?

Acredita-se que, fazer esses questionamentos coloca o enfermeiro em uma posição participativa e o tira de um posicionamento de vítima, de passividade. Portanto, este profissional pode se tornar participante de todo o processo de atenção a saúde,

exercendo seus processos de trabalho assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente.⁽²⁾

Considerando o contexto da ESF, essa postura ativa do enfermeiro se faz fundamental, pois esse novo modelo assistencial demanda um profissional crítico, que além da competência técnica também dê conta da dimensão política do trabalho no setor de saúde.⁽⁷⁰⁾

Dessa forma, ao sistematizar a CE tem-se como finalidade, dentre outras, dar à atividade um caráter profissional, organizar a abordagem do cliente e definir a competência da enfermeira. Por outro lado, se isso não ocorrer, a CE acaba não tendo objetivos próprios, configurando-se muitas vezes em momentos complementares à consulta médica, como pré-consulta ou pós-consulta.⁽⁶⁷⁾

Então, de acordo com este foco, sistematizar a assistência proporciona autonomia ao enfermeiro, além de respaldar esse profissional por meio do registro, que por sua vez, possibilita a continuidade/complementaridade do trabalho multiprofissional, promovendo um vínculo maior com a equipe de saúde e os usuários.⁽⁷¹⁾

Sabe-se que, no cotidiano do trabalho, as influências ao desenvolvimento da SAE são grandes, assim, uma estratégia recomendada para convencer a quem tem possibilidades de apoiar a sua adoção é a grande potencialidade da melhoria da qualidade de assistência aos usuários.⁽⁷²⁾

Passando para a abordagem das CE obstétricas e pediátricas e suas respectivas sistematizações na ESF, as enfermeiras relataram suas realizações, entretanto permeadas por dificuldades para considerarem como satisfatórias.

Em se tratando de CE às gestantes na ESF, as enfermeiras desta pesquisa referiram realizá-las conforme preconizado pelos documentos oficiais, porém a maior parte delas reconheceu que a atenção pré-natal implementada estava aquém do que se deveria.

Basicamente, tais documentos recomendam que a referida atenção deva acontecer, por meio da realização do serviço de pré-natal de baixo risco, desenvolvendo as seguintes ações:

- Registrar seu atendimento no prontuário e no cartão da gestante, a cada consulta.
- Solicitar exames de rotina e orientar tratamento, conforme protocolo do serviço.

- Encaminhar gestantes classificadas como de risco para consulta com o(a) médico(a).
- Promover atividades educativas na unidade para as mulheres e seus familiares, reuniões de grupos de sala de espera, etc.
- Realizar coleta de exame colpocitológico.
- Realizar visita domiciliar de acordo com a rotina da unidade⁽⁷³⁾.

Dentre as dificuldades relatadas neste estudo, para implementar as devidas ações de enfermagem às gestantes, principalmente no que se referem à CE obstétricas os problemas citados giraram em torno de recursos físicos e materiais na própria USF como falta de consultório de enfermagem e de sonar. Mas, observa-se nos discursos obtidos, alternativas de enfrentamento a essa falta de estrutura.

Vale salientar, o resultado de uma avaliação de qualidade da assistência de serviço pré-natal realizada em 2007, no município de Sobral, Ceará, que investigou quatorze centros de saúde. Desses, quatro se mostraram com indicadores adequados, sendo que, entre esses quatro, um foi o que mais apontou inadequação na sua estrutura entre todos. Isto deixa claro que a estrutura física inadequada não impede que se ofereça um atendimento de qualidade, que pode estar na forma de acolher ou na resolutividade dos problemas das gestantes.⁽⁷⁴⁾

Especificamente, quanto à sistematização das CE pré-natais, verificou-se pelos relatos, que os referenciais teórico-metodológicos adotados são aqueles preconizados em documentos técnicos oficiais, não sendo citados os próprios da Enfermagem. Inclusive, os discursos deixaram transparecer que, quando adotado algum modelo de sistematização da CE, este se configura em impresso pré-elaborado, que provém de realidade externa, com adaptações realizadas muito mais em relação às dificuldades em aplicá-lo na íntegra, do que para adequá-lo a uma assistência de melhor qualidade.

Não se descartando a importância da existência de um sistema de registro formal da assistência prestada⁽⁷⁵⁾, constatou-se no presente estudo, que impressos do tipo *check list*, muitas vezes, foram reportados como condição para se realizar uma CE, levando a questionar se essas enfermeiras consideram que onde esses instrumentos não são adotados, inviabilizaria esta prática? De outro modo, deve-se ficar claro que o conhecimento da sistematização, da clínica, comunicação e interação enfermeiro –

cliente – família – equipe, utilizando-se de uma boa anotação em prontuário é tão válida quanto o preenchimento de impresso criado.

