

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

Orientanda: Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues

**Programa Saúde da Família:
analisando a prática do enfermeiro**

UNESP - Botucatu

2008

Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues

**Programa Saúde da Família:
analisando a prática do enfermeiro**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação, do Mestrado
Profissional em Enfermagem, da
Faculdade de Medicina de Botucatu,
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.**

2008

Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues

**Programa Saúde da Família:
analisando a prática do enfermeiro**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação, do Mestrado
Profissional em Enfermagem, da
Faculdade de Medicina de Botucatu,
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.**

Orientadora: Carmen Maria Casquel Monti Juliani

**Botucatu
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE
AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE
BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Rodrigues, Luciane Cristine Ribeiro.

Programa Saúde da Família: analisando a prática do
enfermeiro / Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues. – Botucatu :
[s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Assunto CAPES: 40406008

1. Programa Saúde da família 2. Enfermagem

CDD 362.1

Palavras-chave: Enfermagem; Gerência; Papel do profissional
de enfermagem; Saúde da família

Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues

**Programa Saúde da Família:
analisando a prática do enfermeiro**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação, do Mestrado
Profissional em Enfermagem, da
Faculdade de Medicina de Botucatu,
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.**

Ao **Emerson**, meu querido marido e companheiro, pelo estímulo, compreensão e apoio, e às minhas adoráveis filhas **Fernanda** e **Lívia**, que com amor, carinho e paciência, souberam compartilhar deste sonho, vivenciando mais esta etapa de nossas vidas.

A vocês com todo o meu amor.

“Luzes do meu viver”

A minha **mãe**, que tanto me apóia e fortalece.

Aos meus irmãos **Mônica** e **Renato**, ao **Júnior** e minhas queridas sobrinhas **Letícia** e **Beatriz**, também o meu carinho, pois vocês também fazem parte desta conquista.

Agradecimentos especiais

À minha grande amiga e “irmã” **Vanessa**, pelo estímulo, companhia, compartilhamento das angústias, saberes e vitórias, e minha eterna “companheira de estrada”.

À professora **Carmen Maria Casquel Monti Juliani**, minha orientadora, por seu apoio, confiança e carinho, que me proporcionou a concretização deste sonho.

Às enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, do Município de Marília, pois sem suas contribuições, este trabalho não teria sido possível.

Agradecimentos

À professora Cristina Capel, pelo meu despertar acerca de tal temática.

À Coordenação da Atenção Básica de Marília, em nome de Eduardo, Denise, Aurélia, Silvia e Flávia, pela disponibilização e confiança para o início e desenvolvimento deste estudo.

À Professora Isabel, pela grande ajuda com o inglês.

Ao amigo e “padrinho” Marco, pelos conselhos e apoio.

À Renata Rosa e Adalberto pela disponibilização de material bibliográfico.

Aos professores e funcionários da Faculdade de Botucatu, pelos momentos de apoio e incentivo.

À colega Taty, por que foi muito bom conhecer você.

À colega Luciana Rocha, pela companhia e escuta nas viagens.

À Regina, Helena, bibliotecárias da FAMEMA, pela disponibilidade em me ajudar.

À Elizabete, pela revisão da bibliografia.

À Professora Maria Derci pela revisão do estudo, que com muita paciência, carinho e dedicação, me acolheu.

À minha querida equipe por toda a paciência do mundo, nas minhas

ausências.

À meu pai Izidoro pela colaboração e apoio.

À Secretaria de Estado da Saúde, pela contribuição na oportunização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por efetivar e contribuir com os nossos sonhos.

RESUMO

Programa Saúde da família: analisando a prática do enfermeiro

A partir de inquietações, enquanto enfermeira integrante de uma das equipes em uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF), propus esta investigação. A Estratégia Saúde da Família, compreendida como uma estratégia para a viabilização do Sistema Único de Saúde torna-se um projeto estruturante com potencial para promover transformação interna do sistema de saúde, embora possa ainda ser considerado um novo modelo, o que faz com que sua prática traga arraigado historicamente o paradigma biomédico e, por essa razão, a compreensão dessa prática se justifica. O objetivo foi reconhecer as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro no Programa Saúde da Família e compreender as práticas do profissional e o desenvolvimento do trabalho em equipe na ESF. A metodologia utilizada foi à fenomenologia e, após aprovação no Comitê de Ética, foram realizadas, entre março e junho de 2007, entrevistas com enfermeiros que trabalham na ESF em um município de médio porte, sendo estas áudio-gravadas, após autorização e consentimento livre e esclarecido, para posterior transcrição. Após as etapas de descrição, redução e compreensão fenomenológica, foi possível extrair os significados, dos quais emergiram os seguintes temas e categorias: Categoria 1 – Funções do enfermeiro na ESF (com as temáticas: atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na ESF e dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na ESF), Categoria 2 – O processo de trabalho em equipe na ESF (com as temáticas o compartilhar em equipe e dificuldades do processo de trabalho em equipe) e Categoria 3 – A Gerência na ESF (com as temáticas a co-gestão, a equipe de referência, no desenvolvimento do processo de trabalho em equipe; a gerência e o enfermeiro na ESF). Sintetizando, o estudo aponta a necessidade do ajuste da formação aos novos papéis requeridos dos profissionais nesse novo modelo e o quanto é difícil instituir os processos de co-gestão, que ficam predominantemente sob a responsabilidade do profissional enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermagem; Gerência; Papel do profissional de enfermagem; Saúde da Família,.

ABSTRACT

Family Health Program: analyzing the nurse's practice

Led by my concern as a nurse participating in one of the teams working at a Family Health Strategy Unit (FHSU), I proposed this investigation. The family Health Strategy, understood as a strategy to make the Unified Health Care System feasible, becomes a structuring project with potential to promote internal changes in the health care system although it can be regarded as a new model, which causes its practice to bring along the historically deep-rooted biomedical paradigm. For this reason, the comprehension of these practices is justified. The objective was to verify the practices developed by nurses in the Family Health Program and comprehend the development of teamwork at FHSU. Phenomenology was the methodology used, and following approval by the Ethics Committee, interviews with nurses working at FHSU in a middle city were carried out from March to June 2007. Following authorization and informed consent provided by the respondents, the interviews were audio-recorded for later transcribed. After the phases of description, reduction and phenomenological comprehension, it was possible to extract the meanings from which the following topics and categories emerged: Category 1 – The nurse's role at FHSU (with topics: activities developed by nurses at FHSU and difficulties faced by nurses at FHSU), Category 2 – The teamwork process at FHSU (with topics: sharing in teams and the difficulties in the teamwork process) and Category 3 –The management at FHSU (with topics: co-management, the reference team in the development of the teamwork process and the management and nurses at FHSU). In summary, the study shows the need for adjustment in the formation of new roles required from professionals in this new model and how difficult it is to institute co-management processes, which are predominantly under the nurse's responsibility.

Key Words: Nursing; Management; Nurse's Role; Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APAE – Associação de Pais e Amigos Excepcionais

CEFOR – Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

DEP – Depoimento

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília

NOB – Norma Operacional Básica

PA – Pronto Atendimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMHS – Secretaria Municipal de Higiene e Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dentário

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPP – Unidade de Prática Profissional

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 A GÊNESE DE UMA INQUIETAÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	20
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
3.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM.....	22
3.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO.....	25
3.3 O TRABALHO EM EQUIPE.....	33
4. REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO.....	38
oA FENOMENOLOGIA COMO VERTENTE METODOLÓGICA .	38
o TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO.....	38
4.2.1 Caracterizando a região do estudo.....	40
4.2.2 Delimitando a região do inquérito.....	44
4.2.3 Obtendo as descrições.....	44
4.2.4 Análise das descrições.....	46
5. CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS.....	49
5.1 ANÁLISE IDEOGRÁFICA.....	49
5.2 ANÁLISE NOMOTÉTICA.....	63
6. REFLEXÕES ACERCA DO DESVELAMENTO.....	127
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
8. ANEXOS.....	em CD
Anexo 1 – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	
Anexo 2 – Termo de Consentimento das Entrevistadas	
Anexo 3 – Depoimentos na íntegra e quadros da análise ideográfica	

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 A gênese de uma inquietação.

A preocupação quanto ao tema o Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF), em minha vida, iniciou-se ainda durante a graduação em enfermagem na Faculdade de Medicina de Marília.

Foi nessa época que tive a oportunidade de integrar grupos de estudo e participar de eventos relacionados a essa temática, mais especificamente com a Estratégia Saúde da Família. A estratégia estava sendo iniciada e, portanto, tratava-se de um tema novo com oportunidade de aprendizagem e ainda possibilidade de em participar da sua construção.

Ao concluir os estudos da graduação na busca de um aperfeiçoamento, minha vida profissional tomou outros rumos.

Tão logo concluí a pós-graduação, tive novamente a oportunidade de me aproximar da temática em questão, enquanto integrante de uma das equipes da Estratégia Saúde da Família do meu município, que coincidentemente estava iniciando a implantação e construção dessa nova proposta.

Para mim, pareceu-me novamente uma grande oportunidade de poder contribuir com a construção dessa nova estratégia, pela proposta de atenção à população e também pela própria identidade da enfermagem envolvida no trabalho em equipe.

Ao habitar esse espaço do cuidar, do trabalho em equipe, tenho vivenciado ao longo dos anos, o contexto em que estamos inseridos, caracterizado também por diversos conflitos e desconfortos, seja pelo modelo de atenção vigente e a dificuldade de mudança do enfoque do cuidado, seja pelo processo de trabalho caracterizado pela hegemonia médica em relação aos outros profissionais, pela dificuldade do trabalho em equipe ou pela própria prática do profissional enfermeiro, caracterizada de forma assistemática e emergencial. Essa situação delineada aumentou a minha inquietação, pois constato que essas, entre outras dificuldades, envolvem o enfermeiro e sua práxis.

Os anos se passaram, e pude cursar uma Especialização em Saúde da Família, também pela Faculdade de Medicina de Marília. É claro que o tema

escolhido para a realização do meu projeto de conclusão de curso envolveu tal temática. Conteí, naquela oportunidade, com a contribuição de uma das docentes da faculdade, para elaborar melhor as reflexões em relação as minhas experiências já vivenciadas até aquele momento; esta experiência foi muito valiosa na medida em que muito contribuiu para continuar investindo nas minhas inquietações.

Continuei minha trajetória profissional, ainda e sempre envolvida na Estratégia Saúde da Família. Optei então por descrever minhas reflexões acerca do papel do enfermeiro envolvido no trabalho em equipe, visto que a prática deste profissional me parece bastante conflituosa.

A revisão da literatura confirma que esse tema ainda está envolto por um certo desconhecimento, transparecendo a dificuldade de lidar com a questão. Mostrou-me também que o tema tem sido bastante abordado, confirmando a minha indignação, ou seja, mostrou-me o conflituoso contexto que envolve o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família e sua vivência em equipe.

Assim, como integrante de uma das equipes em uma unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Marília, observo que uma das preocupações dos enfermeiros é a transformação da prática de enfermagem para contribuir com a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, percebo que as práticas de enfermagem, em sua maioria, ainda se organizam para cuidar da doença de indivíduos isolados, trabalhando por funções, reproduzindo a divisão técnica e social do trabalho, embora já esteja sendo reconhecido um crescente vínculo com as famílias e um diálogo entre os profissionais da equipe.

Observo ainda que a prática do enfermeiro na equipe de saúde está focada nas ações de organização das condições do trabalho de outros profissionais, em que o enfermeiro assume a decisão do planejamento e gerência do cuidado, utilizando modelos administrativos tradicionais, distintos do proposto pela ESF, que prevê um trabalho em equipe, em que as decisões e responsabilizações devem ser compartilhadas por todos os profissionais.

Dando continuidade à minha trajetória profissional, ingressei no curso

de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, que, por sua vez, veio ao encontro de minhas expectativas, já que se tratava do mestrado profissional, e cujas diretrizes tinham sido desenvolvidas a partir das demandas de meu ambiente de trabalho.

Sendo assim, desenvolvi esta pesquisa, considerando que a inserção do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família o leva a compartilhar com outros profissionais a gestão e o cuidado à saúde.

Por tudo isso e considerando as minhas inquietações, busco respostas para as seguintes questões:

- Quais têm sido as práticas do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família?
- Como, compreender estas práticas, bem como o desenvolvimento do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

Responder a essas indagações será o propósito desse estudo, e sua relevância faz-se por possibilitar a reflexão sobre a prática do enfermeiro, reconhecendo seus limites e possibilidades, podendo contribuir para mudanças das práticas em saúde e, conseqüentemente, beneficiar os usuários dos serviços de saúde.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Considerando ser o trabalho em saúde, no modelo de Vigilância à Saúde, um processo coletivo composto por distintas profissões, foram traçados os seguintes objetivos:

- Reconhecer as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família;
- Compreender as práticas do enfermeiro e o desenvolvimento do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

3.1 O Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem

Trabalho é um processo dinâmico que se articula com outros trabalhos da sociedade e que se transforma no atendimento das necessidades sociais.¹

Portanto, considera-se que o trabalho é entendido como a “transformação intencional da natureza pelo homem para o atendimento de necessidades resultantes de suas relações históricas e sociais dele mesmo com a natureza”.²

O processo de trabalho pode ser entendido como a transformação de um objeto, envolvendo instrumentos e a força de trabalho, considerando-se a sua direcionalidade técnica e a intencionalidade.

Já no processo de trabalho em saúde, podemos observar três aspectos fundamentais:

- é um processo de trabalho em geral, que compartilha características comuns a outros processos, como nas indústrias e outros setores da economia;
- é um serviço, considerando que a assistência à saúde é um serviço,
- caracteriza-se por uma inter-relação pessoal intensa.³

O processo de trabalho em saúde deve ser particularmente analisado, considerando-se sua especificidade, pois não se configura como um processo de trabalho como o da indústria, considerando-se que se fundamenta nas pessoas como co-partícipes do processo de trabalho, e que é algo extremamente abstrato, considerando-se as várias formas tecnicamente particularizadas de produzir atos de saúde. Requer, portanto, uma adaptação constante às características particulares do indivíduo, bem como à sua história e necessidades.³

Ainda no processo de trabalho em saúde, uma outra particularidade encontrada é a integração dos seus aspectos intelectual e manual, considerando-se também a fragmentação dos atos como uma característica desse processo de trabalho.³

Em vista disso, o trabalho de enfermagem é parte integrante desse processo de trabalho em saúde, tanto no modelo de saúde individual como

no de saúde coletiva que, por sua vez, são partes complementares de um mesmo trabalho.⁴

Para o desenvolvimento deste processo de trabalho em saúde, a enfermagem utiliza um saber que advém de outras ciências, desenvolvendo uma síntese própria, de forma a atender a sua especificidade, relacionada ao cuidado de enfermagem, atendendo às necessidades da população, perpassando pelos aspectos de cura, prevenção, promoção e reabilitação.⁴

O processo de trabalho do enfermeiro abrange quatro atividades essenciais: assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa.^{5,6,7,8} Historicamente a enfermagem institui-se como prática social, portanto é uma atividade profissional que se articula com as demais práticas de saúde e modifica-se no momento em que produz ações de saúde. Assim, a Enfermagem é um trabalho que tem uma intenção que, a partir de uma necessidade de saúde, opera produzindo ações e relações para transformá-la em um dado produto.

Ao serem analisadas as práticas de enfermagem antes do século XIX, são identificadas as relacionadas às ações caritativas e independentes da prática médica. Suas ações limitavam-se a procedimentos de cuidados para o conforto da alma do doente e expiação dos pecados, permanecendo neste estado independente da prática médica até meados do século XIX.

Posteriormente, já no início deste século, a enfermagem passa a se reconfigurar em uma prática colaborativa ao movimento social de transformação do hospital enquanto local de cura. O espaço hospitalar incorpora o saber e a prática médica, subordinando outros saberes. A enfermagem aparece, então, de forma institucionalizada e associada ao movimento do nascimento do modelo da clínica.

O modelo clínico, por sua vez, emerge da necessidade de o capitalismo, dar conta das necessidades de saúde das sociedades capitalistas. Neste modelo clínico, a enfermagem é parte deste processo, é parte do trabalho médico; sua ação é um instrumento que cuidará ou fará cuidar do corpo doente. É importante deixar claro porém, que esta subordinação do trabalho de enfermagem não se dá em relação ao profissional médico, mas ao trabalho médico.⁴

Pode-se constatar ainda que historicamente não só o modelo clínico emergiu com o capitalismo com o objetivo de atender às necessidades de saúde advindas das sociedades capitalistas, mas também se observa uma outra vertente, a do modelo de saúde coletiva, considerando a concepção da doença não como um fenômeno individual centrado no corpo doente, mas com a concepção da doença como fenômeno coletivo, tendo a epidemiologia como um dos saberes fundamentais.⁴

O aparecimento da preocupação com saúde coletiva é observado a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, associada à necessidade de transformação e reestruturação da realidade, considerando-se a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença, e propondo ações para possíveis mudanças.⁵

Em vista disso, a saúde coletiva também pode ser considerada como uma construção social e histórica, dependente de valores, sendo a saúde também considerada como um valor de uso.⁹

No Brasil o uso do termo saúde coletiva pode ser observado a partir de 1979, época em que um grupo de profissionais advindos da saúde pública e da medicina preventiva e social procurou fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica.¹⁰

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição de 1988 e tendo como embasamento os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira, observou-se a necessidade de rediscussão dos modelos de atenção à saúde, partindo de um conceito ampliado, em que se consideram as condições de vida e de trabalho da população. Neste contexto, a rediscussão da necessidade de mudança do modelo clínico leva a um novo modelo, o epidemiológico, em sua dimensão coletiva, adotando, novos paradigmas.¹¹

Como a enfermagem é uma parcela do trabalho em saúde, ela também vai estar presente na produção de serviços de saúde em nível coletivo. Será também um instrumento de trabalho, mas agora não mais subordinado ao trabalho médico, e sim um dos instrumentos da saúde coletiva. Todos os saberes e práticas em saúde coletiva subordinam-se às

necessidades sociais da saúde da população. A enfermagem que trabalha nas instituições que visam à saúde coletiva tem sido denominada “enfermagem de saúde pública, e esta terminologia sofre variações em consonância com as propostas históricas do setor saúde”.⁴

Vale ressaltar a dicotomia existente no desenvolvimento das atividades de cuidado de enfermagem em saúde, também em saúde pública, em que, de um lado, as atividades de cuidado de enfermagem eram desenvolvidas pelos profissionais de nível médio e as atividades de gerenciamento do cuidado eram atribuídas ao enfermeiro.¹²

Devemos considerar diversas transformações, responsáveis por novos desafios ao conhecimento e prática de enfermagem, que sofreram influência pela organização política, econômica e cultural da sociedade. Dessa forma, o trabalho de enfermagem tem sido resultado de um processo histórico que agrega os elementos do trabalho da sociedade capitalista. A organização do trabalho em saúde, então, tem seguido predominantemente a lógica da fragmentação, do parcelamento do homem e da compreensão positivista no entendimento do processo saúde-doença.

Entretanto, há que se identificar que determinadas atividades podem romper essa lógica quando se reconhece que o trabalho em saúde é essencialmente direcionado e produzido para a vida humana e, assim, o produto é indissociável do processo que o produz.

Além disso, as diferentes demandas advindas do aumento do arsenal de novas tecnologias e das necessidades do mundo atual, bem como da clientela acabam por requerer processos de trabalho hoje bem mais complexos, se os compararmos com aqueles de anos atrás. Isso faz com que surjam novos saberes dentro das profissões já existentes, além de se criarem novas profissões, o que acaba extrapolando somente essa derivação do trabalho médico.

3.2 A Estratégia Saúde da Família e a Prática do Enfermeiro

Considerando a significativa crise que emerge do setor público nas últimas décadas, pela fragilidade estrutural na gestão das políticas sociais e

econômicas, ocasionando uma deficiência no atendimento aos direitos sociais constitucionalmente garantidos, enfatiza-se a necessidade de se reverem possíveis mudanças no sistema de saúde.

Diversas propostas de mudanças surgem, então, inspiradas pela Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), tendo sido esboçadas ao longo do tempo e traduzidas em projetos de criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde. Embora essas iniciativas apresentem avanços ainda há retrocessos principalmente por não promoverem mudanças significativas no modelo assistencial.¹³

Nos anos 80 e 90 pôde-se observar que vários países vivem uma onda de reformas em seus sistemas de serviços de saúde, em que o processo de descentralização da saúde em direção aos municípios é tido como uma das diretrizes básicas da reforma setorial. A implantação do SUS, a partir do início da década, tem redesenhado os contornos da atenção à saúde no país, redefinindo as responsabilidades e competências de cada nível de governo e atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde.¹⁴

Criam-se assim condições favoráveis para a reorientação do modelo assistencial a partir do âmbito municipal.¹⁵

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade. Ao ser desenvolvido sob esses princípios, o processo de construção dos SUS visa a reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população.¹⁷

Esse processo de Construção do Sistema Único de Saúde – SUS “desencadeou tentativas de articulação de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em dupla dimensão, individual e coletiva, através de ‘modelos alternativos’, incorporando métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais”.¹⁸

Nesse contexto, os municípios tiveram que adquirir condições de articular um conjunto de propostas, programas e estratégias as quais promoveram um processo de reorientação do modelo assistencial com uma proposta fundamentada na Vigilância à Saúde.

Este modelo, voltado à vigilância à saúde,

aponta na direção da superação entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) através da incorporação das contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local.¹⁸

A Vigilância à Saúde pode assim ser compreendida como a análise de situação de saúde, de acordo com as condições de vida da população, proporcionando um planejamento mais abrangente; como forma de integração municipalizada das vigilâncias sanitária e epidemiológica e, como forma de redefinição das práticas sanitárias.