Além disso, cabe lembrar que os impressos utilizados pelo enfermeiro para nortear a SAE são considerados instrumentos de registro que podem variar em sua composição e conteúdo, conforme as fases do PE que se deseja implantar, o que corresponderia à teoria de enfermagem escolhida como referencial e às necessidades dos clientes.⁽⁷²⁾ Na realidade investigada, entretanto, pode inferir que, quando utilizados, os impressos não estão cumprindo essa função, portanto, não estão imprimindo no trabalho realizado, as especificidades científicas da profissão.

Como já discutido, provavelmente tais dificuldades de entendimento sobre a aplicação do PE como preconizado cientificamente, estejam implicadas com a aprendizagem dessa metodologia na graduação, sua relação teórico-prática nos campos de estágio, e até mesmo com as características individuais de aprendizagem.⁽⁷²⁾

Isto, pois, leva-se em consideração que o conhecimento científico está em constante evolução, então se evidencia a necessidade de conscientização das enfermeiras quanto à sua participação nos programas de saúde, desenvolvendo uma postura ativa, no instante em que desenvolve uma consulta própria, envolvendo responsabilidade na aquisição de uma competência que permita o seu desempenho, de forma adequada.⁽⁶⁷⁾

Cabe reforçar que, quando realizada a contendo, a CE obstétrica tem se apresentado como uma atividade de suma importância, especialmente considerando sua finalidade garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal,⁽⁷⁶⁾ havendo evidências de que gestantes atendidas por enfermeiras apresentam representações positivas da consulta de enfermagem do pré-natal, sobretudo devido à forma como se estabelecem as relações de comunicação enfermeira-gestante, em que são privilegiados o acolhimento e a escuta, superando, assim, em parte, uma prática profissional que tem como eixo central o modelo biológico.⁽⁷⁶⁾

Em comparação com a CE obstétrica, as participantes deste estudo relataram maiores dificuldades para realizar e sistematizar a CE pediátrica. Elas apontaram novamente os problemas estruturais e, também a falta de capacitações e de

organização dos momentos da atenção integral à saúde infantil que possibilitariam a atuação mais ampliada para além do desenvolvimento de atividades técnicas básicas na Puericultura, complementarem ao atendimento médico, como medir ou pesar as crianças.

Como abordado anteriormente, a adoção do modelo assistencial da ESF abriu a possibilidade do enfermeiro realizar o atendimento clínico, com maior frequência, dividindo com o profissional médico as ações programáticas de Puericultura. Tem-se que essas ações programáticas são fundamentais para manter a criança saudável garantindo seu pleno desenvolvimento até a sua vida adulta. Dentro das suas ações estão: atendimentos aos grupos prioritários, reuniões comunitárias, realização de grupos, práticas educativas, realização de visitas domiciliares observando as dificuldades, a relação entre a mãe e o filho, oferecendo cuidados básicos ao RN e acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil, favorecendo, inclusive, o vínculo entre mãe/filho e unidade de saúde,⁽⁷⁷⁾ tal como apontado por algumas das entrevistadas.

Atualmente, como proposta política oficial ligada à ESF, de âmbito nacional, voltada à saúde da criança destaca-se a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.⁽⁷⁸⁾ Essa proposta foi apresentada em 2004, pela Coordenação de Atenção à Criança, do MS, visando organizar a assistência à população infantil. Assim, propõe-se contemplar a atenção à criança, desde o seu primeiro atendimento, nas unidades da ABS até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigem internação nas unidades de alta e média complexidade, dando prioridade ao atendimento de crianças pertencentes a grupos de risco e melhorando a qualidade do atendimento. Nessa agenda, estão organizadas as principais diretrizes para identificação das linhas de cuidado integral, que devem ser seguidas para desenvolvimento de políticas de atenção à criança e para o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede de ações de saúde da criança no nível local, de maneira a prover respostas mais satisfatórias para esta população. Desta forma, esse documento serve como mais uma ferramenta de trabalho para ajudar os gestores estaduais e municipais no processo de reorganização da rede de assistência à infância nos seus vários níveis, segundo seus princípios norteadores:

- **Planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais:** Articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área da unidade de saúde, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população;
- **Acesso universal:** deve ser entendido como o direito de toda criança receber assistência de saúde e a responsabilidade da unidade de saúde em receber todos os que procuram a unidade.
- **Acolhimento:** receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada;
- **Responsabilização:** definição da população sob a responsabilidade da equipe;
- **Assistência integral:** abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas, e integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à saúde (ABS) à atenção especializada, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica;
- **Assistência resolutiva:** Deve-se garantir a continuidade da assistência até a completa resolução do problema;
- **Equidade:** Garantia de maior alocação dos recursos onde é maior a necessidade.
- **Atuação em equipe;**
- **Desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da Saúde;**
- **Participação da família/controle social na gestão local:** incentivo à participação da família em toda a atenção à criança;
- **Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada.**

E, considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no país, as linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança são:

- 1 - promoção do nascimento saudável;
- 2 - acompanhamento do recém-nascido de risco;
- 3 - acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização;
- 4 - promoção do aleitamento materno e alimentação saudável: atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais;
- 5 - abordagem das doenças respiratórias e infecciosas.⁽⁷⁸⁾

Com essas diretrizes, espera-se que os gestores e técnicos, em um trabalho integrado entre as esferas de gestão e assistência, procurem conhecer os problemas mais relevantes para esse grupo da população. E, também, estabelecer de acordo com a demanda do país, do estado, da região e dos municípios, a melhor forma de planejar e avaliar estratégias para cumprir as ações propostas.

No âmbito municipal, os gestores e técnicos da ABS, seguindo tais premissas, devem se responsabilizar pela implementação dos programas e serviços voltados às crianças e suas famílias, de acordo com seu nível de competência, por meio de um conjunto de ações que visam a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento da saúde.⁽³²⁾ Para tal, a ABS deve estar qualificada, contando com profissionais competentes e comprometidos, possuindo estrutura física e material, com equipamentos necessários para seu propósito de atendimento. Importante, também, é cumprir com os princípios políticos e éticos, oferecendo uma assistência à saúde humanizada por meio da interdisciplinaridade e do trabalho de equipes multiprofissionais. Deve-se garantir, portanto, a implementação e continuidade de programas, bem como devem cumprir as decisões dos Conselhos de Saúde (discussão e aprovação de normas, propostas orçamentárias, prestações de conta, e projetos de lei), de acordo com as legislações do SUS.⁽⁷⁹⁾

A implantação da ESF, como novo modelo de ABS, reforçou o conceito de integralidade da atenção à saúde da criança, propondo a mudança de foco, da doença para a promoção e atenção global, por meio de tecnologias apropriadas de diagnóstico e tratamento dos problemas mais prevalentes na infância.⁽⁸⁰⁾ Atuando neste modelo assistencial, os profissionais da Enfermagem, como os demais profissionais das equipes de saúde, devem assumir responsabilidades no cuidado à saúde das crianças, sempre procurando compartilhar suas ações com as famílias, conforme as diretrizes do SUS.⁽⁸¹⁾ Sobre a sistematização das CE pediátricas na ESF, novamente constatou-se a falta da adoção de referenciais teórico-metodológicos da Enfermagem, havendo referências somente sobre a necessidade da existência de protocolos e roteiros impressos, por vezes sendo esses termos utilizados com o mesmo significado.

Para reordenar a estratégia de assistência de enfermagem nos serviços de saúde brasileiros, nos últimos anos, vem sendo indicada a adoção de protocolos

assistenciais. Esses se configuram como instrumentos criados para que os profissionais de saúde exerçam sua profissão de acordo com a regulamentação do exercício profissional (Lei Nº 7.498/86⁽³⁾). Baseando-se neles, os profissionais poderão seguir normas estabelecidas institucionalmente, estando respaldados para exercerem suas funções, zelando pela qualidade dos serviços prestados.⁽⁸²⁾

Quanto aos roteiros impressos, esses podem ser considerados como instrumentos de registro que variam em quantidade de itens, conforme o número de etapas/fases do PE que se deseja implantar e, segundo o seu conteúdo, para se adequar à teoria de enfermagem escolhida e às especificidades da população a ser atendida. Além disso, a aplicação desses instrumentos contribui nas atividades de planejamento, possibilitando a pesquisa e a auditoria no âmbito da Enfermagem.⁽⁷⁵⁾