Assim sendo, a Vigilância à Saúde aponta,

como proposta de redefinição das práticas sanitárias, surge com duas concepções: uma, que privilegia a dimensão técnica, com combinações tecnológicas distintas, para controlar determinantes, riscos e danos; outra que privilegia a dimensão gerencial, caracterizando-a como “uma prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operação, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território delimitado... através de operações montadas sobre os problemas em seus diferentes períodos do processo saúde-doença”.¹⁸

Portanto, a concepção ampliada de Vigilância à Saúde visa à transformação do modelo de atenção à saúde a nível municipal, com avanço na municipalização da gestão e da gerência das unidades, com investimento na articulação intersetorial e reorganização da atenção primária.

Neste sentido, considerando-se como meta do Ministério da Saúde a interiorização do SUS, surge a Estratégia Saúde da Família, em que se pode constatar que:

o PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do SUS e na municipalização da integralidade e participação da comunidade, priorizando ações de proteção e

*prevenção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, apontando para um novo paradigma: a qualidade de vida.*¹⁹

Observa-se ainda que as origens da referência à unidade familiar enquanto objeto de intervenções em saúde são anteriores a ESF, pois surgiram ainda na época em que se dizia o médico da família. Já naquela época, a principal preocupação era com a “humanização da medicina”, o combate ao “especialismo” e, em termos estratégicos, o estímulo a programas de formação de médicos generalistas e de família; só ainda não eram consideradas as questões relacionadas aos determinantes sociais da doença ou acesso aos serviços de saúde. Porém, na década de 80, foi possível observar pelo contato com programas de treinamento em medicina familiar do México e Estado Unidos que esta proposta naqueles países era inconsistente.¹⁶

Neste momento surgem a Reforma Sanitária Brasileira e o projeto do SUS, considerando-se como meta do Ministério da Saúde a interiorização e reorientação do modelo assistencial brasileiro. O Ministério da Saúde assumiu, então, a partir de 1994, a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Estratégia Saúde da Família, compreendida assim como uma estratégia para a viabilização do Sistema Único de Saúde torna-se um projeto estruturante com potencial para promover transformação interna do sistema de saúde, uma vez que, objetiva a reorganização das ações e dos serviços de saúde, solicita a ruptura entre a dicotomia das ações de saúde coletiva e das ações da atenção clínica individual, bem como entre as educacionais e assistenciais.

Embora rotulado inicialmente como um programa, a Estratégia Saúde da Família, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de proporcionar o enfrentamento e resolução dos problemas

identificados.²⁰

Contribuindo com o acima citado, tem-se que, na Portaria 648 do Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família é pontuada oficialmente de programa para estratégia, vislumbrando para tanto a reestruturação da atenção básica.²¹

Nessa perspectiva, deseja-se que a equipe do PSF dê respostas às necessidades de saúde por meio de ações como as indicadas e descritas a seguir:

- Planejamento de ações compreendidas como a capacidade para diagnóstico local, atentando-se para os aspectos positivos da comunidade e ao potencial das pessoas.

Segundo alguns autores,

trata-se de desencadear um processo de construção das Práticas de Vigilância da Saúde, com o uso de métodos/técnicas de planejamento que dêem suporte ao processo de identificação e priorização de problemas de grupos populacionais de territórios delimitados e a articulação de operações integradas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação destinadas ao enfrentamento contínuo de problemas selecionados.¹⁸

- Saúde, Promoção e Vigilância à saúde com enfoque na corresponsabilidade e na participação social. Cabe à equipe reconhecer os fatores que determinam a qualidade de vida das pessoas, promover a articulação intersetorial e a institucional local;
- Abordagem integral da família face ao reconhecimento dos indivíduos e de suas famílias, considerando o contexto sócio-econômico e cultural, com ética, compromisso e respeito.

Tem-se ainda que:

Saúde da Família, como estratégia de organização da atenção primária, deseja criar, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao seu habitat de forma contínua, personalizada e ativa, com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descuidar do curativo – reabilitador, com alta resolutividade, com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde.²²

- Trabalho interdisciplinar em equipe que favoreça a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, destacando os diversos

saberes e práticas que possibilitam cuidado mais integral e resolutivo. Assim, a equipe deve compreender este trabalho e reconhecer o limite específico das atribuições dos diferentes profissionais, socializar conhecimentos e informações, participar do processo de formação de profissionais com vistas a identificar os problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade.

A Estratégia Saúde da Família “pode ser considerada um novo modelo, sua prática ainda é nova e reproduz em muitos casos o paradigma biomédico”. Em vista disso, faz-se necessário discutir as práticas de saúde de seus distintos profissionais e a sua formação para subsidiar o enfrentamento do modelo biomédico posto historicamente.²³

Essa preocupação também é apontada quando analisamos o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, pois se considera sua contribuição na mudança de modelo. A biomedicina ainda tem sido, porém o principal campo de conhecimento, guardando para tanto a hegemonia do profissional médico em relação aos outros profissionais.²⁴

Dessa forma, o trabalho na Estratégia Saúde da Família em seu cotidiano é complexo e dinâmico, requerendo dos profissionais várias capacidades e várias práticas que promovam impacto na saúde da população. Para a modificação destas práticas, a Estratégia Saúde da Família coloca em sua agenda desafios aos profissionais de saúde apesar de propiciar consideravelmente a atuação da Enfermagem na lógica da necessidade de saúde dos usuários e não na racionalização do trabalho do profissional médico, centrada na comunidade e com ela, sugerindo a construção de vínculo entre enfermeiros, famílias e comunidade.^{25,26}

Esta estratégia também proporciona ao enfermeiro retornar à visão do indivíduo, sistemática e integralmente, considerando o seu contexto familiar e social, desenvolvendo ações de acordo com as reais necessidades locais, como de promoção, de proteção, de diagnóstico precoce, de rápida limitação do dano de recuperação da saúde e de reabilitação, devido ao estreito vínculo estabelecido entre os profissionais da equipe e a população, de forma humanizada e tecnicamente competente. “em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente”.²⁵

A inserção do enfermeiro na equipe pode reforçar a dimensão do cuidado e sua articulação às ações de tratamento e, por outro lado, ampliar o significado do próprio cuidado de enfermagem, já que o trabalho especializado do enfermeiro tem como finalidade, o cuidado de enfermagem e a criação e manutenção de condições adequadas para a execução deste cuidado.²⁶

Destaca-se, assim, que o enfermeiro apresenta uma importante contribuição na implementação dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como na Estratégia Saúde da Família, quando demonstra, por exemplo, sua adequada participação na educação em saúde, fato considerado como importante elemento do trabalho do enfermeiro em atenção básica.²⁷

Dando continuidade ao processo de trabalho do enfermeiro na atenção básica, observa-se que este profissional também desenvolve:

- Processo de trabalho gerencial, em que o enfermeiro toma como objetos os trabalhadores de enfermagem, e tem por finalidade a implementação de condições adequadas de trabalho e de cuidado de enfermagem. Além disso, pode contribuir com a gerência geral da equipe;
- Atividade de enfermagem em vigilância epidemiológica;
- Participação do enfermeiro no Conselho Comunitário de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde, bem como na identificação de formas de lideranças, serviços e órgãos na comunidade, estímulo à participação popular;
- Cadastramento das famílias;
- Trabalho assistencial, no cuidado individual, familiar e da comunidade, visando à atenção integral de enfermagem, destacando-se a consulta de enfermagem e a visita domiciliar;
- Avaliação estrutural da família;
- Educação em saúde;
- Realização de pré e pós-consulta,
- Supervisão e capacitação tanto de ACS como de auxiliares de enfermagem.¹

Uma questão bastante pontuada em relação ao processo de trabalho do enfermeiro em atenção básica é a de que este profissional vem assumindo cargos de gerente das Unidades Básicas de Saúde, atendendo ao intenso processo de mudança sofrido frente à reforma do setor saúde, já que estas unidades também vêm sendo convocadas a participarem deste processo de mudança.²⁸

Porém quando observado o papel do enfermeiro na ESF,

“este se contrasta com a indefinição existente em outros espaços de trabalho, marcado pelas diferentes atividades, a indefinição dos papéis, o desprestígio social e falta de autonomia. Esta estratégia incentiva uma maior integração dos profissionais, com ênfase no trabalho em equipe, amenizando a hierarquização existente entre as diferentes categorias, diminuindo os conflitos e os problemas surgidos no cotidiano de trabalho para que estes possam ser administrados mais adequadamente. Também a adoção da co-responsabilidade no programa tem representado uma maior valorização do enfermeiro.”²⁹

Observamos que, de acordo com a Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006, edição nº 61, de 29 de março de 2006³⁰, as atribuições do enfermeiro da ESF consistem em:

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF(Unidade Saúde da Família), e quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS (agentes comunitários de saúde) ;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- Contribuir e participar das atividades de Educação

Permanente do auxiliar de enfermagem, ACD (auxiliar de consultório dentário) e THD (técnico de higiene dentário), e

- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Assim sendo, observa-se a responsabilidade dos enfermeiros na assistência integral e contínua às famílias da população adstrita, em cada fase do ciclo da vida.

Para configurar uma outra prática de gerência de enfermagem faz-se necessário compreender que essa prática “é uma ação intencional voltada para a consecução de objetivos, a qual detém caráter articulador e integrativo, sendo determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde e fundamental para a efetivação de políticas sociais, em específico as da saúde”.³¹

Compreendendo a gerência enquanto uma prática social, necessita-se criar espaços coletivos para que os distintos profissionais que compõem a equipe de saúde possam refletir sobre o processo de trabalho, compartilhando poder nas decisões e práticas de cuidado.

Nessa perspectiva, uma prática de gerência compartilhada cujo objetivo é o cuidado integral, e se faz por meio dos espaços coletivos, entendendo-os como “espaços concretos (lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informação sobre os desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e à tomada de decisão (prioridades, projetos, contratos)”.³²

Considerando o exposto, a possibilidade de transformação das práticas de enfermagem na Estratégia Saúde da Família se torna possível quando se integram às ações de cuidado e gerência e ao trabalho da equipe interdisciplinar.

3.3 O Trabalho em Equipe

Nesta nova perspectiva de atenção, num modelo de trabalho interdisciplinar em equipe, favorecendo que a prática de um profissional se reconstrua na prática do outro, podemos também considerar que a

Estratégia Saúde da Família possibilita a integração e a organização das ações de saúde em território definido. A finalidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos.³³

Para se alcançarem os objetivos desta estratégia, é imprescindível o trabalho em equipe uma vez que proporciona a integralidade das ações em saúde, com a construção de um projeto comum assistencial, reconhecendo que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos, mas formam novo agrupamento diante de cada situação que se apresenta com todas as suas representações e vivências anteriores.³³

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para o enfrentamento do intenso processo de especialização na área da saúde e como elemento essencial para o desenvolvimento do trabalho na Saúde da Família. Acontece, porém, que a definição de equipe de saúde tem sido tomada em uma abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como um conjunto de atribuições, tarefas ou atividades.⁷

Apesar do exposto pelo Ministério da Saúde quando define as atribuições técnicas de cada membro da equipe; isso não é suficiente para a garantia do trabalho em equipe. Para o adequado processo de trabalho em equipe, não basta a contratação de diferentes profissionais de diferentes categorias. O trabalho em saúde implica a interação constante e intensa de um conjunto de trabalhadores para a realização da tarefa assistencial, do atendimento integral, da reconstrução dos modos de lidar com os saberes e disciplinas necessários para o atendimento em saúde.³⁴

Pode-se acrescentar, ainda, que o trabalho em equipe vai se constituindo, gestando-se no seu fazer de todo dia e precisa ser analisado, pois passa por movimentos de dificuldades, de paralisação, de satisfação, sendo também um processo de idas e vindas em diversas direções, por se tratar de relações entre pessoas e, conseqüentemente, de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, em que é possível identificar

processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar.²

Enquanto tipologia, o trabalho em equipe pode ser definido como equipe agrupamento e equipe integração e como se configura a relação dialética entre intervenção técnica e interações sociais entre os agentes.³⁵

O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família deve ser realizado por equipes multiprofissionais atuando em perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor solução conjunta e intervir de maneira adequada já que todos conhecem a problemática.³³

A interdisciplinaridade está, então, intimamente relacionada com a integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento. A multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais. O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária.³⁵

Quando se pensa em prestação de serviços de saúde, deve-se levar em consideração alguns aspectos como:

- o foco central não é o usuário isoladamente, mas sim a sua família ;
- a organização do cuidado à saúde deve estar sempre sustentada pelos determinantes bio-psico-sociais de saúde-doença da população assistida
- a assistência à saúde deve ter característica de trabalho coletivo, e complexo, e portanto, devem ser consideradas a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade.³⁵

É nessa relação de complementaridade e interdependência e, ao mesmo tempo, de autonomia relativa com um saber próprio, que se entende o trabalho dos distintos profissionais que atuam em Saúde da Família.³⁶

Na Estratégia Saúde da Família, o processo de trabalho em equipe é caracterizado pela divisão de responsabilidades em relação ao cuidado entre todos os membros da equipe, respeitando-se para tanto as especificidades de cada categoria profissional. Todos são convidados a participar, contribuindo assim com a qualidade da atenção à saúde. A concepção

integral do cuidado favorece a abordagem interdisciplinar nas práticas, em que a valorização das diferentes disciplinas contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado.³⁷

Nesse processo de trabalho em equipe, o enfermeiro compartilha o cuidado e favorece a abordagem interdisciplinar, reconstruindo seu saber e buscando fundamentos para o seu agir.

4. REFERENCIAL

TEÓRICO - METODOLÓGICO

4. REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO.

4.1 A Fenomenologia como vertente metodológica

Dentro das várias modalidades da pesquisa qualitativa, a opção por trabalhar com a fenomenologia deve-se à possibilidade de se estudar o fenômeno a partir da experiência vivida pelo sujeito.

Essa predileção à fenomenologia baseia-se na afirmação:

*“Se é com seres humanos que vamos lidar, então devemos buscar a essência e a natureza constitutiva desses seres humanos que se colocam diante de nós”.*³⁸

O ponto fundamental da fenomenologia está na **descrição** fenomenológica. A relevância da descrição não está na explicação ou na análise, mas sim como forma de ir-às-coisas-mesmas. Como primeiro momento da trajetória fenomenológica, a descrição envolve três elementos: a percepção, a consciência que se direciona ao mundo-vida e o sujeito-pessoa que se vê capaz de experienciar o corpo-vivido por meio da consciência. Pode ser obtida com uma leitura do texto da entrevista ou relato do princípio ao fim, sem pretender-se a qualquer interpretação do exposto.

Como segundo momento da trajetória metodológica tem-se a **redução** fenomenológica cujo objetivo é selecionar quais partes da descrição são essenciais e quais não o são, isto é, as partes da experiência que são partes verdadeiramente da consciência, diferentemente daquelas que são suposição. O propósito desta etapa é isolar o objeto da consciência, as coisas, as pessoas, as emoções, e para isso se utiliza a reflexão sobre as partes da experiência (também denominada de variação imaginativa), que parecem possuir significados cognitivos, afetivos e conativos, imaginando cada parte como presente ou ausente na experiência.

Por meio da análise do contexto e possíveis eliminações, o pesquisador está capacitado a reduzir a descrição daquelas partes que são essenciais para a existência da consciência da experiência.

Descrição difere de explicação, pois estes dois conceitos divergem fundamentalmente para a fenomenologia; visto que descrever um fenômeno fenomenologicamente implica selecionar uma área de inclusão e uma área de exclusão. A explicação está na área da exclusão. A fenomenologia

aborda inicialmente o campo da experiência pura, e procura eliminar a explicação ou explanação.³⁹

O pesquisador precisa concentrar-se criteriosamente até encontrar lugar na descrição e viver a situação imaginativamente em todos os pormenores.⁴⁰

A **compreensão** fenomenológica surge em conjunto com a interpretação da linguagem do sujeito. Este momento é uma tentativa de especificar o “significado” que é essencial na descrição e na redução como forma de investigação da experiência. É natural que o pesquisador volte a ler o texto tantas vezes julgue necessário, com o objetivo de discriminar “unidades de significado” que apontem para a experiência do sujeito, isto é, que apontam para a consciência que este tem do fenômeno.

Inicialmente devem ser percebidas discriminações espontâneas do sujeito. Posteriormente, o pesquisador transforma as expressões cotidianas do sujeito em expressões próprias de discursos que sustentam o que está se buscando (procurando elucidar os aspectos psicológicos em profundidade adequada ao acontecimento) e, finalmente, o pesquisador organiza uma síntese das unidades de significado, que resulta das análises dos vários sujeitos da pesquisa. É preciso integrar os *insights* (significa evidência e refere-se àquilo que se doa à consciência e é, no seu sentido mais elevado, um ato de razão) contidos nas unidades de significados em uma descrição consistente da estrutura situada do fenômeno.

Considera-se que quanto maior for o número de sujeitos, maior poderá ser a variação e, conseqüentemente, melhor a possibilidade de se ver aquilo que é essencial, embora este não seja o principal critério a ser observado, pois o que se busca nestas descrições são convergências, divergências e idiossincrasias.⁴¹

Na seqüência, temos que o pesquisador, que realizou a análise psicológica do individual, detendo-se à descrição de cada um dos sujeitos (também denominada análise ideográfica), realizará a análise nomotética (também denominada análise psicológica do geral), buscando as convergências e divergências presentes entre as diversas descrições.⁴²

A análise ideográfica refere-se ao emprego de ideogramas, ou seja, representação de idéias por meios de símbolos. Trata-se da análise da

ideologia das descrições ingênuas do sujeito. A origem do termo está em ideografia que se refere à representação de idéias por meio de símbolos gráficos.⁴⁰

O pesquisador deve partir de cada descrição individual ingênuas e procurar analisá-la psicologicamente, expressando o que encontra na forma que lhe parece mais reveladora do caso particular investigado.⁴⁰ Ao fazer isso, ele está isolando as unidades de significado para fazer a análise psicológica e, ao mesmo tempo em que descobre, atribui significado àquilo que está descobrindo e vendo. O *insight* psicológico é tanto uma descoberta, quanto uma criação.

A análise nomotética refere-se à generalidade e à passagem do individual para o geral. Parte-se da abordagem ideográfica ou estrutura psicológica individual para a estrutura psicológica geral e o que se objetiva é a compreensão das convergências e das divergências que se encontram nos casos individuais.⁴¹

Para chegar à compreensão do fenômeno, recorri à entrevista como forma de obter os depoimentos dos sujeitos que vivenciam a situação em questão “o enfermeiro da ESF”, visto que é através da linguagem que o ser se manifesta, que ele se torna presente. A fala remete o ser ao mundo e possibilita que o desvelado chegue à sua efetiva revelação.

Outros autores⁴⁰ contribuem quando colocam que : “a entrevista é a única possibilidade que se tem de obter dados relevantes sobre o mundo-vida do respondente. Ao entrevistar-se uma pessoa, o objetivo é conseguir descrição tão detalhada quanto possível das preocupações do entrevistado.

4.2 Trajetória metodológica do estudo.

4.2.1 Caracterizando a região do estudo.

A presente etapa tem por finalidade demonstrar o contexto em que estarão inseridos os sujeitos desta pesquisa.

O município de Marília foi fundado em 04/04/1929 e está situado no Centro Oeste Paulista, a uma distância de 376 Km, em linha reta, da capital do estado, e possui uma população de 224.094 habitantes (IBGE,2006).

Assim foi habilitada em junho de 1998 para atuar na forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde, segundo a NOB 01/96 e mantém parcerias na assistência à saúde com Entidades do município (Hospital Espírita de Marília, Hospital São Francisco de Assis, Maternidade Gota de Leite, APAE, Santa Casa de Misericórdia de Marília e mais recentemente com o Complexo Hospital de Clínicas de Marília), favorecendo a articulação com a atenção secundária e terciária, o que permite garantir um sistema de referência mais resolutivo para toda a rede de atenção básica.

Conforme consta no Plano Municipal de Saúde (2005-2008), constituem-se como desafios para os próximos anos a consolidação e implementação dos Serviços e Projetos implantados, tais como a Estratégia Saúde da Família, implantando as ações previstas no PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), assim como o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), a implantação, implementação e expansão da rede de Policlínica/Pa e a definição clara de uma Política Municipal de Assistência Farmacêutica, entre outros.

Um dos grandes objetivos traçados pela Secretaria no ano de 2003 e que orientou suas ações foi a qualificação da atenção prestada à população, por meio da Conversão do Modelo de Atenção para o Saúde da Família, com meta até dezembro 2007 (PROESP) e depois prorrogado pelo Ministério da Saúde, de cobertura de 70% da população pela Estratégia Saúde da Família, substituindo o Modelo de Atenção vigente, sendo que as Unidades de Saúde da Família (USFs) deverão constituir-se na porta de entrada do Sistema de Saúde local, possibilitando a reorganização dos demais níveis de atenção.

O modelo de Gestão da Rede Básica vem sendo reorganizado no sentido de numa transformação progressiva para o Modelo Saúde da Família.

O modelo de Atenção prioriza a Vigilância à Saúde, em que o processo de trabalho das equipes integra a Promoção, a Prevenção, a Recuperação e a Reabilitação. Leva em consideração a lógica coletiva em detrimento do enfoque clínico-individual com ação programática e enfoque

de risco e vulnerabilidade a partir do território de abrangência de cada UBS/USF.

É importante ressaltar que, no ano de 2005, houve uma diminuição no ritmo do processo de expansão do modelo de Atenção da Saúde da Família, devido a dificuldades no que tange ao custeio das equipes.