Portanto, ambos os instrumentos citados são de relevância para a SAE e CE, porém, vale reafirmar que, além de serem diferenciados quanto aos seus significados, torna-se imprescindível que sejam respaldados pelo conhecimento científico e por teorias de enfermagem. Sabe-se que seguir tal orientação implica em uma autonomia de ação, especialmente, na Enfermagem, à medida que essa propicia a superação de uma prática tradicional baseada no empirismo e na repetição constante de procedimentos sem um suporte teórico suficiente e adequado aos desafios e dilemas enfrentados no cotidiano.⁽⁸³⁾

Finalizando esse tema, torna-se válido destacar que, como no anterior, existem evidências positivas de impacto em relação ao trabalho de enfermeiro em consultas pediátricas na ESF, sendo que um estudo realizado em oito USF da capital paulistana, publicado em 2007, constatou como relativamente adequada, a qualidade da CE desenvolvida com crianças até um ano de idade, com a detecção de falhas de fácil condução na solução e melhora da assistência a criança.⁽⁴⁹⁾

No intuito de valorizar as concepções e experiências das participantes desse estudo, buscou-se por fim, relacionar as propostas das mesmas para a qualificação do trabalho dessas profissionais nas CE materno-infantis. E, de um modo geral, as entrevistadas vislumbram medidas a serem implementadas a curto e médio prazo para tal.

Estas possibilidades se interrelacionam e se destacam por sua amplitude, sendo observável que as sugestões elaboradas, de certa maneira, poderiam ser aplicadas em qualquer ramo do conhecimento humano, a saber, maior interação da equipe, com composição de um número suficiente de profissionais, disponibilização de recursos físicos e materiais adequados; valorização da autonomia e aumento da confiança no enfermeiro para a realização da consulta de enfermagem; capacitação em consulta de enfermagem para o enfermeiro; sistematização adequada da assistência de enfermagem; organização da rede de atenção à saúde materna e infantil.

Observa-se que as sugestões de melhora na realização da CE podem ser relacionadas com as sugestões de melhora do próprio SUS, vislumbrando que os rumos a ser seguidos são similares.

Dessa maneira, percebe-se a importância de equipes integradas no processo de trabalho na ESF que sejam coniventes com os princípios do SUS, ressaltando-se a propriedade de contribuições teórico-metodológicas que venham subsidiar a implantação e o desenvolvimento dessas equipes, no intuito de, ao difundir o conhecimento, melhorar a qualidade do serviço e, conseqüentemente, propiciar uma assistência mais humanizada.

Corroborando com essa idéia, em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como alguns de seus princípios a troca e a construção de saberes e o trabalho em rede com equipes multiprofissionais no SUS.⁽⁸⁴⁾

Tem-se, portanto, a concepção de equipe, a qual não corresponde a vários profissionais atuando num mesmo serviço, mas sim como um grupo de profissionais conhecedor da missão do serviço de saúde, compreendendo sua tarefa e atingindo os objetivos e metas estabelecidas no planejamento estratégico para a sua área de atuação, o qual deve ser elaborado de forma participativa e democrática.⁽⁸⁵⁾

Coerentemente, as enfermeiras deste estudo referiram que para melhorar ou viabilizar a CE na ESF é necessário realizar treinamentos, não somente para a Enfermagem, mas para toda a equipe.

Muitas são as denominações empregadas a esse tipo de educação no trabalho, as que aparecem com maior frequência são: educação contínua ou continuada, educação em serviço e educação permanente.⁽⁸⁶⁾

A Educação Permanente ganhou estatuto de política pública na área da saúde, devido à difusão pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região, considerando que os serviços de saúde são organizações complexas, em que apenas o aprendizado significativo será capaz de gerar a adesão dos trabalhadores aos processos de transformação do cotidiano.⁽⁸⁷⁾

A qualificação dos trabalhadores de saúde, principalmente os da ESF, é de fundamental necessidade, devido aos avanços teóricos, organizacionais, tecnológicos e políticos ocorridos e a diversidade, tanto do campo da atenção, como da gestão no território, o que impõe, diariamente, novas situações a serem enfrentadas. A Educação Permanente em Saúde permite a ressignificação do processo de trabalho, por sua prática ser desenvolvida em serviço, e a apropriação efetiva do território, com suas necessidades de saúde sentidas ou não.

Dessa forma, as dificuldades como necessidade de recursos humanos e apoios adequados, sistematização da assistência mais adequada, autonomia e confiança para a realização da CE e organização da rede de atenção materna e infantil podem ser trabalhadas.

É fundamental salientar que essas propostas foram feitas dando a entender que a Enfermagem tinha pouco ou nenhum poder para concretizá-las, sem o apoio dos demais membros da equipe de saúde e, principalmente, das instâncias gestoras da saúde. Mais uma vez, evidenciaram-se as limitações que essas profissionais apresentam para modificar, de fato, seu contexto de trabalho de forma proativa.