As Unidades de Saúde do Município de Marília, ao final do ano 2005, estavam constituídas da seguinte forma:

- 28 Unidades de Saúde da Família;
- 12 Unidades Básicas de Saúde (100% PACS)

A caracterização do município, no que tange à área da saúde, foi extraída do Relatório de Gestão 2005 da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. ⁴³

O mapa do Município com a localização dos serviços de saúde existentes ilustra a sua distribuição.



4.2.2 Delimitando a região do inquérito.

Para conduzir uma pesquisa fenomenológica é necessária a delimitação da região do inquérito alvo de averiguação do fenômeno. No presente, a região do inquérito em que o fenômeno foi inquirido constituiu os depoimentos de enfermeiras que experienciam a situação de membros de equipes de Saúde da Família e que, portanto, vivenciam tanto as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro na ESF, como também o desenvolvimento do trabalho em equipe na ESF.

Há na ESF no município de Marília 33 enfermeiras (28 enfermeiras fixas em USFs e 5 enfermeiras substitutas da ESF). Participaram do estudo 10 enfermeiras que, até o momento do estudo, ocupavam a posição de enfermeiras fixas em USFs.

O processo de escolha das enfermeiras levou em conta as diferenças nas características das 28 USFs, segundo sua disposição geográfica, considerando-se as diferenças sociais, econômicas e culturais das diferentes áreas destas USFs, bem como o tempo de inserção das enfermeiras nestas unidades, com o objetivo de compreender as diferenciações internas vivenciadas pelos profissionais nas realidades em que estão inseridas estas equipes.

É importante ressaltar que o município mantém parceria com a Faculdade de Medicina de Marília, onde os profissionais dessas Unidades de Saúde da Família desenvolvem atividades na disciplina de Unidade de Prática Profissional, junto aos cursos de Medicina e Enfermagem, na primeira, segunda e quarta séries.

4.2.3 Obtendo as descrições.

Na primeira etapa de obtenção das descrições, foram utilizados dois instrumentos de investigação distintos, aplicando-os em dois sujeitos da pesquisa, individualmente, obtendo desta forma duas diferentes alternativas de descrições das falas destes sujeitos.

Após a obtenção das descrições destas duas experiências, sempre com o objetivo de verificar se a questão estava inteligível e apropriada a

responder aos objetivos da pesquisa, pude observar que houve melhor compreensão e, conseqüentemente, a descrição mais adequada à nossa inquietação na segunda alternativa de roteiro de entrevista. Assim, optei por trabalhar com uma única questão, referente à segunda experiência, por ter permitido ao sujeito uma expressão mais livre e menos direcionada das idéias.

Para a autorização dos procedimentos realizei contato com os responsáveis pela Coordenação da Atenção Básica.

Em seguida, fiz contato com as enfermeiras das USFs já selecionadas previamente, verificando o interesse e a disponibilidade para a participação neste estudo, bem como a sugestão de horário e local, apropriados a cada enfermeira para a realização das entrevistas previamente agendadas. Expliquei nessa oportunidade o objetivo do estudo e o compromisso de apresentação genérica de dados.

Para a realização das entrevistas, foram respeitados os aspectos éticos por meio da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília e o termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado a todas as enfermeiras participantes do estudo, que o assinaram após esclarecimento do seu teor.

A obtenção das descrições foi realizada pela própria pesquisadora. As entrevistas foram áudio-gravadas, uma vez que houve autorização de todas as participantes.

Para nortear as descrições e a obtenção dos discursos desses sujeitos, foi lançada a seguinte questão:

- Qual a sua vivência enquanto enfermeira da ESF, em relação aos aspectos gerenciais, assistenciais e de relacionamentos?

Deixando-as falar livremente sobre o assunto, o papel da pesquisadora limitou-se a manter a entrevista voltada para a questão proposta, conduzindo um questionamento aberto e sem limite de tempo, realizando algumas intervenções relativas ao tema diante da necessidade de algum esclarecimento.

Dessa forma, foram coletados 10 depoimentos, a partir da questão proposta, nas datas explicitadas no quadro que segue, em que as

enfermeiras entrevistadas aparecem identificadas pela ordem cronológica dos depoimentos.

UNIDADE	DATA	DURAÇÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO	TEMPO NESTA USF	TEMPO NA ESF	LOCAL DE TRABALHO	PARCERIA COM A FACULDADE
DEP. 01	27/03/2007	13min.e 50 seg.	5 anos	5 meses	1 ano e 6 meses	USF	Não
DEP. 02	03/05/2007	18 min. e 59 seg.	3 anos	1 ano e 2 meses	3 anos	USF	Sim
DEP. 03	07/05/2007	18 min. e 44 seg.	13 anos	1 ano e 3 meses	9 anos	USF	Sim
DEP. 04	14/05/2007	14 min. e 30 seg.	5 anos	10 meses	3 anos	USF	Não
DEP. 05	21/05/2007	3 min. e 40 seg.	3 anos e 6 meses	1 semana	2 anos e 2 meses	USF	Não
DEP. 06	22/05/2007	8 min e 54 seg.	7 anos e 6 meses	5anos	7 anos	USF	Sim
DEP. 07	23/05/2007	7 min. e 30 seg.	8 anos	3 anos	4 anos	USF	Sim
DEP. 08	23/05/2007	12 min. e 40 seg.	9 anos	3 anos	7 anos	USF	Não
DEP. 09	24/05/2007	15 min. e 18 seg.	8 anos	2 anos	7 anos	USF	Sim
DEP.10	04/06/2007	13 min. e 10 seg.	4 anos	2 anos	2 anos	USF	Sim

4.2.4 Análise das descrições.

Iniciei a análise dos dados desde as entrevistas, procurando identificar a essencialidade do fenômeno estudado.

As entrevistas foram transcritas imediatamente após a sua realização, uma a uma, com o objetivo de se manter a fidedignidade da essência dos

depoimentos, como foram transmitidos pelos entrevistados. Os depoimentos, integralmente transcritos, constituíram a região de inquérito para o desvelamento da essência do fenômeno estudado. As entrevistas foram codificadas de 1 a 10, mantendo o sigilo do entrevistado.

Em seguida, realizei várias leituras das descrições, lentamente, com vistas a ter um sentido do todo, familiarizando-me com o texto que descreve a experiência vivida, para então procurar identificar nos depoimentos os aspectos predominantes, ou seja, as unidades de significado, realizando uma busca da compreensão individual e inicial da linguagem e do sentido, sem, contudo, interpretar, deixando emergir a interação do pesquisador e do pesquisado, sem estabelecer, ou deixar transparecer qualquer idéia pré-concebida da temática.

A análise do caráter individual foi realizada pela análise ideográfica, buscando a compreensão fenomenológica nos depoimentos.

Após leituras sucessivas, os depoimentos foram grifados e os grifos enumerados. Mediante o significado destas falas para a compreensão do fenômeno, procurei identificar a expressão do significado contido nas descrições dos entrevistados, para evidenciar as essencialidades sobre a vivência das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família. Trata-se daquelas expressões que se repetiram nas descrições, observações, comentários, características únicas, mas extremamente importantes para a apreensão mais abrangente do fenômeno. Posteriormente, foram sintetizadas e transcritas para um quadro analítico. Em seguida foi realizada uma síntese dos depoimentos, ainda na análise ideográfica.

Na etapa seguinte, busquei destacar os temas que emergiram nas sínteses das análises ideográficas, nos depoimentos individuais para contribuir para a análise do geral, considerando-se as convergências evidenciadas nos discursos, chegando às categorias temáticas que expressam a essência do fenômeno, por meio da análise nomotética.

5. CONSTRUÇÃO DOS **RESULTADOS**

5. CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Análise ideográfica

A análise ideográfica foi obtida dos depoimentos das enfermeiras de Unidades de Saúde da Família, que vivenciam o papel do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, como descrevo a seguir.

Após cuidadosas leituras das descrições dos depoimentos e levantamento das unidades de significado, com o objetivo de selecionar as falas que respondiam ao fenômeno em questão, estas unidades de significados foram transportadas para um quadro analítico composto por quatro colunas:

- 1º. Composta pelas falas originais dos sujeitos entrevistados, retiradas dos seus depoimentos, após terem sido codificadas;
- 2º. Corresponde às elucidações, de falas ou palavras contidas nos depoimentos, de acordo com o seu significado bibliográfico ou conforme a minha compreensão;
- 3º. Corresponde à linguagem do pesquisador. Nelas a linguagem do sujeito é transformada em linguagem do pesquisador por meio de redução fenomenológica, após a compreensão do significado.
- 4º. É composta pelas unidades de significado, transformadas com enfoque no fenômeno. Nela foram agrupadas algumas compreensões da terceira coluna, ou seja, foi realizada uma nova redução, o que possibilitou a junção de temas em comum.

Como próxima etapa, procurei realizar uma síntese dos depoimentos, partindo da quarta coluna do quadro analítico em que cada unidade de significado é transformada com enfoque no fenômeno.

Em seguida, são apresentadas as sínteses das análises ideográficas. Os depoimentos na íntegra, bem como os seus respectivos quadros analíticos constam em anexo.

O quadro analítico citado, composto por quatro colunas foi elaborado a partir do trabalho proposto por SADALA.⁴⁴

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 01

O enfermeiro fixo da USF exerce mais a função gerencial do que o enfermeiro substituto do programa, pois esta atividade é bastante complexa e, com pouco tempo na unidade, não se adquire experiência suficiente, visto que com a prática é que se consegue aprender a lidar com questões gerenciais.

Embora a proposta da ESF seja a gerência compartilhada, na prática observa-se que é o enfermeiro quem assume tal atividade, referenciado pelos membros da equipe por ter maior familiaridade e experiência no processamento de problemas, ou até mesmo pela resistência dos profissionais não enfermeiros em assumir as atividades gerenciais ou burocráticas.

Neste contexto, o enfermeiro tem procurado envolver os outros membros da equipe na resolução dos problemas, quer seja devolvendo atividades não resolvidas e que não estavam sob sua responsabilidade, ou levando-os à reunião de equipe. Quando não é possível, procura discuti-los na própria rotina de trabalho, entre a equipe de referência, para evitar centralizar as decisões, embora se reconheça que, às vezes, o enfermeiro adota uma postura centralizadora.

Este processo de compartilhamento da gerência/burocracia não acontece naturalmente. É preciso que a equipe passe por um processo de transformação e conscientização, apesar de já ser possível observar que a equipe consegue compartilhar cerca de 50% das atividades, cabendo ao enfermeiro a resolução do restante.

Existe um esforço da equipe para diminuir a demanda espontânea e mudar o modelo de atenção, o que não acontece em curto prazo. Enquanto isso, observa-se que o trabalho programático da equipe fica prejudicado, ou seja, mais voltado ao atendimento da demanda espontânea, perdendo-se o ideário da ESF. Acredita-se que este problema não seja só deste município, mais sim geral, a nível nacional.

Este fato é atribuído à concepção curativa da população, que desconhece que a ESF veio com uma nova proposta de trabalho, mais

voltado para a promoção da saúde, trabalhando com grupos e com a participação da comunidade.

Os profissionais procuram compartilhar todas as decisões em equipe, assim como a questão de relacionamentos, seja na própria rotina de trabalho ou nas reuniões de equipe, por considerarem que um bom relacionamento é a base para um bom trabalho, apesar de as situações de conflitos serem inevitáveis, considerando-se a diferença de personalidade de seus membros. O enfermeiro, pelo fato de ser especialista em psiquiatria, considera ter maior facilidade em lidar com a dimensão relacional do trabalho, apesar de a equipe de referência procurar fazer a mediação dos conflitos dos outros membros da equipe. Este grupo, porém, consegue resolver melhor seu conflito do que a própria equipe de referência.

Finalizando, é preciso que a equipe de referência esteja coesa em suas decisões, fazendo as mediações de seus próprios problemas, e procurando superar as dificuldades de relacionamento entre os seus membros devidas à diferença de personalidade.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 02

O enfermeiro considera que a experiência em ser residente na ESF é bastante diferente da vivência de ser enfermeiro fixo da estratégia; porém, mesmo assim, direciona sua vida profissional neste sentido, pois declara seu amor e sua identificação com este programa, apesar de se cobrar muito e acabar sobrecarregando. Às vezes fica triste por não poder fazer tudo o que gostaria por sua equipe. Diz que vivenciam juntos todos os problemas e os ama demais, considerando que este seja um sentimento comum a todos os enfermeiros.

Os profissionais da ESF encontram muitas dificuldades em colocar em prática os princípios da própria estratégia, do SUS, e da SMHS.

Atribui-se ao acima exposto, a falta de respaldo da SMHS à equipe e ao próprio enfermeiro, pois teoricamente a SMHS propõe que a gerência deva ser compartilhada pela equipe de referência. Na prática, porém, isso não ocorre, e isso não é consenso dentro da própria SMHS. O enfermeiro

consegue identificar vários conflitos em decorrência da falta desse respaldo que ocasiona um acúmulo de funções ao enfermeiro que nem sempre consegue desempenhá-las corretamente além de acabar desenvolvendo ações de outras categorias profissionais. Sobrecarrega-se de atividades, o que lhe gera descontentamento e insegurança porque não consegue desenvolver as suas funções, nem planejar as suas ações e nem aplicar a sistematização da assistência de enfermagem.

Deve-se considerar também o fato de que o médico e o dentista apresentam muitas dificuldades em relação ao gerenciamento, e sentem a necessidade de educação permanente. Eles acabam direcionando os conflitos ao enfermeiro que, por sua vez é inseguro quanto ao respaldo que a SMHS oferece na resolução de tais conflitos. Assim como todos os outros membros da equipe, há entre eles um sentimento de insegurança para seguirem os princípios do SUS, de equidade e integralidade, pois se o paciente tem alguma influência em alguns setores da secretaria, ele consegue, por exemplo, um agendamento de especialidade mais facilmente. Apesar de a equipe reconhecer as dificuldades políticas que a SMHS enfrenta refere necessitarem de atenção já que estão expostos na porta de entrada da atenção básica.

Também a equipe sente falta de planejamento nas questões relativas a relacionamentos, devido à má utilização do tempo de trabalho. Isso tudo é muito delicado, e acaba também direcionado ao enfermeiro para resolução. Este, apesar de ter um residente para sua cobertura, não consegue desempenhá-lo integralmente.

A baixa remuneração também é um fator desestimulante ao enfermeiro que desenvolve diversas atividades e não é bem gratificado e nem reconhecido. Considera que a sua atividade junto à faculdade a afasta de suas atividades na USF, porém, além de ser uma ótima experiência é, também e principalmente, uma forma de complementação salarial.

O período em que os enfermeiros não estão desenvolvendo atividades com os alunos na faculdade, e estão nas unidades, desenvolvem ações mais voltadas para as demandas emergenciais. Entre as atividades práticas, os enfermeiros na ESF, fazem consultas de enfermagem agendadas,

atendimento à demanda espontânea no período da manhã (em conjunto com o médico), atendimento em grupos, visita domiciliar, reunião de equipe, supervisão com as auxiliares de enfermagem e com os agentes comunitários de saúde, além de colaborar com as auxiliares de enfermagem quando necessário, nos afazeres técnicos de enfermagem. Consegue identificar a capacidade que os enfermeiros tem de serem mais resolutivos na sua prática.

Uma fragilidade identificada pelo enfermeiro é de que a equipe não realiza habitualmente avaliação de suas atividades.

A equipe de referência reúne-se semanalmente para discussão da pauta da reunião de equipe e compartilhamento das atividades, porém é preciso que o médico e o dentista mostrem-se abertos a esta proposta e que a SMHS mantenha uma supervisão regular deste processo de gestão colegiada, considerando-se as dificuldades que o médico e o dentista apresentam em trabalhar em equipe, fazer supervisão dos agentes comunitários, alimentar o sistema de informação, e suportar a constante cobrança crítica da população, que não entende este processo, assim como os princípios do SUS e não aceitam a ESF. Como este é um processo de educação da população, é preciso maior apoio da SMHS.

Ainda parte do enfermeiro a proposta para que o médico e o dentista procurem organizar-se em relação às questões gerenciais, como, por exemplo, no caso da organização da pauta da reunião de equipe durante a semana, retirando-a da rotina de trabalho da semana para que não fique apenas centrada no enfermeiro. O enfermeiro considera que, no processo de compartilhamento da gerência, é fundamental a reunião semanal da equipe de referência, para que esta esteja coesa para exercer as questões gerenciais e não ocorram discordâncias entre os seus membros, pois a base de toda a equipe é a equipe de referência.

Apesar de algumas mudanças partirem como proposta do enfermeiro, observa-se que o médico e o dentista ainda apresentam dificuldades em aceitar este processo. Não se trata de má vontade deles, de não quererem compartilhar as ações, mas sim dificuldade, e já verbalizaram ao enfermeiro que precisam de ajuda. Conseguem perceber que o enfermeiro fica

sobrecarregado, porém mesmo assim, o enfermeiro tem procurado estimular, por exemplo, o dentista a fazer supervisão com os ACS.

Devido ao grande número de demanda espontânea de pacientes, os profissionais da equipe deixam de fazer o trabalho de prevenção de doenças, de fazer grupos, ou seja, de seguir os princípios da ESF. Falta planejamento e sobram dificuldades para identificar o real papel do enfermeiro na ESF.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 03

A gestão colegiada, com o compartilhamento das atividades e das questões gerenciais pela equipe de referência, ainda é fragilizada, pois o médico e o dentista acabam por deixar algumas atividades, que estão sob sua responsabilidade, para o enfermeiro resolver, não intencionalmente, mas por imaturidade, ou por falta de envolvimento, e também por o enfermeiro ser considerado o gerente da unidade. E para que a equipe de referência se organize, inicialmente o enfermeiro propôs a elaboração de uma escala de participação nas diversas atividades gerenciais/administrativas e também se reúne com os profissionais uma vez por semana para que as decisões sejam compartilhadas.

No aspecto assistencial, o enfermeiro realiza consultas de enfermagem agendadas a pacientes com doenças crônicas não degenerativas, conforme protocolo e à puericultura, gestantes, crianças, idosos, visita domiciliar a acamados, bem como realiza o acolhimento à demanda espontânea pela manhã, também participa de atividades de grupo, compartilhando a responsabilidade dos mesmos com os agentes comunitários de saúde e as auxiliares de enfermagem. Estes atendimentos são muito bem aceitos pelos pacientes, devido ao bom vínculo entre este profissional e a população.

O enfermeiro é o responsável técnico pelos auxiliares de enfermagem e pelos ACS.

Todos os membros da equipe apresentam um adequado relacionamento, apesar de esse aspecto ter sido fragmentado recentemente,

devido à contratação de alguns profissionais novos nesta equipe. A equipe de referência, porém, procura criar estratégias para a inserção destes na equipe.

O enfermeiro também é facilitador junto aos alunos da Faculdade de Medicina de Marília, e é responsável por residentes e aprimorandos de enfermagem.

Este profissional sente falta do apoio da SMHS nas questões gerenciais e do trabalho em equipe. Também considera que os próprios membros da equipe têm dificuldades para entenderem esta nova concepção de atenção à saúde e do trabalho em equipe, devido ao fato de serem da própria comunidade.

A equipe de referência faz busca literária para o embasamento teórico para poder trabalhar com o restante da equipe e com a comunidade, por considerar que a prática não é possível sem o embasamento teórico.

É preciso, no entanto, que todas as mudanças propostas pela equipe de referência façam significado para todos os membros da equipe.

A equipe procura desenvolver parcerias para o adequado processo de trabalho, pois entende que não consegue trabalhar isoladamente.

Os pacientes e alguns membros da equipe ainda têm a concepção de que alguém na equipe tem que mandar e consideram que a enfermeira é a chefe da unidade, não conseguindo identificar que os outros membros da equipe também podem resolver algumas questões. Este fato é atestado historicamente, pois no modelo de atenção das Unidades Básicas de Saúde, sempre existiu gerente ou chefe da unidade e a questão assistencial do enfermeiro sempre foi muito distante da prática deste profissional. Isso é observado quando da implantação da ESF, pela resistência à aceitação da consulta de enfermagem e ao papel do enfermeiro.

Estas questões são trabalhadas gradativamente, principalmente na equipe, e sua concepção vai se modificando.

O enfermeiro destaca que, durante a sua graduação, teve um enfoque assistencial, não tendo muita aproximação com as questões gerenciais. Era tempo em que o enfermeiro é quem resolvia todos os conflitos.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 04

As ações do enfermeiro na ESF são bastante variadas. Além dos atendimentos individuais, estendem-se a diversas atividades. Assim, ele acaba assumindo as funções de outros membros da equipe, apesar de procurar desenvolver suas ações da forma como aprendeu na graduação, respeitando as especificidades de cada membro da equipe.

Ao iniciar na ESF, o enfermeiro percebe que necessita instrumentalizar-se teoricamente para suas funções já que a prática difere da vivência na graduação.

Neste contexto, a equipe de referência procura compartilhar as atividades e, apesar das dificuldades, procura desenvolver um trabalho em equipe, estimulando uma adequada comunicação entre os seus membros, pois tem claro o papel de cada membro da equipe. Esta equipe de referência discute as questões referentes ao do processo de trabalho em reunião específica com o grupo, procurando manter uma opinião homogênea para coordenar melhor a equipe e não deixar transparecer fragilidade. Acima de tudo, procurar manter um relacionamento respeitoso entre os membros da equipe.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 05

O enfermeiro da ESF desenvolve suas atividades nos aspectos gerenciais, assistenciais e de relacionamentos. As atividades gerenciais são voltadas à organização do processo de trabalho, e as assistenciais, aos atendimentos individuais programáticos, espontâneos e em grupos, e as atividades de relacionamentos, em geral, são voltadas também ao enfermeiro, que é quem faz a mediação entre os membros da equipe. Em relação aos atendimentos individuais, o enfermeiro também atende à demanda espontânea, compartilhando alguns casos com o médico. Esta atividade porém, direciona o enfermeiro para a atenção ao modelo curativo, diferentemente do que é preconizado na ESF, ou seja, um modelo de atenção voltado à prevenção e promoção à saúde. Ainda em relação ao atendimento à demanda espontânea, como este, às vezes, foge à

competência do enfermeiro, as funções do médico e do enfermeiro confundem-se. Isso gera conflito e insegurança ao enfermeiro. Em relação à mediação dos relacionamentos, o enfermeiro acaba identificando-se com este aspecto, pois tem maior enfoque na graduação.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 06

Tradicionalmente nesta equipe, o processo de trabalho gerencial sempre foi direcionado ao enfermeiro que, após a própria equipe de referência ter tido esta percepção, solicitou o apoio da equipe gestora para iniciar uma mudança neste processo, visto que as questões gerenciais devem ser direcionadas à equipe de referência, ou seja, conseguir a implantação da gestão colegiada. Este é um processo novo tanto para o médico como para o dentista e para o próprio enfermeiro. Em função disso, estes então necessitam instrumentalizar-se, com referencial teórico e troca de experiências com outras equipes de Estratégia Saúde da Família, em relação a este tema e para a sua efetiva implantação.

A implantação da gestão colegiada tem apresentado algumas dificuldades, apesar de já ser possível observar progressos. O que facilitou sua implantação foi a construção de um cronograma com prazos a serem cumpridos.

A equipe de referência tem muita esperança de que a gestão colegiada seja implantada adequadamente para que as questões gerenciais não fiquem direcionadas apenas ao enfermeiro, pois sendo assim, há uma sobrecarga desse profissional, que não consegue planejar adequadamente suas ações, seja no aspecto gerencial como assistencial.

A equipe de referência tem-se disposto ao máximo para o sucesso na implantação da gestão colegiada, e o médico e o dentista têm-se mostrado bastante abertos na aceitação da implantação, tendo como proposta a avaliação deste projeto aos seis meses após a sua implantação.

No processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, há o atendimento a pacientes agendados de programas. Nesse caso, utiliza protocolos para o direcionamento de suas consultas, e

eventualmente auxilia o médico no atendimento à demanda espontânea. Sente-se, porém, inseguro neste atendimento, e considera que o paciente sente-se constrangido em ser atendido pelo enfermeiro, que coleta a anamnese e faz o exame físico, recebe a conduta do médico, e também por considerar que este não seja seu papel.

Quanto às questões de relacionamentos, o enfermeiro considera-as como um ponto crítico, apesar da melhora nos relacionamentos interpessoais de toda a equipe, após a participação do médico e do dentista nas questões gerenciais. Quando as decisões eram centralizadas no enfermeiro, a equipe o via com maus olhos, uma vez que o médico e o dentista não compreendiam os conflitos e eram induzidos pelo restante da equipe, causando transtornos de relacionamentos. Esta equipe sempre tentou resolver seus conflitos, para que os mesmos não se prolongassem.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 07

A equipe de referência da Estratégia Saúde da Família compartilha as questões gerenciais e as resoluções dos seus problemas, não estando estes direcionados apenas ao enfermeiro, diferentemente, por exemplo, do enfermeiro de Unidade Básica de Saúde, que resolve todos os problemas sozinho, sem compartilhá-los com outros membros da equipe.

Esta equipe realiza semanalmente uma reunião com todos os seus membros, com o objetivo de discussão de processo de trabalho, levantamento das necessidades da própria equipe, e resolução de casos de relacionamentos.

A equipe de referência divide as questões gerenciais e burocráticas, e divide também a supervisão das reuniões com os agentes comunitários de saúde, as quais acontecem semanalmente, apesar das dificuldades deste grupo.

Há ainda a reunião entre a equipe de referência, que acontece antes da reunião de equipe e que tem como objetivo o compartilhamento das questões gerenciais, a manutenção de uma fala homogênea de seus membros para que esta consiga passar confiança para o restante. Isso

contribui para que haja um adequado relacionamento entre seus membros.

A equipe de referência, no aspecto assistencial, divide o atendimento a grupos programáticos, atendendo por meio de protocolos e discussão dos casos em conjunto.

As questões de relacionamento são consideradas complicadas, e são abrangentes a todos os membros da equipe.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 08

Os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família já passaram por alguns momentos de transição, pois, quando se iniciaram profissionalmente, depararam-se com uma realidade diferente da vivenciada anteriormente, considerando-se que muitas eram recém-formadas e não tiveram este enfoque na graduação.

Neste contexto, os enfermeiros têm procurado modificar o conceito de que é o enfermeiro o responsável pela gerência da Unidade Saúde da Família, já que esta é uma concepção cultural tanto entre a população como para o nível central, bem como para os próprios membros da equipe, já que ainda se observa uma sobrecarga gerencial para este profissional, mesmo com a implantação da equipe de referência para o compartilhamento das questões gerenciais.

O enfermeiro considera que, entre todas as funções preconizadas a este profissional pela Estratégia Saúde da Família, a responsabilidade pelo agente comunitário de saúde implica uma contradição ao proposto para a gerência compartilhada entre a equipe de referência, pois julga que esta responsabilidade também deve ser compartilhada entre o médico e o dentista.

O enfermeiro afirma ainda a necessidade de esta categoria profissional planejar suas ações para que se tenha clareza do papel do enfermeiro. No entanto, tem conseguido desempenhar suas atividades tanto nos aspectos gerenciais, assistenciais como nos de relacionamentos, apesar de haver um predomínio de ações assistenciais, voltadas mais especificamente à cuidados básicos, devido à reduzida equipe de

enfermagem.

A equipe também tem conseguido trabalhar as questões gerenciais, assistenciais e de relacionamentos, norteadas por planejamento em equipe e voltadas para a comunidade, considerando-se, principalmente, que as questões gerenciais e assistenciais estão interligadas. A equipe deve, todavia, ter clareza de que estas questões devem ser direcionadas também a outros membros da equipe.

O enfermeiro cita a importância da parceria ensino-serviço, estabelecida entre as unidades de saúde e a faculdade, uma vez que a inserção dos alunos no serviço é considerada bastante produtiva, quer para os estudantes, quer para a comunidade.

Apesar de já terem existido conflitos no processo de trabalho da equipe, bem como no aspecto de relacionamentos, atualmente estes conflitos estão superados e os profissionais estão conseguindo desenvolver um adequado trabalho em equipe, que se reflete na comunidade. Esta, por sua vez, passa a respeitar mais a equipe.

O enfermeiro finaliza demonstrando preocupação com a situação atual e futura da estratégia Saúde da família, devido a comentários de que se trata de uma estratégia limitada e fragilizada.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 09

Este enfermeiro, no aspecto assistencial, trabalha com pacientes agendados. Neste momento, devido a problemas que teve com o atendimento à demanda espontânea, houve um paciente que fez uma denúncia no COREN, por não concordar com o acolhimento proposto na unidade. Relata que os enfermeiros não têm protocolo para o atendimento da demanda espontânea, e que a equipe gestora da atenção básica no município acaba de elaborar e enviar às unidades um comunicado interno falando sobre o papel do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.

Ainda no aspecto assistencial, o enfermeiro organiza grupos, também classificados como consultas coletivas, com o auxílio de alunos da Unidade de Prática Profissional-2, voltados a pacientes hipertensos e diabéticos, e

considera que todos os enfermeiros da estratégia saúde da família, também o façam. São realizados também grupos nas escolas, com abordagem sobre a educação sexual a adolescentes.

As visitas domiciliares às famílias são realizadas em conjunto entre a equipe de referência e o agente comunitário responsável pela microárea.

A equipe de referência, nas questões de relacionamentos, consegue identificar os diferentes papéis dos membros da equipe. Consegue compartilhar saberes, dificuldades e gerência no processo de trabalho, em que todas as decisões envolvendo a equipe são pactuadas anteriormente entre a equipe de referência, apesar de o enfermeiro apresentar melhor condução dos conflitos.

O enfermeiro considera que esta categoria profissional tem um enfoque maior no aspecto gerencial durante a graduação. Tem procurado compartilhar, por exemplo, a coordenação da reunião de equipe, com os outros membros da equipe. Não tem a intenção de determinar sozinho, o andamento das atividades da equipe e reconhece que, em algumas situações, necessita abdicar de suas idéias em detrimento às da equipe. Afirma, ainda, a dificuldade de o médico, por exemplo, trabalhar os problemas pessoais na equipe, já que tem dificuldade em conversar com os outros membros da equipe e acaba o enfermeiro gerindo os problemas pessoais.

A equipe sempre procurou trabalhar com a lógica da educação permanente, até mesmo antes de os agentes comunitários de saúde terem feito o CEFOR. Não havia, porém, o hábito de avaliarem suas ações e este aspecto está iniciando-se agora.

Um outro aspecto apresentado pelo enfermeiro é a dificuldade de trabalhar com os dados do sistema de informação, embora os tenha trabalhado durante a reunião semanal que realiza com os agentes comunitários. Este grupo tem sistematizado que todo o conteúdo desta reunião deva ser compartilhado em reunião de equipe.

O enfermeiro afirma também a necessidade e importância das parcerias, apesar da dificuldade em estabelecê-las, devido à escassez de entidades nesta área.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA – DEPOIMENTO 10

A equipe encontra-se em processo de transição para o desenvolvimento das questões gerenciais, pois, desde sua implantação, elas sempre estiveram centralizadas no enfermeiro. Depois de alguns anos de experiência, o enfermeiro consegue perceber melhor os problemas e necessita do trabalho em equipe, já que não consegue desenvolver todas as atividades isoladamente. Para isso está propondo uma transformação na unidade, trazendo o médico e o dentista para compartilharem as questões gerenciais.

Este enfermeiro tem feito escalas de divisão da coordenação da reunião de equipe entre todos os seus membros, que compartilham a resolução de problemas. Também a equipe de referência faz um rodízio da reunião com os agentes comunitários, das auxiliares de enfermagem, da auxiliar de serviços gerais, e até mesmo da auxiliar de consultório dentário, utilizando, nestas reuniões, a metodologia da educação permanente para o levantamento das necessidades destes grupos. O enfermeiro destaca, por exemplo, uma melhora significativa no relacionamento entre enfermeiro - auxiliar de enfermagem, após o início destas reuniões.

O profissional enfermeiro considera que o gerenciamento da unidade ficou mais facilitado, depois que a equipe de referência passou a se reunir, sistemática e semanalmente antes das reuniões de equipe, visto que, com isso, ficou perceptível que esta equipe de referência está coesa para o adequado gerenciamento do restante da equipe. O enfermeiro identifica a necessidade de que este profissional tenha o apoio do dentista e do médico para o desenvolvimento do trabalho em equipe e, conseqüentemente, para a melhoria no atendimento à população.

No aspecto assistencial, afirma ter o apoio de todos os membros da equipe; relata realizar consulta de enfermagem, utilizando-se sempre da sistematização da assistência de enfermagem a gestantes, crianças, entre outros, bem como o atendimento à demanda espontânea, e destaca também ter o respaldo médico, como complementaridade em seus atendimentos de enfermagem.

Nesta equipe, cada membro é responsável por um grupo na unidade. Realiza-se sempre a integração entre seus grupos pelos quais o enfermeiro faz a supervisão dos grupos que os agentes comunitários são responsáveis.

Esta equipe também percebeu que suas ações estavam mais direcionadas para o atendimento às demandas espontâneas em detrimento das ações de prevenção e promoção. Na tentativa de reverter este processo, propôs algumas estratégias como a formação de grupos destas pessoas que procuravam o acolhimento, com muita frequência; orientação em sala de espera e em reunião de comunidade.

No aspecto de relacionamentos, também há predomínio de certa centralização ao enfermeiro, assim como aspectos gerenciais e assistenciais. A equipe tem procurado, no entanto, resolver as questões de relacionamento de forma colegiada entre a equipe de referência, sem que esta fique direcionada apenas ao enfermeiro.

A equipe de referência tem procurado integrar as ações de gerenciamento, assistência e de relacionamentos bem como o envolvimento de toda a equipe e, como consequência, a população tem conseguido perceber o adequado relacionamento nesta equipe.

Também foi citada a presença do aluno da Unidade de Prática Profissional da Faculdade de Medicina de Marília, que, se por um lado prejudica um pouco o andamento da unidade devido à ausência do profissional quando da atividade com estudantes, apesar de ter sido preconizado no município suporte a este profissional nesta ausência, por outro lado, a equipe avalia positivamente a presença dos estudantes, em relação à influência na organização do processo de trabalho.

5.2 Análise Nomotética

Esta análise inicia-se a partir da identificação de temas convergentes nos depoimentos que compõem a descrição do fenômeno, buscando evidenciar as essencialidades sobre a vivência das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família, ou seja, aspectos que se repetem nas descrições gerais, características únicas, mas importantes para as apreensões da essência do

fenômeno. Ao contrário da análise ideográfica, que visa à identificação individual das descrições, aqui a análise nomotética busca identificar o enfoque geral do fenômeno. Para tanto, identificam-se as convergências que emergem nas sínteses das análises ideográficas, nos depoimentos individuais, e que, evidenciadas nos discursos, contribuem, para a análise do geral.

Assim, chega-se às temáticas que apresento a seguir. A partir desses temas, realizei ainda uma nova redução fenomenológica, chegando às convergências mais abrangentes ou categorias, que representam a junção de vários temas em comum.

De toda a análise efetuada, foi possível a construção de categorias temáticas que expressam a essência da vivência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família.

CATEGORIAS

**PRIMEIRA CATEGORIA:
FUNÇÕES DO ENFERMEIRO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TEMÁTICAS:

- 1- Atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família,**
- 2- Dificuldades vivenciadas pelo Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.**

**SEGUNDA CATEGORIA:
O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TEMÁTICAS:

- 1- O compartilhar em equipe,**
- 2- Dificuldades do processo de trabalho em equipe.**

**TERCEIRA CATEGORIA:
A GERÊNCIA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TEMÁTICAS:

- 1- A co-gestão, a equipe de referência, no desenvolvimento do processo de trabalho em equipe,**
- 2- A gerência e o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.**

CATEGORIA 1

FUNÇÕES DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

TEMÁTICAS:

1- Atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família;

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família são bastante variadas, envolvendo aspectos gerenciais, assistenciais e de relacionamentos. Procuram desenvolver estas atividades embasados no conteúdo apreendido durante o período de graduação em enfermagem, sempre respeitando as especificidades de todos os outros profissionais envolvidos neste processo de trabalho, declarando o grande apreço pela Estratégia Saúde da Família e pela sua equipe.

E2/71 “acho que é um amor muito grande que eu tenho pelo que eu faço”

E4/1 “eu costumo assim, vamos dizer assim, não deixar a peteca cair (riu). Então eu procuro tá desenvolvendo o meu trabalho como enfermeira, como eu conheci ser enfermeira”

E4/2 “É trabalhar em todas os setores, é cuidar de tudo um pouco.

Não assim, aí.....Tudo é meu! Tudo eu faço! Tudo eu assumo!, não que a gente não tenha este papel, mais assim....., respeitando a direção de cada profissional da equipe”

E5/1 “ nos aspectos gerenciais, né, assistenciais e de relacionamentos, é tudo um pouco”

E8/18 “Porque a gente consegue trabalhar a questão gerência, da assistência e do relacionamento, equipe-comunidade, enfermeiro e família”

Pudemos detectar tal realidade em outro estudo em que se evidencia que os enfermeiros desenvolvem atividades desde a supervisão da limpeza da unidade, até a capacitação dos funcionários, sendo classificadas as atividades do enfermeiro como múltiplas funções.⁴⁵

As ações dos enfermeiros estão embasadas em alguns documentos legais, conforme segue:

O Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, COREN, em seu artigo 8º referencia as atribuições do enfermeiro:⁴⁶

I – Privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e) consulta de Enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante de equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrições de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;

- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- k) execução e assistência obstétrica em situações de emergência e execução de parto sem distocia;
- l) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- m) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- n) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- o) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- p) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- q) participação em bancas examinadoras em matérias específicas de enfermagem nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Há observações que referem que atualmente os enfermeiros desenvolvem suas ações em dois campos essenciais na ESF: na própria unidade de saúde e na comunidade, e é presença obrigatória para a composição da equipe mínima na ESF. Desenvolve ações como educador, prestador de cuidados, consultor, “auscultador” dos problemas da comunidade, articulador, integrador, planejador, político, entre outros.⁴⁷

Sendo assim, façamos uma releitura:

Segundo a normativa do Ministério da Saúde, as atribuições para o enfermeiro na ESF são:³⁰

- I. realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância; adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II. conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III. planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV. supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V. contribuir com as atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD e participando delas, e
- VI. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Na prática, o que se observa é o trabalho do enfermeiro na ESF estabelecer-se na reformulação e integração de ações com os outros profissionais da equipe. Isso acontece por meio da articulação técnica e interação destes profissionais; fazendo-se necessária a análise do enfermeiro na forma como realiza o cuidado, para a adequada compreensão da especificidade de seu trabalho na ESF.²⁶

Pelos depoimentos, observa-se que os enfermeiros, apesar das dificuldades referidas acerca do seu processo de trabalho, exercem sua atividade com satisfação. Sabemos que articuladas às especificidades do trabalho na ESF, existem ainda questões mercadológicas e de oportunidades de trabalho que interferem na inserção dos profissionais.

Enfermeiros afirmam, em estudo relacionado à escolha profissional, que, apesar de a enfermagem não ter sido a escolha profissional inicial, ainda continuam exercendo a profissão devido ao “gostar” da enfermagem. Também destacam que a questão vocacional se estabelece como atração pela profissão, relacionada diretamente com o “cuidar do outro”, “ajudar as pessoas”. Ressaltam, porém, que, apesar deste aspecto vocacional, a atração do enfermeiro pela ESF tem como motivação principal a questão salarial, pois tem sido a melhor oportunidade para o enfermeiro no mercado de trabalho.²⁹

Segundo os relatos dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família neste estudo, no que se refere ao aspecto assistencial, eles têm o apoio da equipe. Realizam consultas de enfermagem, utilizando-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Dentre estas consultas de enfermagem são citadas as consultas a pacientes agendados como puericultura, gestantes, crianças, idosos, bem como a pacientes com doenças crônicas não degenerativas, utilizando para estas consultas os protocolos existentes. Também são classificados esses atendimentos como individuais ou coletivos (grupos).

Atualmente são sinalizadas grandes modificações nas estruturas organizacionais e no papel do enfermeiro advindos essencialmente da evolução científica e tecnológica, num processo acelerado de globalização da economia no mundo. Estes avanços têm exigido dos enfermeiros um conhecimento técnico cada vez mais aprimorado⁴⁸. Em vista disso, observam-se grandes avanços conquistados pelos enfermeiros no que tange à legalização profissional, tornando possível que este profissional apresente-se cada vez mais autônomo e independente em seu trabalho.

Conforme dispõe a Resolução COFEN – 159/1993 – em seu artigo 1º em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem.⁴⁹

Também se apresenta como fundamental importância no exercício profissional do enfermeiro a Resolução COFEN 272/2002, que dispõe sobre a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho

adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde, pelo enfermeiro, reconhecendo que a SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da assistência de Enfermagem. No seu artigo 2º, dispõe que esta deve ser implementada em toda instituição da saúde, seja de caráter público ou privado. Vale ressaltar que os enfermeiros são integralmente responsáveis pelos atos praticados, incluindo situações de exposição dos clientes a riscos ou danos.⁵⁰

Estes atendimentos de enfermagem na consulta de enfermagem ou em grupo, não devem ser pautados apenas na identificação e na intervenção de agravos patológicos que, em geral, têm um caráter apoiado no saber clínico; mas deve estar baseado no levantamento e monitoramento de problemas de saúde, seja na identificação de riscos para o acompanhamento de grupos que necessitem de tal atenção, ou na identificação de maior ou menor vulnerabilidade de indivíduos ou coletividade. Deve saber reconhecer os limites do patológico, porém seu objetivo principal é o da promoção da saúde e a prevenção de agravos.²⁶

Há nas falas uma diferenciação em relação à maior concentração de atendimentos seja em relação aos atendimentos, programáticos ou emergenciais. Observa-se que alguns profissionais acabam desenvolvendo ações mais voltadas aos atendimentos emergenciais, já outros desenvolvem mais ações em relação a grupos programáticos.

No entanto, há que se considerar a significativa inserção do enfermeiro no atendimento às demandas emergenciais, seja da equipe, da secretaria da saúde, bem como da população adscrita.