Mesmo assim, pode-se considerar que as enfermeiras conseguiram apontar caminhos para melhora significativa de sua prática assistencial na ESF, revelando que apesar de um contexto mostrado como ainda desfavorável para isto, há pensamentos saudáveis de fortalezas a serem alcançadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que as informantes desta investigação contribuíram para os propósitos deste estudo, pois, a partir de suas perspectivas, foi possível apreender as concepções e descrever experiências sobre a sistematização da prática clínica obstétrica e pediátrica de enfermeiros no contexto da ESF.

Ao longo desta pesquisa, viu-se que as enfermeiras percebem a relevância da CE no modelo assistencial da ESF, especialmente, por possibilitar uma abordagem integral e sistematizada, sendo algo inerente a sua profissão e que favorece a autonomia e satisfação profissional. Entretanto, vivenciam uma prática incipiente em ambos os tipos de CE estudados, sendo a realização de tais consultas permeadas por muitas dificuldades.

Dessa maneira, vale salientar que quando realizadas as CE não estão ocorrendo de forma sistematizada e relacionada com o PE, não sendo valorizadas as teorias de enfermagem e classificações propostas pela área, sendo nula a citação da CIPESC. Isto mostra uma distância entre a prática diária na ESF e as teorias científicas apresentadas.

Mesmo considerando que este estudo se limite a uma realidade específica do interior do estado de São Paulo, seus achados, apoiados por outros estudos encontrados na literatura correlata, apontam a necessidade de se haver uma maior atenção à qualificação da prática clínica dos enfermeiros para atuarem na ESF, de acordo com as expectativas oficiais gerais e internas da profissão.

Muitos são os desafios a serem superados no cotidiano de trabalho dos enfermeiros da ESF. Por meio da Educação Permanente em Saúde, poderia emergir o estímulo para a superação dos problemas, mostrando-se na busca e na aplicação constante do conhecimento científico produzido. Assim, a adoção de referenciais teóricos e metodológicos da Enfermagem, além dos contidos nos documentos oficiais atuais do Setor Saúde, torna-se fundamental para orientar a prática clínica do enfermeiro, revelando a potencialidade de um trabalho com mais intencionalidade e sentido, contribuindo para a qualificação da CE.

Neste sentido, por fim, considera-se a importância da discussão compartilhada sobre a relevância deste tema, por diferentes esferas, envolvendo profissionais e gestores do serviço e educação de Enfermagem e demais profissões da Saúde, e, sempre que possível, incluindo usuários. Com o foco de viabilizar maior envolvimento dos enfermeiros na prática clínica na ESF e no impacto social que isso representa, tal movimento pautado na prática da interação entre os sujeitos envolvidos, poderia facilitar a valorização do processo de trabalho em Enfermagem, implicando na produção do conhecimento e de ações mais saudáveis, com reflexos positivos na prestação de cuidados à população.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Almeida MCP & Rocha JSY 1989. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. Cortez, São Paulo.

(2) Sanna, NC. Os processos de trabalho em enfermagem. Rev. Bras. Enfer. Mar-abr: 60 (2): 221-4, 2007.

(3) Lei Nº 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências, de 25.06.86, publicada no DOU de 26.06.86 Seção I - fls. 9.273 a 9.275. [citado em 19 dez 2011]. Disponível em: URL: <http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>.

(4) Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 272/2002. [citado em 13 jul 2011]. Disponível em: URL: http://www.portalcofen.com.br/_novo_portal.

(5) Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 358/2009. [citado em 22 out 2011] Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113§ionID=34>

(6) Bub MBC, Garcia TR. Necessidades humanas: do mito à enfermagem atual. In: Garcia RG, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 2010. p. 41-63.

(7) Angelo MI. Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 1995; 29(2):211-23.

(8) Freitas MC, Queiroz TA, Souza JAV. O Processo de Enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. Rev. bras. enferm. . 2007, vol.60, n.2, pp. 207-212.

(9) Dell'Acqua MCQ, Miyadahira AMK. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. Rev Latinoam Enferm. 2002;10(2):185-91.