Nestes atendimentos emergenciais, os enfermeiros relatam o acolhimento à demanda espontânea da população, principalmente no primeiro horário da manhã. Estes acolhimentos diferem, segundo as falas dos enfermeiros, conforme a organização do processo de trabalho de cada equipe. Alguns enfermeiros o desenvolvem em conjunto com o médico, e outros se sentem respaldos por este profissional. Observamos ainda que alguns enfermeiros se inserem nestes atendimentos à demanda espontânea eventualmente. Vejamos algumas falas:

E1/19 “às vezes assim, a gente se perde um pouco, na questão do atendimento né, dá mais ênfase né, pra demanda espontânea, do que pros programas, né”

E2/65 “então a gente faz consulta, consulta de enfermagem, tem uma agenda”

E2/66 “ então depois das 9 horas, eu priorizo todos os acolhimentos pro médico, a gente atendendo, acaba atendendo, juntos, quando tem um número grande, e depois eu tenho a agenda”

E3/10 “a agenda é, estão com as atividades programática das doenças crônicas não transmissíveis que é o protocolo que a gente tem, de atendimento, né, puericultura, gestantes, crianças, idosos, as visitas domiciliares, acamados”

E3/11 “Mais também realizo de manhã, o acolhimento”

E6/15 “É, pra isso, a gente tem todos os protocolos, que direciona o nosso atendimento, e respaldam as nossas condutas”

E6/16 “Então, eu procuro sempre trabalhar com os pacientes agendados, mais eu faço o atendimento de todos os pacientes, dos hipertensos, dos diabéticos, das, das crianças, da puericultura e o pré-natal”

E6/17 “E assim, eventualmente, a enfermeira, eu acabo atendendo a demanda, porque a cada dia ela vem crescendo mais, e o médico realmente não dá conta”

E7/3 “Enquanto assistência, é....., eu acabo atendendo , assim, a gente, entre o enfermeiro, médico e dentista, a gente atende os grupos de prioridades, né, hipertensos, né, os diabéticos, as gestantes, puericultura, tuberculosos, e isso, ta bem assim, no meu ponto de vista, ta bem estruturado”

E7/4 “....., a gente segue, é, de uma forma bem....., de uma forma, segue bem o protocolo

E7/5 “Acho que não fica centrada só no médico, né, a enfermeira por exemplo, aqui eu não vejo só, a questão de só acolhe, né, e passa é....., as demandas; não, a gente divide, discute os casos”

E9/1 “Na questão assistencial....., eu trabalho com uma agenda, né, que é igual à agenda do médico”

E10/12 “Agora no assistencial, o que, que eu vivencio....., eu tenho um grande apoio da médica e da dentista, assim como toda, toda a equipe”

E10/13 “É, eu atendo, é, gestantes, crianças, é, todos os tipos, os grupos de atendimentos....., e assim, psiquiátricos....., todos os grupos que a enfermagem pode, pode ta atendendo, né, que existe dentro do PSF”

E10/14 “Além disso, né, é que são, eu faço, o acolhimento né, as consultas de enfermagem”

E10/15 “Eu procuro fazê a consulta de enfermagem. Em todas as consultas, eu faço a sistematização da assistência de enfermagem”

Destaca-se ainda que o trabalho do enfermeiro na ESF é constituído de atendimento individual e/ou grupal, por meio de monitoramento das condições de saúde, levantamento e monitoramento de problemas de saúde, pela articulação com intervenções nos agravos patológicos, considerando-se para tanto o conhecimento clínico e o exercício

de uma prática de enfermagem comunicativa, com o objetivo de ampliar a autonomia do sujeito.²⁹

A prática do enfermeiro tem avançado no controle das suas atividades previstas tanto pelo Regulamento do Exercício profissional como pelo Ministério da Saúde, apesar das reações contrárias de outras categorias profissionais. Assim, os enfermeiros têm desenvolvido suas atividades de planejamento, organização, execução e avaliação das ações, consulta de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição, com especial destaque em relação à consulta de enfermagem.²⁹

Esta afirmativa vem bastante ao encontro do modo de organização do processo de trabalho dos enfermeiros deste município, pois pudemos observar nas pelos depoimentos que os entrevistados têm procurado se estruturar de acordo com as normativas preconizadas para esta categoria profissional.

Em estudo realizado entre enfermeiros de ESF, observou-se que seu trabalho está pautado no desenvolvimento de ações programáticas, porém esta forma de organização do trabalho leva a uma reflexão muito oportuna: de um lado ela é uma ferramenta muito importante para as ações dos profissionais, uma vez que permite adequá-las ao território e às reais necessidades da população assistida, pautada no modelo de vigilância à saúde; por outro indica que esta ação pode ter limitações em sua prática, já que utiliza apenas a epidemiologia para perceber as necessidades da população e os determinantes do processo saúde-doença. Não há espaço para observar a subjetividade e a individualidade dos usuários como valores na percepção dos problemas de saúde, uma vez que a ação programática e a epidemiologia impedem na maioria das vezes, o acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, temos que esta prática deva coexistir, porém de forma flexibilizada para adaptar-se às demandas sociais.⁴⁷

Ainda em relação aos atendimentos dos enfermeiros, uma outra modalidade encontrada na pesquisa foi o atendimento em grupos, em que se evidenciaram diferentes inserções do enfermeiro, variando desde a participação direta nos mesmos, às vezes com a participação dos alunos da Faculdade de Medicina de Marília. Alguns enfermeiros afirmam realizar

apenas a supervisão dos grupos pelos quais os agentes comunitários são responsáveis. Outros ainda afirmam compartilhar a responsabilidade por esses grupos com os agentes comunitários de saúde e com as auxiliares de enfermagem. Fica, porém, evidente a significativa inserção deste profissional nesta modalidade de atendimento.

E3/22 “E aí, eu tenho o grupo de adolescentes, de hipertensos uma vez por mês, de diabéticos, grupos de resultados de papanicolaou, atividade educativa, né, que vem dentro da questão da atividade de assistência”

E7/6 “também tem a questão dos grupos, que eu acho que também é uma questão também no momento, ela é dividida entre, principalmente entre o enfermeiro, o médico e o dentista, né, também pra estes grupos mais prioritários”

E9/7 “E aí eu faço bastante grupo, então eu tô fazendo, grupo de hipertenso e diabético, que na verdade a gente chama de consulta coletiva”

E9/11 “.....grupo de adolescentes, que eu faço junto com alunos também, de educação sexual, a gente faz na escola,i ,é..., isso é dividido entre área rural 1 e área rural 2”

E10/17 “Eu tenho, o apoio da médica, que sempre me respalda, assim, dando, conduta médica, em termos de fazê, prescrição médica e orientação também”

E10/19 “Faço grupos também,....., eu, eu só supervisiono grupos que os agentes comunitários fazem”

E10/21 “Mais o que é da minha responsabilidade, porque cada uma da unidade tem uma responsabilidade por um grupo”

Consideramos bastante oportuno citar que o atendimento em grupo é uma das principais ferramentas do enfermeiro da ESF para atingir o seu foco principal, ou seja, prevenção e promoção. Trata-se da comunicação e da educação em saúde, vista como uma prática transformadora dos sujeitos, usuário e profissional.²⁶

Destaca-se ainda que, com as diferentes demandas da população, os profissionais devem desenvolver estratégias de envolvimento do cidadão com os problemas de saúde. Fica evidente pelos depoimentos que a percepção desses profissionais é a de que a educação em saúde se torna um importante elemento do trabalho da enfermagem e pode favorecer a consolidação do SUS, principalmente com a participação da população em grupos na comunidade. No entanto, na prática o que se observa são grupos formados em decorrência da condição patológica, do sexo e da fase de

desenvolvimento individual e da família, conforme as orientações dos programas ministeriais.⁵¹

Outra atividade desenvolvida pelos enfermeiros é a visita domiciliar em diferentes cenários e demandas. Os profissionais envolvidos, organizam-se de modo variado. Alguns enfermeiros a fazem em conjunto com o dentista, com o médico e o agente comunitário de saúde responsável pela família a ser visitada; outros a realiza separadamente destes profissionais.

A visita domiciliar tem sido considerada um campo de atuação importante para o enfermeiro na ESF, apesar de se observar a necessidade de haver melhor preparação e adequações estruturais, uma vez que esta é uma prática inovadora, desafiante e complexa.⁵²

E2/67 “a minha agenda tá dividida. Uma vez por semana tenho grupo, uma vez por semana tem visita, reunião de equipe, supervisão com auxiliar de enfermagem, supervisão com agente comunitário, apesar de eu falar que não é, é muito planejado, mais eu tenho isso planejado muito certinho”

E9/12 “É..., faço as minhas visitas e aí acho que entra a parte de relacionamento, porque a gente faz um período por semana de visita, e a visita aqui, é de uma forma, a gente conseguiu fazer de uma forma, que eu não conseguia fazer na outra unidade que eu trabalhava. A visita, é o médico, eu e a dentista sempre, e o agente responsável por aquela família que vai ser visitada”

No entanto, devemos atentar para o fato de que é necessário que os profissionais observem as reais necessidades da visita domiciliar, considerando ser essa uma excessiva intromissão na vida das pessoas, limitando o seu grau de privacidade e liberdade.⁴⁷

Outras atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, como a reunião de equipe e a reunião de comunidade, a supervisão com as auxiliares de enfermagem e com os agentes comunitários de saúde, estão sob a responsabilidade técnica do enfermeiro.

Esta supervisão é realizada no dia-a-dia da rotina de trabalho, e também desenvolvida por meio de reuniões, na sua grande maioria semanais, entre médico, dentista e o enfermeiro. Em algumas equipes, os profissionais já têm instituído que todo o conteúdo desta reunião seja compartilhado com o restante da equipe na reunião de equipe. Uma outra

especificidade desta reunião é do uso dos dados do sistema de informações por estes profissionais nesse espaço.

Na prática, os enfermeiros, na tentativa de efetivar a participação social da população, têm procurado desenvolver reuniões comunitárias.⁴⁷

E1/28 “aí entra reunião de comunidade, que daí não entra na prevenção, seria mais né, na questão de educação mesmo”

E1/34 “ e a gente tenta trabalhar isso mesmo, no dia – a – dia, porque eu acho que na reunião de equipe não dá pra trabalhar isto. Acho que tem que ser no dia – a – dia, na nossa postura, como que a gente encara as situações”

E2/68 “Uma coisa que pra mim é sagrada, é que de segunda-feira eu faço reunião com o agente comunitário. Isso pra mim é sagrado

E2/69 “E tento fazer com as auxiliares de enfermagem”.

E3/7 “A responsabilidade técnica das auxiliares de enfermagem, dos agentes comunitários, da enfermeira, isso acontece, não tem problema nenhum”.

E9/24 “eu comecei a fazer a reunião de.....com os agentes, uma horinha , mais é uma horinha, uma vez por semana. Aí nesse dia, a gente senta, a gente pega algum relatório né, do sistema de informação e a gente vai discutir”.

E9/25 “E aí, até pra justificar pra equipe, esse nosso momento, o que a gente ta fazendo ali separado, e pra dividir conhecimento também, no dia da reunião de equipe, a gente leva pra equipe o que a gente discutiu naquele dia, e que conclusão a gente chegou”

A Resolução do COFEN – 168/1993 – baixa normas para anotação da responsabilidade técnica do enfermeiro, em virtude de Chefia de Serviço de Enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada a assistência à saúde.⁵³

Devemos observar também, conforme mostra a Portaria nº 648 de 28/03/06 do Ministério da Saúde, que cabe ao enfermeiro entre outras:³⁰

- planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde.

O enfermeiro ainda colabora nas questões práticas, junto às auxiliares de enfermagem, ou seja, nos afazeres técnicos de enfermagem. Também é facilitador (professor colaborador) na Faculdade de Medicina de Marília, o que o faz devido à parceria firmada entre a Secretaria da Saúde e esta Faculdade. Também é preceptor dos Residentes de Enfermagem e é responsável pela aprimoranda de enfermagem. Em vista disso, o enfermeiro

afirma a necessidade e a importância das parcerias, seja na questão ensino-serviço, bem como no desenvolvimento do processo de trabalho de toda a equipe.

E2/70 “E a parte de assistência, a gente tá fazendo sempre uma avaliação de curativo, de um procedimento diferente. E aí a gente faz de tudo um pouquinho, né, tenta ajudar as auxiliares de enfermagem na medida que tá tumultuado, na prática, na rotina da unidade, da organização das coisas, da farmácia”

E3/23 “Atividades com alunos, também....., aí, eu tenho a aprimorada....., da enfermagem”

E3/24 “ela fica na minha responsabilidade”

E3/31 “Porque é preciso ter parcerias”

E9/28 “Eu acho que assim, porque tem a coisa das parcerias....., que aqui é um pouquinho difícil....., eu tenho a igreja, só.....,”

Essa temática evidencia a variedade de ações desenvolvidas pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, perpassando pelos diferentes aspectos do processo de trabalho, sejam estes gerenciais, assistenciais e de relacionamentos.

Mostra ainda que estes profissionais têm procurado aplicar normativas que são preconizadas a esta categoria profissional, de forma crescente e gradativa, ainda que se mostre ainda tímida; estando, portanto, respaldados em suas ações. Desenvolvem suas atividades de forma organizada e flexível, na maioria das situações. Evidenciam-se ainda distintas formas de organização do desenvolvimento das atividades no processo de trabalho, de acordo com a organização interna de cada unidade.

Uma outra observação é o crescente processo de integração das ações do enfermeiro com as dos outros profissionais, perpassando pela articulação técnica, bem como a articulação propriamente dita entre os diferentes profissionais que compõem a equipe.

Dentre as atividades assistenciais também se destacam as diferentes conformações de organização do processo de trabalho do enfermeiro, variando de ações técnicas, de preceptoria e facilitador de alunos da faculdade a atendimentos de enfermagem.

Dentre os atendimentos de enfermagem, o que fica demonstrado é que eles diferem bastante quanto ao grau de inserção dos enfermeiros, relativos aos atendimentos programáticos e os atendimentos da demanda espontânea. Há referências nos dois sentidos, sendo que em algumas realidades sobressaem com maior frequência os atendimentos programáticos; em outros, os atendimentos à demanda espontânea. Há, porém, uma referência bastante significativa, a de maior concentração dos atendimentos emergenciais, ou seja, demandados espontaneamente.

Estes atendimentos à demanda espontânea iniciam-se no acolhimento ao usuário, em que também há a referência da inserção do enfermeiro. O acolhimento também difere conforme a proposta de organização de cada equipe.

Também se evidencia que as atividades relativas aos atendimentos são voltadas tanto aos de caráter individual, como coletivos, quer sejam realizados na unidade, no domicílio, ou em outras instituições da comunidade, na maioria das vezes classificadas como atendimentos de grupo. Neste caso também foi citada a participação dos alunos da faculdade por cuja atuação os enfermeiros são responsáveis.

Esta atividade de grupo, que o enfermeiro a desenvolve em diferentes formatos, quer em parceria com os alunos, quer seja supervisionando os agentes comunitários de saúde, ou até mesmo com sua participação direta.

O enfermeiro também desenvolve, uma outra modalidade de atividade, relativa à participação social, conforme o proposto pelo Sistema Único de Saúde e uma das estratégias para atingir tal proposta é a reunião de comunidade.

Convém ressaltar ainda a importante inserção dos enfermeiros nas reuniões com os agentes comunitários de saúde e com os auxiliares de enfermagem, considerando a responsabilidade técnica do enfermeiro sobre o auxiliar de enfermagem, e a normativa do Ministério da Saúde, que preconiza como função do enfermeiro a coordenação dos agentes comunitários.

Finalizando a análise dessa temática, reforça-se o caráter das múltiplas funções desenvolvidas pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, evidenciadas neste estudo. Tais atividades assumem diferentes conformações de acordo com o processo de trabalho de cada equipe. Atendendo às diretrizes propostas pela Estratégia Saúde da Família, destaca-se, em especial, a declaração de satisfação e apreço que envolve os enfermeiros em meio a este processo.

2-Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

Os depoimentos revelam que o enfermeiro, na Estratégia Saúde da Família, enfrenta dificuldades no desenvolvimento de suas funções. Apresentam-se sobrecarregados, inseguros, descontentes e com conflitos, não conseguindo planejar adequadamente suas ações e nem realizar, a contento, a sistematização da assistência de enfermagem. Vejamos algumas falas:

E2/10 “acaba fazendo de tudo um pouquinho, eu acho que isso sobrecarrega a gente”

E2/12 “No aspecto da gerência,...., um acúmulo de funções....., fica falho a gerência e fica falho a assistência, porque a gente não dá conta de planejar as coisas, de realmente fazer o planejamento da Sistematização da Assistência de Enfermagem”.

E4/8 “ Aquele negócio de falar assim, ai....., porque no PSF a gente tem o papel de assistencial e gerencial, a gente faz tudo sozinha, que é o que acaba sobrando pra gente no PSF. Então a gente é, a gente faz o papel de assistencial, gerencial, e atende às consultas, às demandas, às coletas de sangue, e exame e papanicolaou, fora os atendimentos em geral. A gente tem agentes comunitários, auxiliares de enfermagem. às vezes até, a gente acaba, tendo que dar uma mão pra algumas coisas médicas, pra algumas coisas de dentista e aí acaba assumindo não só o nosso papel. Que é o que eu falei antes, então, eu acho assim, a gente abraça”

E8/3 “.....apesar de ter a questão da equipe, do médico, do enfermeiro, dentista....., ainda eu acho, que fica ainda, uma certa sobrecarga para o enfermeiro nas questões gerenciais”

Em estudo desenvolvido com enfermeiros, já se constatou que a maioria dos enfermeiros entrevistados referem que as condições de trabalho na ESF são desfavoráveis e consideram a atividade profissional desgastante.⁵⁴

Alguns depoimentos expressam que o enfermeiro está desestimulado, sendo que um dos fatores que contribuem para este processo é a baixa remuneração. Em vista disso, como complementação salarial, ele participa de outras atividades devido à parceria que a Secretaria de Saúde desenvolve com a Faculdade de Medicina de Marília. Relatam, porém, que, quando da ausência deste profissional na unidade, o residente de enfermagem não consegue suprir as necessidades da equipe.

E2/15 “e, ainda, a gente enfrenta uma questão. A gente tem uma residente, né, lógico que é diferente. Não assume o mesmo papel que a gente, apesar de todo o esforço que a gente tem”

E2/16 “mais assim, a gente tem, assim, uma questão de que não é bem remunerado, né, deixa assim, a gente bastante desestimulado”.

A insatisfação profissional sempre tem acompanhado as trajetórias profissionais, relacionadas à ausência de melhores perspectivas oferecidas pelo mercado de trabalho, os baixos salários e a posição subalterna em que se inserem nos serviços, o que causa o desencanto com a profissão.²⁹

Ainda há menção de que, no desenvolvimento do processo de trabalho, os enfermeiros acabam assumindo funções de outros membros da equipe. É o que observamos nos seguintes depoimentos;

E1/7 “que acaba o enfermeiro....., muitas vezes assumindo isto porque tem isso mais em mente mesmo, trabalha, não digo melhor, mais assim, trabalha mais com isso”

E2/4 “Eu me vejo dentro do PSF com múltiplas funções, e às vezes, fugindo um pouco da minha competência”

E2/24 “Todo mundo tem a mesma fala, tá, a gente é de tudo um pouquinho. A gente é assistente social, a gente é psicóloga”.

E4/3 “mas eu costumo, assumir muita coisa. Eu acho, sabe, assim, eu não gosto de passar a bola do meu serviço para outras pessoas. Vamos dizer assim, o que eu sei é que da minha responsabilidade, eu vou lá e vou fazer”

E8/5 “determinadas situações,em vez de tomar alguma decisão, pra um determinado profissional; primeiro, tem que passar pro enfermeiro, o enfermeiro tem que tá ciente daquilo, o enfermeiro é que tem que passá pra determinado, não pode ser simplificado”

Há de se destacar que, segundo os relatos, a vivência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família é diferente da vivenciada na graduação, ou essa não fez parte de sua formação. Assim, quando iniciam o trabalho nesta

estratégia, necessitam instrumentalizar-se. Embora relatem que o enfoque apreendido na graduação foi assistencial, sem muita aproximação com a atividade de gerência, observa-se uma discrepância nas falas. Há a afirmação deste enfoque assistencial, porém voltado para o processo de trabalho do enfermeiro como referência de toda a equipe; isso, contrastando com outras afirmações de que o enfoque gerencial durante a graduação de enfermagem é bastante significativo.

E1/4 “até pelo histórico mesmo da enfermagem, a gente tem isso mais na faculdade”

E2/1 “antes eu já tinha uma experiência como residente, né, eu acho que hoje é diferente”

*E3/45 “Eu saí da faculdade, eu saí da assistência, né.
Eu não tive quase gerência, era mais assistência mesmo, né.
Nos tempos que a enfermeira resolve”*

E4/5 “quando eu entrei no PSF, eu tinha uma visão de PSF assim muito boa. Eu acho devido a facilidade né, que a gente acaba tendo um contato muito grande com o PSF, mas é diferente, você tá lá como aluno, e você tá lá como profissional mesmo”

E4/6 “cai no serviço, sem saber algumas coisas e às vezes a gente se sente meio perdida, e aí com isso a gente vai correndo atrás, vai buscando e vai aprendendo”

E8/2 “....., quando eu fui inserida no programa saúde da família, pra mim foi algo novo, muito diferente do que eu já havia vivenciado. É lógico que eu era recém-formada também, mais a questão do PSF, isso, essa política, não fez parte da minha formação”

E9/16 “.....,a gente enfermeiro, teve na escola um preparo pra gerência, é, nem pelo fato de eu ter feito especialização na área, mas na formação mesmo”

O profissional na ESF precisa de preparo e dedicação especiais, diferente do que é exigido em sua prática profissional. O que se coloca em pauta é a constante necessidade de os profissionais, e aqui especificamente, os enfermeiros, manterem incessantemente a ampliação de seus conhecimentos, apropriando-se de novas teorias e práticas. Devem estar sempre abertos para enfrentar novas experiências, identificar novos problemas e desenvolver capacidade de reflexão sobre eles, buscando, de forma interdisciplinar, soluções mais adequadas; ou seja, devem estar sempre disponíveis para o processo de ensino-aprendizagem.²⁹

Também se observa essa necessidade de qualificação do enfermeiro, no sentido de contribuir para o planejamento de suas intervenções.⁵⁵

A prática do enfermeiro é marcada por diferentes atividades, nem sempre compatíveis com a sua formação profissional.²⁹

Uma outra dificuldade ainda é apontada pelo enfermeiro: o atendimento à demanda espontânea. Alguns consideram que esta atividade foge à competência do enfermeiro e, às vezes, as funções do médico se confundem com as dos enfermeiros. Neste contexto, o enfermeiro sente-se inseguro, pois o atendimento a esta demanda espontânea não é considerado como papel desta categoria profissional. Esse fato aponta para a necessidade da implantação de protocolos para estes atendimentos.

Uma outra pontuação dos enfermeiros entrevistados é a de que se sentem mais à vontade no atendimento a grupos programáticos, mantendo-se afastados do atendimento à demanda espontânea, uma vez que há relatos de problemas com pacientes, em relação a queixas relatadas no Conselho Regional de Enfermagem.

E5/9 “....., não tem jeito, chega 20, 25 demandas, e a gente tem que atender desde de dor de cabeça, febre, dor né, infecção urinária, artrite, de tudo um pouco mesmo, né....., eu acho que isso, às vezes foge um pouquinho do nosso trabalho, da nossa assistência, mesmo, é, de enfermagem”

E5/11 “Às vezes, a gente entra em crise, né. Meu Deus do céu! Até onde é, sou eu, enquanto enfermeira, né, e até onde é o médico, de tanta coisa que a gente faz, que eu acho que não era da nossa competência fazer, né. nesses atendimentos, principalmente de demanda, que a gente acaba atendendo de tudo mesmo”

E6/13 “Eu, me sinto muito insegura, no atendimento de demanda espontânea”

E6/14 “Acho que esse não é o papel da enfermeira dentro do PSF”

E9/2 “....., tem a demanda espontânea, que fiquei por um momento, sem contribuir com a unidade, na demanda espontânea, até, resolverem alguns problemas”

E9/3 “Porque, eu atendia paciente de urgência, normal, só que eu tive um problema com um paciente aqui, que fez um denúncia, foi no COREN reclamar que, onde, já se viu, é ter que passar no acolhimento pelo auxiliar de enfermagem, contar um problema dele pro auxiliar de enfermagem, e o auxiliar não tinha capacidade para ouvir, não era papel dela”

E9/4 “A gente não tem protocolo”

Convém observar que, segundo o protocolo de acolhimento instituído no Município de Marília, cabe ao enfermeiro.⁵⁶

- Realizar a supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar de enfermagem:
- Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar o acolhimento, ofertando, se necessário, a consulta

de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários,

- Encaminhar os casos que necessitem de atendimento nos serviços de Pronto Atendimento.

O município apresenta também o protocolo do Fluxograma de acolhimento na Atenção Básica para o atendimento de Urgência e Emergência, segundo o qual:⁵⁷

- ✓ Após a escuta técnica qualificada da demanda do usuário, deve ser realizada a análise da necessidade de atenção com a identificação do risco/vulnerabilidade e priorização das ações em:
 - Se a demanda do usuário não atender aos critérios de atendimento no Pronto atendimento, deve ser resolvido o caso na própria unidade, seja com consultas médica, de enfermagem ou odontológica de encaixe, ou agendamento de consulta para a categoria profissional necessária, ou encaminhamento para outra atividade de acordo com a necessidade do usuário,
 - Se a demanda do usuário atende aos critérios de atendimento ao Pronto Atendimento, respeitando-se a necessidade de remoção por transporte de urgência, ou a discussão do caso com o médico regulador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Também consta deste documento que, na evidência da necessidade de encaminhamento, este pode ser realizado pelos seguintes profissionais, na seguinte ordem de priorização: Médico, Enfermeiro, Dentista, Técnico de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem (em caso de ausência de todos os profissionais anteriormente citados).

Relatos apontam ainda, para diversas situações transitórias enfrentadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, ocasionando, na maioria das vezes, mudanças no processo de trabalho e na própria identificação do papel do enfermeiro. A valorização profissional e o aumento da auto-estima, principalmente com relação à atuação do

enfermeiro junto ao profissional médico²⁹ fica evidente nos depoimentos seguintes:

E3/18 “A gente iniciou uma nova mudança”

E3/43 “Como os funcionários vêm da população, eles também têm isso, e aí devagar, com o tempo é que vai modificando, né, esta questão”

E4/12 “agora eu posso dizer que a gente tá trabalhando em equipe. Nós já passamos por mudanças..., alguns problemas. Mas agora eu posso dizer que a gente tá trabalhando em equipe”

E6/1 “em relação aos aspectos gerenciais, a minha vivência tá sendo modificada há alguns meses”

E8/1 “Olha digamos que nós já passamos por alguns momentos, né. Algumas transições, com relação a ser enfermeira de PSF”

O processo de reestruturação do setor saúde em todo o mundo, adicionado ao decréscimo de leitos hospitalares, induzido pela desospitalização e a atenção primária à saúde, tem estimulado mudanças significativas no setor saúde, e conseqüentemente no trabalho do profissional enfermeiro.⁵⁸

E neste processo de transições, considerando-se a experiência adquirida por estes profissionais durante todo este processo de vivências e mudanças, surge uma outra discussão que tange à responsabilidade pelo agente comunitário de saúde. Alguns enfermeiros consideram que esta responsabilização também deve ser compartilhada entre o médico e o dentista.

Em estudo com enfermeiros de ESF, destaca-se que a responsabilização pela supervisão dos agentes comunitários de saúde exercida por estes profissionais, apesar de às vezes representar uma sobrecarga de trabalho, indica um poder de intervenção significativo frente ao desenvolvimento dos trabalhos da equipe.²⁹

Vale ressaltar aqui que, apesar de o artigo 8º do decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 do Conselho Regional de Enfermagem⁴⁶, dispor que ao enfermeiro cabe a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços, privativamente cabe ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de

enfermagem, ou seja, a esse profissional cabem atividades várias e de muita responsabilidade.

Temos que considerar que os enfermeiros acabam embasados na diretriz preconizada pelo Ministério da Saúde referente às atribuições do enfermeiro, em que também está designado como atribuição do enfermeiro na ESF, o planejamento, o gerenciamento, a coordenação e a avaliação das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde.

E2/56 “além disso, eu também tô estimulando o dentista fazer supervisão com os agentes , ter uma pauta. Isso acontece toda segunda –feira

E7/11 “a questão gerencial....., que nós não colocamos, além da nossa reunião de equipe, é, nós temos também, temos é, reunião com os agentes comunitários, né, que dá pra gente, nesta reunião dos agentes comunitários, a gente também faz semanalmente, né. I é feito, com a enfermeira, médico e dentista, é, esta reunião que a gente faz com os agentes comunitários, a gente faz entre enfermeiro, médico e dentista, a gente reveza”

E8/8 “.....,é de responsabilidade maior, a questão do agente comunitário no enfermeiro, temos o apoio do médico, do dentista....., mais a gente observa que numa das atribuições ainda vem a questão do agente comunitário para o enfermeiro....., eu acho assim, precisa ser mais....., dissolvido, diluído, isso daí, já que somos uma equipe”

E10/6 “A gente já tá dividindo mais as reuniões com os agentes comunitários”

Há também que ser considerado o evidente predomínio de ações assistenciais voltados aos cuidados básicos, devido à reduzida equipe de enfermagem. Também foi mencionada a dificuldade que o enfermeiro apresenta em trabalhar com os dados do sistema de informação.

Este aspecto também é pontuado em outras realidades vivenciadas por enfermeiros da ESF, que afirmam que é evidente a escassez de pessoal e material, além das condições inadequadas do espaço físico, se traduzindo cada vez mais em fonte de risco para a clientela e para o trabalhador de enfermagem.⁵⁹

E8/10 “Então assim, você tem que dá conta, né, do seu papel enfermeiro, mais do papel enfermagem....., acho que não tem como tá....., não que o enfermeiro tem que ficá voltado na questão gerencial....., mais, pela equipe reduzida, a gente fica, bem mais próximo da assistência, ela faz parte do nosso cotidiano”

E8/20 “O enfermeiro, é, o único ali, mas ele cabe, a questão da gerência, da assistência, mas as vezes, tem momento que a gente acaba ficando muito na assistência básica, nos cuidados básicos”

E9/23 “E..., eu tinha bastante dificuldade pra trabalhar, com.....dados”

Em outra discussão observa-se que na prática de enfermagem há um predomínio de ações de natureza propedêutica e terapêutica complementares ao ato médico; observando-se ainda a fragmentação e descontinuidade do processo de assistência e alta probabilidade de risco e iatrogenia à população, falta de apoio de natureza administrativa e pedagógica, insuficiência de cobertura e insatisfação da clientela e da categoria.⁵⁹

Sendo assim, o que se observa na prática é que o objeto de trabalho do enfermeiro da ESF é o corpo individual, utilizando para tanto o atendimento destes por meio de instrumentos tradicionais, reproduzindo a prática clínica, individual, curativa e tomando como referência a teoria da multicausalidade do processo saúde-doença.⁶⁰

Nesta categoria vale ressaltar ainda a percepção que os enfermeiros têm em identificar maior potencial desta categoria, para ser mais resolutiva, uma vez que há consciência do potencial do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.

E2/38 “....., a gente pode fazer muito mais por aquilo, né; ao invés de ficar tapando buraco”

Nessa categoria, desvela-se para nós, que, na maioria das vezes, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família diferem do proposto para tal estratégia. Essa é uma das reflexões apontadas com bastante convicção por esses profissionais e demonstram preocupação em relação ao futuro da Estratégia Saúde da Família.

E2/21 “eu acho que falta um pouquinho, a gente pará, a secretaria parar junto, e ver realmente qual é o papel do enfermeiro no PSF”

E2/62 “o tempo que eu fico ali, muitas vezes, ao invés de fazer prevenção, de fazer realmente PSF, de fazer grupo, a gente fica tapando muito buraco, atendendo muita gente, porque tem uma demanda na porta esperando”

E2/64 “falta planejamento, né, sentá e ver qual o meu papel aqui dentro. Enquanto não tiver planejamento, vai ser sempre assim mesmo, né, o corre-corre. Eu chego já tem um monte de gente, eu faço supervisão com agente, e tem 1 paciente lá fora gritando, querendo medicação, né. Até quando, né?”

E2/72 “sou uma pessoa que me cobro muito as coisas, e coloco muito as coisas em cima de mim, pra tentar resolver tudo, e às vezes eu fico triste por não poder fazer tanta coisa por

aquela unidade que eu amo demais, que tá todo mundo lá, e vivencia esta situação, mais eu acho que é um sentimento comum, né, de nós, enfermeiros, né?...

E5/8 “porque daí assim, a gente precisa ficar na promoção, prevenção, mais eu acho que a gente fica ainda muito no curativo, né, que chega de manhã cedo”

E8/15 “....., às vezes, eu fico preocupada com relação, digamos assim, do PSF, da, da própria política, como que tá caminhando isso....., fico preocupada, porque às vezes, ouve - se falar que o PSF tá muito limitado”

E8/16 “Como que será o futuro do PSF, né?!!!!!!”

E8/17 “Tantas mudanças que tem, e ouve-se muito que esta questão da política do PSF, que a gente parece que observa que tá meio fragilizada”

Neste emaranhado de múltiplas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, este estudo aponta algumas dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro. Dificuldades estas que acabam por demonstrar os profissionais enfermeiros sobrecarregados, inseguros, descontentes e enfrentando conflitos.

Fica claro que algumas dificuldades acabam por alterar o desenvolvimento do processo de trabalho, que é inerente ao enfermeiro, como o planejamento de ações e o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem, entre outros.

Pontua-se que o enfermeiro está desestimulado também pela baixa remuneração, e acaba participando das atividades com os alunos da faculdade, em parceria da Secretaria de Saúde com a Faculdade de Medicina de Marília, até mesmo como complemento salarial. Não que esta não seja uma atividade importante para o enfermeiro, porém também acaba contribuindo para maior sobrecarga de responsabilidades e afazeres, afastando o enfermeiro de suas funções diretamente ligadas à equipe. E, apesar de haver a presença do residente de enfermagem nas unidades, este não consegue suprir todas as necessidades da equipe; e também porque esta forma de compensação, não é prevista no programa de residência.

Uma das questões evidenciada neste estudo e que se mostra em meio a diversos conflitos é o fato de que os enfermeiros nas suas diferentes atribuições acabam assumindo funções de outros membros da equipe.

Um outro aspecto conflituoso apontado é o relacionado ao atendimento à demanda espontânea, pois alguns enfermeiros consideram que esta atividade não seja função desta categoria profissional, não fazendo

parte de suas competências. Às vezes os enfermeiros sentem-se inseguros para o desenvolvimento de tal atividade; e constata-se a necessidade de protocolos para o embasamento e respaldo nestes atendimentos.

Neste sentido cabe-nos uma reflexão. Conforme as citações das diferentes referências que encontramos a respeito de tal temática, pudemos observar que cabe também ao enfermeiro a responsabilidade do acolhimento, seja pelo direcionamento do protocolo municipal, bem como pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e pelo Ministério da Saúde; também encontramos, segundo normativa do COREN, que ao enfermeiro cabem cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. Para tanto pode-se utilizar a consulta de enfermagem, que obrigatoriamente deve ser desenvolvida em toda Assistência de enfermagem, tendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem como um importante instrumento de trabalho para a implementação da adequada assistência de enfermagem.

Talvez nesta discussão possamos também citar a real necessidade que estes profissionais têm de utilizarem nestes atendimentos protocolos ou normativas técnicas estabelecidas pelos gestores, o que foi apontado como uma das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros. Eles não reconhecem como suficientes os protocolos de acolhimento e o fluxograma de atendimento de emergência, proposto pelo município, uma vez que não deixam claros os limites de atuação de cada profissional. Também não há nenhum documento com o parecer do COREN delimitando as ações do enfermeiro nos diferentes atendimentos que caracterizam esta atividade.

Faz-se necessário que os profissionais envolvidos com esta modalidade de atenção, o atendimento à demanda espontânea, possam identificar os reais papéis atribuídos a cada um dos profissionais, não cabendo ao enfermeiro suprir uma “deficiência” do sistema. Também nos cabe estimular a reflexão no sentido da afirmativa pontuada pelos enfermeiros que mencionaram manter uma característica de cunho programático em seus atendimentos em detrimento ao atendimento à demanda espontânea, pois conforme observado nas citações bibliográficas,

é preciso cuidado quando se toma esta modalidade como norteadora das ações da equipe, uma vez que pode significar uma “barreira” aos usuários que demandam necessidades agudas/emergenciais.

Pode-se observar que os enfermeiros identificam, apesar das dificuldades, diferentes mudanças que ocorreram no processo de trabalho do enfermeiro envolvido na Estratégia Saúde da Família. São pontuadas as experiências adquiridas ao longo de todo este processo. Considera-se que a responsabilidade pelo agente comunitário de saúde não deve ser exclusiva a esta categoria profissional e sim compartilhada entre a equipe de referência.

No entanto, também cabe a esses profissionais a reflexão sobre a responsabilidade técnica pelo auxiliar de enfermagem, segundo normativa do Conselho Regional de Enfermagem. Segundo normativa do Ministério da Saúde, cabe ao enfermeiro também a responsabilização pelo Agente Comunitário de Saúde, normativa esta também apreciada pelo Conselho Regional de Enfermagem. Trata-se, portanto, de uma atribuição que legalmente cabe ao enfermeiro.

Talvez se faça necessária aqui, esclarecer o real significado de compartilhar e sua aplicabilidade no processo de trabalho em equipe, pois há atividades que podem ser compartilhadas, porém há responsabilidades que são exclusivas dos profissionais.

Talvez nos seja possível compartilhar atividades, como algumas equipes já o fazem: a supervisão compartilhada das reuniões com os agentes comunitários de saúde, decisões, apoio, respaldo, entre outros, embora se respeite as atribuições que legalmente são inerentes ao enfermeiro, ou qualquer outro membro da equipe.

Quanto à colocação referente ao predomínio de ações voltadas aos cuidados básicos, talvez seja esta uma das atividades com maior dificuldade de mudança pelos enfermeiros neste momento, uma vez que no processo estão envolvidos fatores referentes a distintas áreas. Não se exige só uma mudança no modo de trabalho do enfermeiro, também deve haver mudança em relação a outros fatores externos, como a conscientização da população, a efetivação do trabalho em equipe, entre outros.

Um outro desafio que colocamos é o que se reporta exclusivamente à real efetivação e implementação da Estratégia Saúde da Família, visto que esta perpassa por diversos fatores; uns ao alcance de mudanças na e pela equipe, outros são fatores externos, e com diferentes graus de complexidade que não competem a este estudo e nem aos profissionais da equipe.

Ainda assim, podemos nos apoiar naqueles fatores que são possíveis de mudanças e partir desse ponto para a melhoria do processo de trabalho da equipe e conseqüentemente do enfermeiro.

Em geral analisando os dados obtidos neste estudo referente a esta categoria, podemos observar que o enfermeiro responde por diversas atividades nas Unidades de Saúde da Família, atividades estas que estão integralmente de acordo com as normativas preconizadas pelo Ministério da Saúde para a Estratégia Saúde da Família e pelo Conselho Regional de Enfermagem. Observamos diferentes conformações no desenvolvimento de tais ações, de acordo com a organização do processo de trabalho das diferentes equipes.

Talvez tenham que se apropriar melhor das ferramentas que são inerentes ao enfermeiro, e vislumbrar nestas um adequado instrumento de efetivação do processo de trabalho associado ao da equipe, neste novo modelo de atenção. Também lhes falta maior conhecimento das ferramentas legais que norteiam e embasam as ações dos enfermeiros.

CATEGORIA 2

O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

TEMÁTICAS:

1- O Compartilhar em equipe.

Segundo as falas dos enfermeiros, os profissionais das equipes de Saúde da Família, têm procurado compartilhar suas atividades, porém este processo é realizado com cautela respeitando-se as especificidades das diferentes categorias profissionais que compõem a equipe, ou seja, respeitando-se as atribuições específicas dos distintos profissionais. No processo de tomada de decisões também tem havido a participação de todos os membros da equipe. Todos contribuem, e o planejamento das ações da equipe feito com um olhar voltado para a comunidade a ser assistida.

E1/29 “Isso, assim, acontece né, de uma forma integral né, que todos os membros da equipe contribui pra isso, a gente não faz nada isolado mesmo, né”

E4/10 “então não tem como eu fazer o meu serviço e ninguém saber do que eu faço, eu não saber o que os outros da equipe fazem”

E8/23 “.....a questão da gerência está voltada muito pra questão do planejamento....., como eu disse, esse planejamento voltado pro, o planejamento digamos, uma equipe....., um olhar voltado pra uma equipe, voltado pra uma comunidade”

Esse compartilhamento do trabalho em equipe tem sido reconhecido por diversos autores:

A Estratégia Saúde da Família possibilita melhor definição das competências profissionais e maior controle de suas atividades devendo permanecer o compartilhamento e a confiança mútua.²⁹

Também a Estratégia Saúde da Família possibilita maior integração dos profissionais, permitindo assim maior controle sobre o seu objeto de trabalho e uma melhor definição de papéis.²⁹

É preciso que haja uma desconstrução do modo isolado que os profissionais da ESF que desempenham suas funções no cotidiano de

trabalho, oportunizando o trabalho coletivo, ou seja, em equipe, porém ainda se observa que muito raramente se encontram profissionais que se identificam realmente membros de uma equipe. No sentido da construção do trabalho não se pode considerar as relações profissionais como se fossem relações pessoais independentes da situação de trabalho coletivo, e nem se tomar isoladamente as intervenções independentemente dos sujeitos que a executam. É por meio da interação que uma equipe possibilita a obtenção dos resultados e uma prática negociada de trabalho, possibilitando a construção compartilhada de projetos de trabalho em equipe.²⁶

“ a relação recíproca entre trabalho e interação possibilita a construção compartilhada de projetos de trabalho em equipe”.²⁶

Para a construção deste compartilhar em equipe, os profissionais reúnem-se semanalmente oportunizar discussões a respeito do processo de trabalho, entre outras.

O processo de desenvolvimento da reunião de equipe difere de acordo com a organização das diferentes equipes, porém há consenso que ela deva acontecer semanalmente.

Nestes momentos de reunião de equipe há a participação de todos os membros da equipe, e são compartilhadas as questões gerenciais, burocráticas e também as necessidades pessoais de seus membros.

É interessante observar que as reuniões dessa equipe têm servido a diferentes propósitos. Mensalmente se reserva uma delas para discussões mais voltadas para as dificuldades apresentadas pelos profissionais como dificuldades de relacionamentos, de comunicação e outras, conforme segue nas falas:

E3/19 “Então a gente faz reunião de equipe toda sexta das duas às cinco”

E7/9 “as nossas reuniões de , de equipe, que eu acho que é o momento, que a gente dá, ver, né, que eu acho que a gente senta todos, ela acontece semanalmente....., tem a parte gerencial, que a gente administra ali, i aí, à partir de papelada, que também é dividido entre enfermeiro, médico e dentista”

E7/10 “....., a gente vê a necessidade de uma vez ao mês, é....., nós tiramos essa parte um pouco mais burocrática, i centrarmos mais em nós, né.

Então isso também geralmente com a presença da psicóloga, a gente tenta fazer algum tipo de dinâmica, mais assim, não vem nada estabelecido, geralmente é a partir da nossa necessidade, né.

Então, é no dia que acontece, é, a gente mais ou menos, quais as angústias, que mais vem acontecendo, né, as, as dificuldades, mesmo, enquanto interno, né, entre nós, com os pacientes, com a comunidade, dificuldade de adesão, e assim, são várias coisas discutidas, e a partir daí, a gente tenta fazer uma dinâmica, e que na maioria das vezes, não fica voltado mais, pra comunidade, fica voltado ao nosso relacionamento, né.