- (10) Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev. bras. enferm. 2005, vol.58, n.3, pp. 261-265.
- (11) Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
- (12) Alfaro-Léfevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002.
- (13) Nobrega MML, Garcia TR, Chianca TCM, Almeida M A. Estrutura da CIPE®, da NANDA, da NIC e da NOC. In: Garcia RG, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 2010. p. 157-171.
- (14) Nanda, Internacional Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- (15) Dochterman MJ, Bulechek GM, editors. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- (16) Dochterman MJ, Bulechek GM, editors. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. Pg. xxiii.
- (17) Moorthead S, Johnson M, Mass M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 3 ed, Porto Alegre: Artmed; 2008.
- (18) Johnson M, Bulechek G, Dochterman JM, Maas M, Moorthead S, ET al. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre a NANDA, NOC e NIC. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- (19) Antunes MJM, Silva IA, Egry EY, Sena RR, Almeida MCP. Manual do pesquisador: orientação para trabalho de campo. Brasília: ABEN; 1997.
- (20) International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice - ICNP® Version 1.0. Geneva: ICN; 2005.

(21) Egry EY, Antunes MJM, Lopes MGD. Projeto CIPESC CIE-ABEn. In: Garcia RG, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 2010. p 175-191.

(22) Actualización de la CIPE: nueva version Beta. Ginebra: Internacional Council of Nurses (ICN); 1998.

(23) Internacional classification for nursing practice: Beta. Geneva: Internacional Council of Nurses (ICN); 1999.

(24) Garcia TR, Nobrega MML. Inventário Vocabular Resultante do Projeto CIPESC CIE-ABEn. In: Garcia RG, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 2010. p 192-317.

(25) Lefevre RA. Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5 ed. Porto Alegre: Artmed. 2005.

(26) Almeida MCP. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. [tese livre docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1991.

(27) Santos MR. Atribuições legais do enfermeiro no programa saúde da família: dificuldades e facilidades. Boletim da Saúde. Porto Alegre. volume 17. número 2. jul./dez. 2003.

(28) Nascimento MS, Nascimento MA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. Ciênc. Saúde coletiva: 10(2): 333-345, abr.-jun. 2005

(29) Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Revista Escola de Enfermagem USP. 2008; 42(4): 64-48.

(30) Antunes MJM, Guedes MVC. Integralidade nos processos assistenciais na Atenção Básica. In: Garcia RG, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 2010. p 19-28.

- ⁽³¹⁾ Villas Boas LMFM et al. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. Ciênc. saúde coletiva. vol. 13 n. 4. Rio de Janeiro, 2008.
- ⁽³²⁾ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. [Internet]. Brasília. Ministério da Saúde; 2004. [Acessado 12 Dez 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf.
- ⁽³³⁾ Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP . 2007, vol.41, n.spe, pp. 777-781.
- ⁽³⁴⁾ Gentil Diniz MI et al. O entrelaçar histórico da consulta de enfermagem com a vivência profissional. Enferm. glob. [online]. 2009, n.15 [citado 2010-10-23], Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100021&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1695-6141.
- ⁽³⁵⁾ Manzini FC, Simonetti JP. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de Orem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2009, vol.17, n.1, pp. 113-119. ISSN 0104-1169.
- ⁽³⁶⁾ Caetano JA, Pagliuca LMF. Autocuidado e o portador do HIV/aids: sistematização da assistência de enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14 (3): 336-45.
- ⁽³⁷⁾ Lopes MJM, Silva JLA. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004, vol.12, n.4, pp. 683-688.
- ⁽³⁸⁾ Horta ALM. Consulta de enfermagem: conceito e componentes básicos. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde-CADAIS, Grupo de Coordenação para Assuntos de Enfermagem, 1992.
- ⁽³⁹⁾ Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LSK, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan-fev 2011;19(1).

⁽⁴⁰⁾ Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas [Internet]. Brasília. Ministério da Saúde; 2004. [Acessado 12 Dez 2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf

⁽⁴¹⁾ Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução de mortalidade infantil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas [Internet]. Brasília. Ministério da Saúde; 2004. [Acessado 12 Dez 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_compro_crianca.pdf.

⁽⁴²⁾ Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª. ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p.9-29.

⁽⁴³⁾ Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco: 2007.

⁽⁴⁴⁾ DATASUS – CNES – Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: novembro de 2010.

⁽⁴⁵⁾ Bardin, L. Análise do Conteúdo. Lisboa: Edições 70. 2003. 326 p.

⁽⁴⁶⁾ Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética 1996; 4(2 Supl), p. 15-25.

⁽⁴⁷⁾ Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. Rev. bras. enferm. 2007, vol.60, n.6, pp. 687-695.

⁽⁴⁸⁾ Marques D, Silva EM. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso?. Rev. bras. enferm. 2004, vol.57, n.5, pp. 545-550.