Então, as dificuldades, em, em, ter maior acesso ao médico, maior acesso a enfermeira, uma dificuldade, de comunicação.

Então, onde que nós tamos errando neste momento?"

Alguns autores consideram que, para o adequado relacionamento em equipe e também para a melhor integração entre os profissionais, é preciso que a equipe se organize, procurando estratégias para evitar que os conflitos e problemas tomem uma maior proporção. Deve-se promover o diálogo entre seus membros, melhorando o convívio, elevando a motivação, criando um padrão de gestão em que a maioria se sinta motivada para dedicar-se à produção de saúde, ou seja, realizando o planejamento coletivo das ações a serem implantadas.⁶¹

De acordo com essa proposta, no município de Marília, tem-se procurado desenvolver esta cultura entre as equipes, diferentemente de outras realidades, em que se observa que algumas equipes também já têm estruturado um espaço coletivo de discussões semanal, porém não têm conseguido desenvolver uma reflexão conjunta, pois estas reuniões acabam direcionadas apenas para a resolução de problemas administrativos; normalmente sendo coordenadas pelas enfermeiras, que se baseiam em uma pauta inicial relativa a problemas internos da equipe, bem como socializam a programação da semana, a divisão de tarefas demandadas pela coordenação municipal, escalas dos agentes comunitários de saúde e das auxiliares de enfermagem, podendo esta pauta ser aberta para a inclusão de outros assuntos.⁶²

Outras realidades apontam mais coincidentemente com a realidade do município de Marília, quando consideram as reuniões de equipe um real instrumento para a discussão de condutas, estudos, possibilitando melhor assistência e compreensão dos objetivos das equipes.⁶³

Para ocorrer esse novo método de compartilhamento, é fundamental que as equipes sofram alterações culturais organizacionais, possibilitando o

acesso homogêneo a informações fundamentais. Torna-se imprescindível a criação de horários para encontros periódicos dos profissionais envolvidos nos serviços de saúde. Nesses encontros poderão ser estipulados períodos na própria rotina de trabalho, em que o planejamento e a reflexão farão parte do processo habitual de trabalho, possibilitando a construção coletiva, a discussão das necessidades de saúde, a divisão de tarefas e papéis de cada um, e a elaboração de planos, modelos de atenção, programas e metas.⁶⁴

Neste processo de compartilhar, os membros da equipe devem ter clareza de que todos são responsáveis seja pelas questões assistenciais, gerenciais e de relacionamentos, e estas devem estar sempre direcionadas a todos; e todos devem conhecer as responsabilidades individuais e comuns na equipe.

E3/38 “Então assim, né, acho que qualquer pessoa da equipe podia ter resolvido, mais ela ficou esperando 3 dias, até eu voltar, pra me entregar o encaminhamento pra remarcar”

E4/13 “a gente sabe, cada um, o que é de responsabilidade de cada um”

E10/31 “Então, a gente tá num momento, de relacionamento, de gerência, tudo, assistência, e que a gente tá tentando integrá todos, pra conseguir o sucesso do gerenciamento, da assistência e do relacionamento entre a equipe”

O que se confirma é que, apesar de no desenvolvimento do trabalho em equipe cada profissional continua desenvolvendo ações isoladas, cabe ressaltar também a constante busca da articulação dessas ações. Apesar dessas ações individuais, também deve existir um conjunto de intervenções da equipe, em que perpassa pela responsabilidade individual, assim como pela co-responsabilidade de todos.²⁶

Assim como as questões de relacionamentos, que também devem ser abrangentes a todos os membros da equipe, algumas questões devem ser observadas na própria rotina de trabalho. Todos os profissionais podem participar, colaborar e se responsabilizar. Uma afirmativa dos enfermeiros é a de que quando os membros das equipes possuem um adequado relacionamento, isso se reflete na comunidade, que consegue perceber o movimento desta equipe. O que se confirma na citação do autor e nos depoimentos das enfermeiras deste estudo, é que primeiramente, com a ênfase no trabalho em equipe, houve uma melhora evidente na

hierarquização entre as diferentes categorias profissionais. Isso contribui para que os conflitos e problemas do cotidiano de trabalho sejam administrados de forma mais adequada, o que certamente, tem reflexos na melhoria da gestão dos serviços.²⁹

E1/35 “as vezes um funcionário tá mal....., então assim, como que a gente se relaciona com ele, como é que a gente trabalha este problema com ele, então eu acho que assim, tem que ser no dia – a – dia mesmo, né, e tem que partir de todo mundo né”

E3/17 “De relacionamento, um relacionamento bom, um relacionamento positivo, a gente se ajuda, e aí, é tranquilo”

E7/7 “A questão do relacionamento....., acho que aqui entra....., todos os membros da equipe

E8/13 “E uma vez, eu acredito que, tendo esses relacionamento positivo, enfermeiro-equipe, não só enfermeiro-equipe, mais eu posso dizer, equipe, eu acho que isso acaba refletindo na comunidade”

E10/30 “....., eu acho que o nosso relacionamento, entre equipe tá sendo bom....., se a gente consegue trabalhá, entre a gente, é....., a equipe, ela, a população, ela sente”

A equipe também tem procurado trabalhar na lógica da educação permanente por acreditar que este processo deva ser construído a partir das necessidades locais de cada membro que compõe esta equipe.

Este fato pode ser confirmado com a colocação do Ministério da Saúde na cartilha da PNH – Humaniza SUS, que traz como uma de suas marcas específicas que as unidades de saúde garantirão a educação permanente aos trabalhadores, e complementa em seu glossário que a educação permanente é a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.^{65,66}

E1/40 “se tem um problema de relacionamento, eu não vou lá dar uma solução pro problema, a gente tenta trazer deles mesmos né, a solução, né”

E7/12 “I a gente tenta fazê uma discussão também, com eles, lógico, tem algumas coisas, que são, assim, que não tem né, a questão do hipertenso, diabético, a gente discute com os agentes, mais também tem uma questão, que a gente tenta levantar a necessidade do agente comunitário nesta reunião, pra gente fazê a discussão”

E10/29 “Como a gente tá fazendo rodízio, de reuniões com agentes comunitários, e auxiliares de enfermagem, de auxiliar de serviços e de ACD,..., eles, tão começando entender, que a gente ta procurando fazê, de acordo com as necessidades deles, da educação permanente, através destes, através dos conflitos que surgem”

Também há afirmação positiva da parceria com a Faculdade de Medicina de Marília, seja para os estudantes como para a equipe e conseqüentemente para a comunidade.

E8/11 “Eu acho que torna - se muito produtivo, até porque nós temos, os acadêmicos inseridos no, no serviço, eu acho que esta aproximação, eu acho que torna - se muito mais rica, esta, esta experiência, que eu posso passar pros acadêmicos também....., eu acho que pra comunidade também é válido”

E10/32 “Eu acho que, a....., a presença dos alunos da UPP 1, assim, acho que uma coisa que prejudica um pouco, mais que assim, é....., ao contrário....., eu acho que....., quando eu saio da unidade, né, a aprimorada, ela fica junto, ela, ela, fica lá na unidade me cobrindo....., então assim, ela já ta, bem, bem, entrosada, já na equipe, eu acredito que assim, a minha presença, ta de longe”

E10/33 “Agora, os alunos, a presença dos alunos lá, estão melhorando bem a, o andamento, da, da equipe, e eles influem muito na nossa gerência, na nossa assistência, no nosso relacionamento....., a gente tem, assim, uma articulação com os alunos muito boa, né, um feedback”

Autores colocam que, ao se falar de parcerias deve-se considerar a questão da intersetorialidade e a promoção à saúde. A promoção à saúde destaca ações intersetoriais como estratégia de enfrentamento dos problemas. A intersetorialidade é um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos trocam seus saberes, linguagens e modos de fazer.⁶⁷

Pudemos observar no desenvolvimento desta temática o quanto as equipes deste município em questão estão engajadas à proposta do desenvolvimento do trabalho em equipe. Os profissionais envolvidos neste processo têm procurado compartilhar as atividades em comum, de forma cautelosa, respeitando as especificidades das distintas categorias que compõem esta mesma equipe. Também são compartilhados os planejamentos das ações, sempre com o cuidado de desenvolvê-las voltadas à comunidade a ser assistida.

Para que a equipe consiga a construção deste compartilhar são propostas no município algumas estratégias, que oportunizam o contato e a interação entre os profissionais. Um exemplo disso é a reunião de equipe, com a participação efetiva de todos dos membros que a compõem.

Este processo de reunião de equipe, assim como outras atividades desenvolvidas apresentam diferentes conformações, de acordo com a

organização proposta. No entanto o que ficou evidente foi a constante busca do compartilhamento, com estratégias que promovam a resolução de problemas e conflitos dentro do grupo.

Também podemos pontuar a real necessidade de os membros das equipes terem clareza acerca das responsabilidades comuns entre seus membros, e aquelas individuais, sejam responsabilidades nos diferentes aspectos que envolvem o processo de trabalho da equipe, como os gerenciais, os assistenciais e os de relacionamentos. Cabe ressaltar aqui a constante busca da articulação das ações que envolvem os profissionais.

As equipes também têm procurado trabalhar na lógica da educação permanente, o que está bastante adequado ao que é proposto atualmente para a Estratégia Saúde da Família.

Finalmente foi citada a importância das parcerias para o desenvolvimento do trabalho das equipes, uma vez que estas podem surgir como estratégias para o enfrentamento dos problemas e podem ser um processo de construção compartilhada.

2- Dificuldades do processo de trabalho em equipe.

Os profissionais na Estratégia Saúde da Família, para o desenvolvimento do processo de trabalho em equipe, apresentam diferentes dificuldades que são atribuídas a diferentes razões, como dificuldades de relacionamentos devido às diferentes personalidades de seus profissionais, muita dificuldade com o desenvolvimento do trabalho em equipe, como a divisão de tarefas, a visão ampliada do trabalho, como podemos observar nos seguintes depoimentos:

E1/36 "Por mais que aqui é uma unidade que tem um bom relacionamento, acho que assim as vezes, acontece, né, até pela personalidade de algumas pessoas, né"

E1/37 "que isso é difícil, que isso num grupo é normal ter, né, e algumas situações, momentos diferentes, né"

E2/6 "mais a gente encontra ainda muita dificuldade de trabalhar em equipe"

E3/5 "A visão ampliada do trabalho em equipe, da divisão da equipe de referência, ainda é fragilizada"

E8/12 “Enquanto programa saúde da família, eu posso dizer, que eu, estou, bem, enquanto equipe....., porque eu tenho uma equipe positiva, têm-se relacionamentos positivos aqui dentro....., mais observa - se que já existiu, que já tiveram várias situações de problemas de relacionamentos em equipe, do enfermeiro com a equipe, e isto daí é desgastante, é uma situação complicada, porque o trabalho não fica prazeroso”

Estudos demonstram esta dificuldade enfrentada no município de Marília, e em outros municípios. Nesses estudos são pontuadas dificuldades no processo de trabalho como a ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais.³³

Outros autores corroboram com o acima exposto ao afirmarem que o processo de construção do trabalho em equipe é permeado por conflitos e contradições, pois a equipe não é harmonia. Deve haver o reconhecimento e enfrentamento das diferenças e desigualdades. Não se trata aqui das diferenças pessoais (embora estas possam existir, sendo inclusive muito freqüentes), mas sim daquelas surgidas nas situações de trabalho e correspondem diretamente à responsabilidade de oferecer atenção às necessidades de saúde apresentadas pela população a ser assistida. Também são consideradas as diferenças técnicas de seus distintos profissionais, já que foram preparados do ponto de vista técnico, ético-político e emocional, e este aspecto convive com o contínuo questionamento das próprias fronteiras estabelecidas e continuamente tencionadas pela necessidade de flexibilização da divisão do trabalho e na busca da atenção integral.²⁶

Temos ainda afirmações como: falar de trabalho em equipe não é algo harmonioso. Há de se falar de pessoas que se relacionam, e que terão certamente momentos de conflitos. Estes não serão necessariamente “negativos”, ou “ruins”, ou algo a ser evitado, pois são inerentes às relações, sendo possibilidades de crescimento se trabalhados.⁶⁸

Também são apontadas dificuldades relacionadas à compreensão da proposta da Estratégia Saúde da Família, e da mudança do modelo de atenção à saúde. Alguns depoimentos referem-se à dificuldade desta compreensão por parte da população, porém alguns afirmam que algumas equipes também não têm clareza deste processo.

Também são encontradas na literatura tais afirmativas em outras referências que apontam que a operacionalização da Estratégia Saúde da Família não é tarefa fácil, já que necessita de uma equipe capacitada a articular as diversas políticas sociais e recursos, de maneira a identificar a multiplicidade de fatores que influenciam na qualidade de vida da população, bem como a democratização do acesso à universalização dos serviços de saúde.⁶⁹

Deve se considerar, neste processo, que muitas vezes encontramos discursos dos membros das equipes bastante homogêneos, quando todos procuram falar da mesma tarefa, mas no ato, no fazer de todo o dia, cada um dirige esforços numa direção, ou em direções contrárias àquelas discursadas.⁶⁸

E2/3 "dentro do PSF, eu acho que a gente vivência algumas , alguns problemas em relação a, aos princípios do programa, é, em relação à secretaria da saúde, em relação aos próprios princípios do SUS, né, que a gente tenta sempre colocar em prática, mais a gente enfrenta muita dificuldade"

E2/48 "então eu acho que não é um problema da equipe. Eu acho que a equipe entende sim, conhece os princípios do SUS, agora mais ainda, depois do curso de formação"

E2/49 "a gente sempre faz uma discussão, né, quando tem problema a gente faz discussão tentando relembrar os princípios, mais a gente tem, tem dificuldade, pela própria população que não entende, às vezes não aceita, né o programa, que tá vigente. Acho que é um trabalho de formiguinha, de educação da população também"

E3/26 " Acho que a equipe é, são pessoas da comunidade, pessoas que vieram trabalhar; eles têm dificuldade da concepção de trabalho em grupo, trabalho em equipe....., De vê o ampliado, de vê o coletivo, eles tm muita dificuldade, i, é o entendimento, que a proposta do PSF não é partir do individual para o coletivo, né, e sim do coletivo"

Quando da implantação de uma equipe de saúde da família, a população resiste, devido à desconfiança em relação à proposta da assistência. Depois, com o decorrer do trabalho da equipe, passa a participar das atividades propostas pelos seus membros.⁶³

Os entrevistados sentem ainda como dificuldade a falta de respaldo e apoio que a Secretaria da Saúde não lhes oferece em algumas situações, e sinalizam que a referida secretaria deveria manter os mesmos princípios que as equipes seguem.

Afirmam ainda a necessidade que as equipes têm de serem cuidadas.

E2/33 *“Eu acho que a secretaria precisa falar a mesma coisa, e apoiar, e a gente tem que ter respaldo das coisas que acontecem”*

E2/40 *“....., isto está nos princípios do SUS, de equidade, de integralidade. A gente não tem respaldo”*

E2/41 *“ele tem uma influência lá dentro, ele consegue um exame médico fácil. A gente não tem respaldo*

E2/44 *“mais a gente tá lá na ponta, né, a gente precisa de cuidado também”*

“diante dos problemas do setor saúde, há a necessidade de se ampliar o olhar e seu espectro de ações, com uma conseqüente construção de outras posturas, diretrizes e propostas que se integrem desde a formação dos profissionais de saúde até a efetivação das práticas de cuidado à população, passando pelo comprometimento dos gestores”.⁶⁷

Dentre todo este processo, observam-se algumas fragilidades nestas equipes, como a dificuldade de planejar e avaliar as ações da equipe.

E2/13 *“E na questão de relacionamento, é a mesma coisa sabe, eu acho que, que a gente tem pouco tempo, eu acho que não é aproveitado o tempo que a gente tem lá dentro, pra gente sentá, pra gente planejá, pra discutir os aspectos importantes de planejamento”*

E2/23 *“eu acho que a gente não pára pra avaliar o que a gente fez....,”*

E9/22 *“Bom, e aí, a gente não fazia, a coisa de avaliar, ficava tudo muito perdido....., e hoje, a gente tá conseguindo, é....., se lembra disso”*

Este também é um problema apontado em outras realidades, em que o planejamento é realizado de forma individualizada, ou seja, cada profissional de nível superior define e programa suas ações, socializando-as na reunião semanal, quando há a participação de todos os membros da equipe. Também a avaliação não é realizada como rotina e, quando é feita, apenas a enfermeira a pratica.⁶²

Referente à característica do atendimento prestado à população, observa-se nos depoimentos que este está mais voltado ao atendimento à demanda espontânea, de forma bastante significativa, em detrimento do atendimento programático. Atribuem este aspecto ao conceito da população, que apresenta uma característica curativa, porém algumas equipes estão num processo de diminuição desta demanda espontânea, procurando alternativas que proporcionem esta inversão na característica da atenção à saúde.

E1/18 “a demanda que é uma coisa que é um problema muito grande, a questão da demanda espontânea, né”

E1/20 “eu acho que é uma característica da população mesmo, que é muito curativa né”

E1/25 “a gente faz muita força mesmo, pra que esta, a demanda espontânea diminua né, e que a gente veja o impacto do nosso serviço, do nosso trabalho, na população, que é a diminuição da demanda espontânea”

E10/22 “Nós percebemos que a unidade ela tem uma grande demanda, e percebemos que a gente tava fazendo mais atendimento de pronto-atendimento, do que é atendimento de prevenção e promoção de doenças, né, e promoção de saúde,..., é 72% se eu não me engano, eram de atendimentos de psiquiátricos, e pessoas que iam ao acolhimento,..., esse grupo, ele foi criado pras pessoas conversarem, pra elas, né, se sentirem acolhidas”.

Em uma outra realidade de Estratégia Saúde da Família, os pesquisadores colocam que, entre as enfermeiras entrevistadas, pôde-se perceber que a dificuldade em organizar a demanda encontrava-se no cotidiano da comunidade, que, além das doenças, conviviam com a violência, drogas, prostituição, problemas para os quais elas não foram preparadas e nem se sentiam seguras para neles intervir.³³

Também outro autor, ao fazer uma reflexão à cerca da Estratégia Saúde da Família, aponta que:

“ uma era de equívocos irreparáveis começou a permear a originalidade da Estratégia Saúde da Família, como a descaracterização do papel do agente comunitário de saúde, passando apenas como um vínculo empregatício, a disfunção do foco de atenção da equipe das famílias ao atendimento individual, ou seja, a descaracterização das ações básicas, alguns municípios incluíram muitas outras atividades num pacote “básico da ESF”, que paulatinamente se torna sobrecarregado e descaracterizado; e completa que se não houver uma atenção especial à estratégia, a mesma pode em breve ser irremediavelmente comprometida nos sonhos preconizados desde 1988”.²¹

Então, no desenrolar deste emaranhado em que se encontram as equipes de Saúde da Família, surgem algumas dificuldades, atribuídas a diferentes razões, como os relacionamentos, devido às diferenças de personalidade que envolvem os diferentes membros das equipes, como também a própria aplicabilidade do processo de trabalho em equipe, como a divisão de tarefas, a visão ampliada do trabalho e do compartilhamento.

Também foram evidenciados outros pontos de tensão que envolvem os membros da equipe, como a dificuldade de compreensão acerca da proposta da Estratégia Saúde da Família, seja por parte dos próprios

profissionais, e principalmente pela população, dificuldade em desenvolver um processo contínuo de planejamento e avaliação para as ações a serem desenvolvidas pela equipe.

No entanto um aspecto bastante relevante é demonstrado na pesquisa: a falta de apoio e respaldo por parte da Secretaria da Saúde em manter um princípio homogêneo, referente à aplicação e desenvolvimento do trabalho em equipe, uma vez que ora se apresenta totalmente integrada neste processo com as equipes e, em outros momentos já não apresenta esta constância.

Temos ainda a referência do incômodo que permeia as equipes em razão de seus atendimentos, uma vez que, na maioria das vezes, há o predomínio de atendimentos espontâneos em detrimento dos programáticos. Este fato é atribuído ao conceito da população, que historicamente possui hábito da busca pela atenção curativa. Ainda assim, porém evidenciam-se alguns movimentos das equipes no sentido de criarem estratégias que colaborem com a diminuição desta demanda e levem à conscientização da população. Cabe lembrar que a própria organização dos serviços e as condutas profissionais no modelo tradicional de atenção fazem parte dessa construção histórica, não devendo a responsabilidade ser atribuída apenas aos usuários.

Concordando com a afirmativa de que “na Estratégia Saúde da Família, é possível que, através da interação dos profissionais se construa um projeto que seja compartilhado por todos”.⁶²

E também que o trabalho em equipe é um processo que está em construção e consolidação, deve ser pautado numa prática comunicativa orientada para a atenção às necessidades de saúde dos usuários, de forma a atentar-se para as necessidades subjetivas, para a integralidade da atenção e para a interdisciplinaridade.⁷⁰

É possível observar através desta categoria o esforço que as equipes de saúde da família, deste município tem procurado desenvolver, no sentido de implementar o efetivo trabalho em equipe.

CATEGORIA 3

A GERÊNCIA NA

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

TEMÁTICAS:

1- A co-gestão, a equipe de referência, no desenvolvimento do processo de trabalho em equipe;

Esta categoria nos mostra, segundo os depoimentos, que para a questão gerencial na Estratégia Saúde da Família, é adotada a gestão compartilhada, em que os aspectos gerenciais, bem como os de relacionamentos e assistenciais, devem ser compartilhados por todos os membros da equipe.