⁽⁴⁹⁾ Saporelli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. Acta paul. enferm. 2007, vol.20, n.1, pp. 55-61.

- ⁽⁵⁰⁾ Santos, SMR, Jesus MCP, Amaral AMM, Costa DMN, Arcanjo RA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. Texto contexto - enferm. 2008, vol.17, n.1, pp. 124-130.
- ⁽⁵¹⁾ Rosa WAG, Labate, RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005, vol.13, n.6, pp. 1027-1034.
- ⁽⁵²⁾ Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde na atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas de ações na unidade básica. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2000. p. 29-47.
- ⁽⁵³⁾ Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo em construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ, Abrasco; 2001.
- ⁽⁵⁴⁾ Vanzin AS, Nery MES. Consulta de enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre (RS): RM&L; 1996.
- ⁽⁵⁵⁾ Gomes AMT, Oliveira DC. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. Rev. bras. enferm. 2008, vol.61, n.2, pp. 178-185.
- ⁽⁵⁶⁾ Gomes AMT. A autonomia profissional da enfermagem em Saúde Pública: um estudo de representações sociais [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
- ⁽⁵⁷⁾ Barros DG, Chiesa, A M. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev. esc. enferm. USP. 2007, vol.41, n.spe, pp. 793-798.
- ⁽⁵⁸⁾ Kohlrausch E. O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. Rev Gaúcha Enferm. 1999;20 (n.esp):70-85.
- ⁽⁵⁹⁾ Corbishley ACM, Silva MA. A consulta de enfermagem na programação dos centros de saúde. Rev. APS. 1999 Mar-Jun; 2 (2): 19-27.

⁽⁶⁰⁾ Capra F. O ponto de mutação. São Paulo (SP): Editora Cultrix;1982.

⁽⁶¹⁾ Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

⁽⁶²⁾ Souza MF. Modelos teóricos e teorias de enfermagem: contribuição para a construção do conhecimento em enfermagem no Brasil. *In*: Garcia TR, Pagliuca LMF. A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos. Fortaleza (CE): RENE;1998.169p.p.51-63.

⁽⁶³⁾ Lunardi VL. A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis/invisíveis na docilização. *In*: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE, organizadoras. Maneira de cuidar, maneira de ensinar – A enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médica; 1995. p. 79-108.

⁽⁶⁴⁾ Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto contexto - enferm.* 2009, vol.18, n.1, pp. 100-107.

⁽⁶⁵⁾ Silva MA. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 27-31, janeiro 1998.

⁽⁶⁶⁾ Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 74-111

⁽⁶⁷⁾ Maciel ICF, Araujo, TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2003, vol.11, n.2, pp. 207-214.

⁽⁶⁸⁾ Altino DM et al. CIPESC® Curitiba: o trabalho da enfermagem no Distrito Bairro Novo. *Rev. bras. enferm.* 2006, vol.59, n.4, pp. 502-508.

⁽⁶⁹⁾ Cubas MR, Egry EY. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®. *Rev. esc. enferm. USP* . 2008, vol.42, n.1, pp. 181-186.

(70) Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. Rev Lat Am Enferm. 1993;1(1):59-63.- 62.

(71) Nascimento KC, Backes DS, Koerish MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev. esc. enferm. USP. 2008, vol.42, n.4, pp. 643-648.

(72) Hermida PMV, Araujo IEM, Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 59, n. 5, out. 2006 .

(73) São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, CarmenLavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

(74) Ximenes Neto FRG et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. Rev. bras. enferm.. 2008, vol.61, n.5, pp. 595-602.

(75) Benko MA, Castilho V. Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem. In: Campedelli MC, organizadora. Processo de enfermagem na prática. 2ª ed. São Paulo (SP): Ática; 1992. p. 89-111.

(76) Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2009, vol.62, n.3, pp. 387-392.

(77) Ciampo LAD, Ricco RG, Daneluzzi JC, Ciampo IRLD, Ferraz IS, Almeida CAN. PSF e puericultura. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3): 739-43, Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(2): 333-345.

(78) Brasil, Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil Brasília – DF, 2005.

(79) Datasus Atribuições dos gestores do SUS. Disponível em:
<http://www.datasus.gov.br/cns/REL10/ATRIBUICAO.htm>

⁽⁸⁰⁾ Silva AC. O impacto do programa saúde da família no município de Sobral- Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2003.

⁽⁸¹⁾ Mello, DF; Tonete, VLP; Silva, MAI. Atenção básica à saúde da criança. In: Fujimori, E; Ohara, CV. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. 1ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2009. p 45-60.

⁽⁸²⁾ Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG). Protocolo de Enfermagem: importância para a organização da assistência na atenção básica de saúde. Boletim Informativo COREN-MG [Internet]. 2006 [citado 2010jan. 10];28(3):4-5. Disponível em: http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/inform/Informativo_coren_novembro.pdf.

⁽⁸³⁾ Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997. p. 15-26.

⁽⁸⁴⁾ Brasil. Ministério da Saúde. 2004. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 2 jul;. 2005.

⁽⁸⁵⁾ Bertussi DC, OLIVEIRA MSM, LIMA JVC. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoní JR. L.(Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p.133-43.

⁽⁸⁶⁾ Palhares Guimaraes EM, Hausen Martin S, Paolinelli Rabelo, FC. Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. Cienc. enferm. 2010, vol.16, n.2, pp. 25-33.

⁽⁸⁷⁾ Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu). 2005; 9 (6): 161-168. Hallado em: <http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>. [Acesso em 08/10/2011].13).

APENDICES**Apêndice 1****Roteiro de Entrevista****Caracterização:**

Data da entrevista: __/__/__ Número da Entrevista: ____

Iniciais do Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Tempo de Formado: _____

Local de Formação : _____

Pós Graduação () Sim () Não Área: _____

Município de atuação: _____ USF: _____

Tempo de trabalho na instituição (ESF): _____

Cursos de capacitação em SAE/consulta de enfermagem: _____

Questões norteadoras

Para você, o que é consulta de enfermagem?

Conte-me sobre sua experiência consulta de enfermagem na ESF.

Qual sua experiência em realizar consulta de enfermagem pediátrica/obstétrica na sua USF (sistematização/classificação).

Na sua USF, quais são os aspectos que facilitam a realização da consulta de enfermagem pediátrica/obstétrica e os que dificultam?

O que sugeriria para melhorar/implantar a consulta de enfermagem pediátrica/obstétrica na sua USF?

Tem mais alguma consideração a fazer sobre o tema?

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Eu _____, domiciliado(a) na Rua _____ nº _____, na cidade de _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: CONSULTA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICAS E PEDIÁTRICAS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, de autoria de Roberta Fernandes Gasparino, sob a orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete, docente junto ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina – UNESP – Botucatu. Declaro que fui esclarecido(a) e estou de acordo quanto ao objetivo do estudo que consiste em apreender as concepções e experiências de enfermeiros da estratégia saúde da família de uma região do interior paulista sobre consulta de enfermagem pediátrica e materna. Concordo com o método de coleta de dados que será por meio de entrevista gravada que durará, aproximadamente, vinte minutos sendo o conteúdo deletado depois de transcrito. Também, permitirei a publicação e apresentação da pesquisa, sendo informada(o) de que não serei identificado, com sigilo garantido. Sei que, futuramente, os conhecimentos obtidos por meio dessa pesquisa poderão ajudar em programas, voltados à Enfermagem, Saúde Coletiva, Gestão no SUS e Atenção à Saúde, além de servir de suporte para outras pesquisas. Assim, as informações fornecidas serão tratadas em segredo, preservando a privacidade e o anonimato e terei a liberdade de não participar desta pesquisa, bem como desistir da mesma em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Fui informado ainda que a participação nesta pesquisa não me prejudicará em momento algum e qualquer dúvida adicional, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Este termo, após a aprovação pelo CEP- FMB/UNESP, será elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Assim subscrevem as partes envolvidas nesta declaração.

Participante da pesquisa

Roberta Fernandes Gasparino¹
Pesquisadora

Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete²
Orientadora

¹ Rua Paul Harris 188, bl. A. 2. Centro. Serra Negra São Paulo. Tel: 19-38923428. E-mail: rfgasparino@yahoo.com.br.

² Rua General Telles, 1396, apto. 121, Centro. Cep 13930-000 Botucatu São Paulo Tel. (14) 38821842. E-mail: pamp@fmb.unesp.br.

Anexo 1



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadora: tsarden@fmb.unesp.br




Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 14 de Fevereiro de 2011.

Of. 29/11-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^o. Dr^a. Vera Lúcia Pamplona Tonete
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr^a. Vera,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (**Protocolo CEP 3775-2011**) "Consulta de enfermagem materno infantil na perspectiva de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família", a ser conduzido por Roberta Fernandes Gasparino, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator **parecer favorável** aprovado em reunião de 14 de fevereiro de 2011.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "**Relatório Final de Atividades**".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capellupp
Secretário do CEP