No município de Marília, a efetivação da equipe de referência, composta pelo enfermeiro, pelo dentista e pelo médico nestas equipes de saúde da família viabiliza o desenvolvimento do trabalho em equipe e conseqüentemente a co-gestão do serviço.

A proposta de co-gestão oferece aos serviços de saúde a possibilidade de uma gestão coletiva, e não como uma gerência atribuída a poucos profissionais ou especialistas que detêm e centralizam o poder.³²

Na co-gestão todos participam das decisões, em negociações permanentes, em discussão e recomposição com outros desejos, com outros interesses e com outras instâncias de poder, não havendo poder nem dominação absolutos.⁶¹

Trata-se de um modelo de administrar centrado no trabalho em equipe em que planeja quem executa, incluindo o pensar e o fazer coletivos, ou seja, procura-se articular o novo formato no atendimento em saúde com a participação dos envolvidos no trabalho em equipe.⁶⁶

A cartilha do PNH, Humaniza – SUS, acrescenta que o colegiado gestor de uma unidade de saúde deve ser composto por todos os membros da equipe ou por representantes, com a finalidade de elaborar projetos de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade,

responsabilizando os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar indicadores, sugerir e elaborar propostas.^{65,66}

Alguns depoimentos nos mostram que a equipe de referência tem procurado trabalhar num modelo de compartilhamento de todas as questões que envolvem a equipe, procurando compartilhar saberes e dificuldades, assim como as resoluções dos problemas. Uma característica observada na organização do trabalho desta equipe de referência é que os seus membros têm o cuidado de pactuar todas as decisões antes de expor ao restante da equipe.

Por meio da implantação da equipe de referência, o serviço de saúde se reorganiza e se reestrutura. O processo de gestão envolve a equipe interdisciplinar, que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, utilizando-se da clínica ampliada e da integração entre as distintas especialidades de acordo com o problema a ser enfrentado.⁷¹

Segundo a cartilha PNH do Humaniza SUS, trata-se de um grupo multiprofissional, caracterizado pelo objetivo de cada serviço de saúde, passando a ser estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde, ou seja, o esqueleto de sustentação das organizações de saúde.^{65,66}

As questões mais burocráticas também são compartilhadas entre a equipe de referência, como, por exemplo, observadas nos depoimentos. O malote no município em questão é um sistema de correio entre as equipes e o nível central, pelo qual são recebidas e enviadas as demandas burocráticas entre estes níveis de atenção.

No contexto do modelo assistencial proposto pelo SUS e pela ESF, a gerência dos serviços de saúde deve se conformar como um instrumento que possibilite o compartilhamento de poder na dinâmica do processo de trabalho das equipes.⁷²

E1/9 “o malote, que é uma coisa assim, muito burocrática, aqui a gente divide né, entre todos, né”.

E4/9 “É, eu acho que é uma divisão mesmo né, eu ajudo, vamos dizer, em algumas coisas, eu ajudo o médico, o médico me ajuda em algumas outras coisas né, aqui a gente trabalha junto”.

E4/11 “Então a gente tem que trabalhar juntos, então a gente acaba tendo esta divisão de tarefas, mas ao mesmo tempo, ao mesmo tempo, eu divido, eu compartilho na verdade....., acho que é esse o trabalho em equipe”.

E7/1 “no PSF a questão gerencial, ela é, é....., pra mim fica muito claro que não tem aquela sobrecarga é.....de gerência.....ela é bem dividida entre os 3 membros da equipe, enquanto, o médico, o enfermeiro e dentista”.

E7/2 “então a questão dos, das, é de malote, é....., de resolução de problemas, enquanto de reclamação de usuário, de falta de medicamento, e algumas outras coisas, né, várias outras coisas gerenciais, isso pra mim não fica uma sobrecarga muito grande, enquanto qui comparada à UBS, né; qui eu já trabalhei, qui é a enfermeira que resolve tudo”.

E8/25 “Eu acho que é muito junto a gerência e a assistência....., porque eu não consigo ver uma separação....., tem que ficar, tudo tem que ser ligado um ao outro, mas esse ligado um ao outro, não significa, só do enfermeiro, eu acho que tem que ter o envolvimento de outros profissionais também”

E9/14 “Então, é, 50% das vezes, eu chamo o médico pra discutir uma medicação comigo. Só que lesão de pele, se é catapora, se é sarampo, o que, que é, ele me chama porque ele não tem conhecimento pra isso”

E9/15 “Então, a gente troca muito, troca muito mesmo....., a gerência, ela, não é muito diferente disso”

E9/17 “....., então, às vezes, eu tenho um pouco mais de jeito talvez pra lidar com a equipe, mas tudo que a gente conversa com a equipe, os três tão amarrados, a gente decide anteriormente”

E10/11 “Porque com o apoio delas, eu acho que três cabeças pensando junto, a gente vai desenvolver muito mais o trabalho em equipe, e isso vai, como consequência, melhorar o atendimento pra população”

Em outro estudo desenvolvido com profissionais da Estratégia Saúde da Família, observou-se que estes apresentam uma articulação técnica durante o processo de trabalho. Por exemplo, o médico procura o enfermeiro quando há dúvidas com vacinas; o enfermeiro, por sua vez, necessita do médico para esclarecer problemas levantados nas consultas de enfermagem. Também tanto o médico quanto o enfermeiro apresentam uma certa articulação com o dentista, e estes, com os agentes comunitários de saúde, ou seja, tem ocorrido um certo grau de articulação entre as ações dos profissionais, uma vez que estão procurando conhecer o trabalho uns dos outros, apesar de esta articulação se dar apenas para atender as demandas imediatas dos usuários.^{62,35}

Também é importante frizar que, neste processo de co-gestão, os responsáveis pela gestão devem sempre considerar o compromisso ético, com o cuidar da saúde dos sujeitos e coletividades, utilizando-se o conceito

da promoção à saúde, pois considera-se que esse conceito pode proporcionar outros modos de atenção e de gestão em saúde.⁶⁷

Este modelo de conformação voltado à equipe de referência ainda é uma novidade para seus membros; talvez por isso são apontadas, nos seguintes depoimentos algumas deficiências neste processo como:

Dificuldade em assumir o compartilhamento das atividades;

- Maior domínio técnico em detrimento do gerencial;
- Baixa resolatividade na resolução das questões burocráticas;
- Dificuldade em assumir responsabilidades;
- Despreparo técnico na graduação, ou referente à educação permanente para exercerem tal responsabilidade, com maior sinalização aos profissionais médicos e dentistas;
- Profissionais da equipe de referência já trabalhando há muitos anos juntos, num modelo de gerenciamento centrado no profissional enfermeiro;
- Profissionais que mudaram de equipe apresentam dificuldade de participar deste processo de compartilhamento de atividades em suas novas equipes, uma vez que não vivenciaram este modelo anteriormente;

E1/8 “ a gente divide as coisas entre a gente.Muitas vezes, tem dificuldade lógico de compartilhar, é, porque assim, é mais fácil ficar dentro no consultório, atender todos os pacientes, do que pegar né, alguma coisa mais gerencial, mais burocrática”

E1/10 “Muitas vezes assim, o que tá dentro do malote acaba parando em cima da minha mesa, que é uma dificuldade....., não é só uma questão de abrir o malote”

E1/14 “se dá pra deixar pra gente, acaba deixando, mais assim, é assim, eu diria que assim, uns 50 % a gente vai, a gente consegue, porque não são todas as situações que acaba, o que dá pra se esquivar, se esquivar mesmo né”

E2/7 “Então a proposta que a gente, no aspecto da gerência, que a gente trabalhe junto os três, mais na minha realidade, eu tenho ainda muita dificuldade”.

E2/26 “eu acho que existe uma dificuldade grande dos outros profissionais, de fazer gerência, de como gerenciar uma equipe”.

E2/57 “porque eles já verbalizaram pra mim, que eles precisam de ajuda, pra poderem me ajudar”

E3/2 “A abertura de malote, reuniões, que a gente tem um pouco de dificuldade de tá envolvendo o profissional médico, o profissional de odonto, né, numa parceira, pra eles assumirem isso, mas devagar eles tão assumindo”.

E3/14 “Aí, abre o malote, pega todas as coisas e colocam na minha mesa...., como se fosse o papel, né, dela e que só ela poderia fazer isso aí”

E6/3 “Tem sido um processo bastante dificultoso, porque há vários anos que eu atuo nessa, é a mesma equipe, há vários anos.....,dentista, médico e enfermeira”

E6/4 “é uma novidade pra eles”

E6/7 “O médico e o dentista não tinham conhecimento suficiente, da questão gerência, pra podê trabalhar, pra podê tá atuando mais eficaz, e mais ativamente na equipe”

E7/13 “Apesar que assim, a gente tá com um pouquinho de dificuldade na parte do dentista, porque ela vem ainda de uma unidade, que não aderiu a isso”

Esta também é uma dificuldade apresentada em outros serviços de saúde que, em geral, apresentam uma composição multiprofissional, com baixo grau de coordenação, comunicação e integração entre as especialidades.⁷¹

Reconhecemos o funcionamento integrado da equipe de referência torna-se um espaço coletivo, que possibilita a discussão de casos clínicos, sanitários ou de gestão, e participação da vida da organização, diminuindo a fragmentação imposta ao processo decorrente da especialização. Sendo assim, o papel de cada profissional da equipe deve ficar bem claro.⁷¹

Na Estratégia Saúde da Família, é fundamental que cada profissional considere o seu âmbito individual de responsabilidade e neste responda pela ação executada, ainda que se considere a co-responsabilidade pelo conjunto de ações na equipe.²⁶

Em geral, as equipes estão passando por um processo de transição para a efetivação do processo de trabalho em equipe e da equipe de referência. Esta é uma fase é imprescindível para que todas as equipes consigam implantar a gestão colegiada. Como este é um processo demorado e dificultoso, em alguns casos é preciso o apoio e a intervenção mais efetiva da equipe de coordenação da atenção básica. Algumas equipes conseguiram detectar seus problemas e solicitaram o apoio desta equipe de coordenação da atenção básica. Outras já conseguiram avançar neste processo e criaram estratégias, como confecção de escalas de participação em reuniões, escalas de abertura de malote, etc.

Em vista disso, podemos propor algumas recomendações, como a instituição de supervisão às equipes. Não se trata de uma supervisão

controladora e fiscalizadora. Essa supervisão teria o objetivo de instituir processos de reflexão e de educação permanente como apoiadora e agenciadora de mudanças, ajudando na identificação e no enfrentamento de problemas, podendo se necessário, assumir um caráter mais técnico, ou mais de instrumentalizador de processos de mudança.⁶⁴

E1/15 “é um trabalho, eu penso que não é de um dia pro outro, né, eu acho que precisa passar por isso mesmo, né”

E3/16 “Agora temos uma escala, pra reunião de comunidade, uma escala de abertura de malote, né, uma escala de reunião com a coordenação”

E6/2 “É, a gerência dessa equipe, sempre foi feita, direcionada no papel da enfermeira, trabalhando junto com a equipe gestora há três meses, a gente vem inserindo muito mais a figura do médico e do dentista, pra gente vê se a gente consegue implantar aqui a questão da gerência colegiada”

E6/6 “quando sentamos, discutimos algumas coisas que não estavam funcionando, pedimos o apoio da equipe gestora, pra iniciar este novo processo”

E6/28 “.....aí, teve um ponto de partida, que foi uma reunião. Nós fazemos uma reunião semanal, de, os três, e foi à partir, foi esse ponto de partida, nessa reunião semanal, que a gente decidiu, que poderia é....., elaborar uma nova sistematização na questão gerência”

E10/1 “É, no aspecto de gerenciamento, é....., a equipe, ela tá em transição, assim, como eu também tô”

No que se refere à prática na equipe, em relação ao trabalho da equipe de referência, observa-se nos depoimentos que também há algumas estratégias criadas por estas equipes de referência como rodízio na coordenação/supervisão das reuniões que acontecem, em geral semanalmente, com o restante dos profissionais da equipe.

E2/29 “o dentista e o médico fazem supervisão com o agente comunitário”

E7/11 “a questão gerencial....., que nós não colocamos, além da nossa reunião de equipe, é, nós temos também, temos é, reunião com os agentes comunitários, né, que dá pra gente, nesta reunião dos agentes comunitários, a gente também faz semanalmente, né.

Uma é feita, com a enfermeira, médico e dentista, é, esta reunião que a gente faz com os agentes comunitários, a gente faz entre enfermeiro, médico e dentista, a gente reveza”

E10/6 “A gente já tá dividindo mais as reuniões com os agentes comunitários”

Algumas falas apontam como dificuldade para a implantação da gestão colegiada, mais referentes à compreensão deste processo pelos profissionais que compõem a Secretaria da Saúde. Há questões demandadas pela Secretaria da Saúde que deveriam ser compartilhadas

entre a equipe de referência e, na prática, não são. Na maioria das vezes ficam direcionadas ao enfermeiro. Em outras situações observa-se uma discrepância na afirmativa da Secretaria da Saúde, em que em alguns momentos reafirma a necessidade da gestão colegiada e em outros não a sustenta.

Também foi sinalizada a necessidade de a Secretaria da Saúde manter um processo de treinamento, educação permanente com os profissionais em relação à gestão colegiada e principalmente manter uma postura homogênea neste sentido, pois é preciso dar apoio a essas equipes, seja em relação a fatores externos, bem como no próprio desenvolvimento de trabalho dos profissionais nas equipes.

E2/11 “eu acho que na teoria a secretaria propõe uma coisa, mais na prática, eu acho que até eles mesmos acham que a competência é do enfermeiro, enquanto delegam alguma coisa, que eu acho que às vezes podia ser dividida entre os três”

E2/25 “então porque são duas pessoas falando diferente, ao mesmo tempo que a secretaria propõe que a gente tem que trabalhar em equipe, que a gente tem que dividir, na gestão colegiada, isso não acontece. Isso gera um descontentamento da gente, né?!!!”

E2/31 “talvez a secretaria também deveria é trabalhar isso com eles”.

E2/36 “porque ao mesmo tempo que eles percebem que é uma coisa cobrada, mais que na prática não é cobrada”

E2/37 “Eu me sinto muito mal, quando ligam lá na unidade....., e chamam a enfermeira pra dá um recado pra dentista, eu fico louca”

E3/25 “ Sinto bastante falta de um apoio, de umas questões gerenciais, de suporte, de trabalho em equipe”

E8/4 “....., não só, digamos assim, é, in locu, mais eu acho que, de uma, de um nível central, de um nível maior.....,”

Reafirmando esta observação dos enfermeiros do estudo em questão, também encontramos estudos que referem a mesma problemática: uma evidente falta de compreensão da coordenação referente à gestão colegiada, pois o enfermeiro nesta outra realidade também é referenciado na equipe, e as demandas sinalizadas pela coordenação fogem da rotina de trabalho, como por exemplo, a transferência de cuidados com o meio de transporte dos profissionais (perua), a exclusividade para o enfermeiro receber ligações telefônicas, mesmo quando são para outros profissionais, correspondências e outros afazeres, centralizando as ações no enfermeiro.⁷³

Também ficou evidenciado neste outro estudo, coincidindo bastante com a realidade apontada pelos enfermeiros de Marília, a falta de respaldo, de autonomia e apoio por parte da coordenação municipal.⁷³

Em relação à vivência interna da equipe de referência, o estudo mostra que, para que ocorra a efetiva implantação deste processo, é necessário que os profissionais envolvidos, neste caso o enfermeiro, o médico e o dentista, devem estar dispostos e abertos. Em especial, foi citada maior disponibilidade do médico e do dentista, uma vez que o enfermeiro percebe a maior dificuldade destes profissionais, também é necessária que estes profissionais estejam unidos e com ações e discursos coesos, de forma homogênea, pois a maioria das falas aponta a equipe de referência como base de toda a equipe.

E1/43 “se a gente não se engrenar bem, pode até desencadear um problema né, maior, que isso reflete né, nos outros membros da equipe, né”

E2/35 “os profissionais também têm que ter vontade”

E2/54 “a gente tem que tá os três unidos pra controlar tudo”

E4/15 “ porque aquela coisa, que se a gente não tiver estruturado, com as mesmas opiniões, com as mesmas formas de trabalho, a gente não consegue coordenar o resto da equipe. Se cada um pensa de um jeito, com certeza eles vão partir para o lado mais fraco”

E4/16 “então, já que a gente coordena a equipe, então tem que ter uma opinião única, senão, não tem como funcionar”

E6/30 “E o dentista e o médico ficaram bem abertos, neste novo processo”

E10/10 “Porque eu acredito que se a gente fala a mesma língua, o gerenciamento, hoje, que eu vivencio, ele tá bem melhor, do que antes”

É preciso que os diferentes profissionais das equipes apresentem certa predisposição (subjetiva) para lidar com incertezas, receber e fazer críticas e principalmente para a tomada de decisão de modo compartilhado, uma vez que é comum observarmos que os profissionais constroem identidade e seguranças, relativos ao seu campo de domínio especializado, dificultando a sua abertura para a interação em espaços interdisciplinares.⁷¹

“ as vivências e práticas interdisciplinares serão possíveis se os profissionais possuírem características de humildade, de abertura, de disponibilidade para formar vínculo com outros técnicos, mantendo para isto sua competência profissional

que lhe dá a segurança necessária para o exercício da autonomia e da prática compartilhada”.⁷⁴

A equipe de referência reúne-se semanalmente para a discussão da pauta da reunião de equipe e compartilhar as atividades, referentes ao processo de trabalho, sempre com o objetivo de manter uma fala homogênea.

E1/12 “È daí quando os funcionário....., tem alguma coisa....., algum problema na unidade, eu também assim, o que dá pra resolver em reunião de equipe vai pra reunião de equipe, se for coisa do momento, a gente reúne os três, e vai conversar os tres”

E1/45 “A gente tem, antes da reunião de equipe, né; que a gente senta pra conversar, e pra ver assim os problemas da semana, o que quê a gente, qual que vai ser nossa posição né, tem assim os problemas da unidade na reunião de equipe, pra amenizar um pouco esta discrepância”

E2/28 “a gente senta, todo dia antes de começar a reunião de equipe, pra dividir pauta, pra organizar”

E2/51 “Eu não tinha essa experiência, é uma experiência que na unidade a ex-enfermeira já fazia com eles, e assim, eu abracei, e não consigo mais viver sem isso”

E2/55 “...., o período que a gente senta, e a gente coloca as coisas, e o que poderia tá mudando, né, eu acho que é muito jóia”

E3/20 “Das duas às três, senta a equipe de referência, o médico, dentista e o enfermeiro, a gente discute e às três horas vai para a reunião maior, né, com os agentes ,com as auxiliares”

E4/14 “a gente tem um momento, que a gente senta só nós três, e a gente conversa e aí a gente discute o processo de trabalho”

E7/14 “Existe, a nossa reunião também, que é entre enfermeiro, médico e dentista, antes também da reunião de equipe.

Eu acho que também, pra gente tentá falá a mesma língua, né, se tiver algum problema, pra gente tentá resolver ali, porque se a gente não tem uma base, se a gente não passa uma confiança pra eles, de que nós tamo falando a mesma língua, que tamo seguindo o mesmo caminho.

Acho que fica muito complicado, relacionamento, aí se desmonta, neste momento”

E10/9 “É, então gerenciamento, tá sendo bem melhor agora, porque, a gente ta fazendo reuniões, antes das reuniões de , de comunidade....., reuniões antes de reunião de equipe, uma hora cada, cada período, neste período”

Há realmente a pontuação de alguns autores que afirmam a necessidade da criação de um espaço sistemático de encontro entre os integrantes da equipe de referência, para a discussão de casos, avaliar situações e definir ações.⁷⁵

No entanto ainda foi pontuado pelas enfermeiras que os profissionais médicos e dentistas direcionam atividades ao enfermeiro, seja por questões técnicas ou dificuldades pessoais.

E1/6 “que em algumas circunstâncias é mais fácil passar para o enfermeiro, porque ninguém quer ficar com o problema né”

E6/27 “Eles sempre ficaram afastados, tinha uma proximidade muito pequena, sem resolutividade, era um, era bem pontuado o que cada um dos dois fazia, i, aí, isso começou a ter uma sobrecarga muito grande da enfermeira, não conseguia resolvê tudo sozinha”

Apesar dos esforços para a construção do trabalho em equipe, também é possível se observar, na Estratégia Saúde da Família, a existência da fragmentação do processo de trabalho, havendo assim, o risco de os profissionais se isolarem em seus “núcleos de competência”.⁶²

Segundo apontam alguns autores⁷¹, a equipe de referência cria possibilidade de operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral.

Uma das preocupações da equipe de referência, evidenciada pelas enfermeiras, é a referente ao adequado relacionamento dos membros da equipe, que procuram sempre manter um relacionamento respeitoso na equipe, mediando conflitos, considerando para tanto as diferenças de personalidades e identificando os diferentes papéis de cada membro da equipe. Este processo tem sido feito também de forma compartilhada por toda a equipe.

Também foi pontuado que a equipe de referência consegue mediar melhor os conflitos do restante da equipe, do que os seus próprios conflitos, já que são diferentes personalidades e têm concepções muito distintas.

Ainda na trajetória referente aos relacionamentos na equipe, fica evidente a melhora nos relacionamentos quando o médico e o dentista passam a participar das questões gerenciais.

Corroborando com o acima exposto, alguns autores afirmam que o tipo de relação encaminha para uma gestão participativa, democrática, ou, pelo contrário, autoritária ou centralizadora. Assim também o modo de trabalhar e a forma como o trabalho está organizado influenciam as relações

de equipe de trabalho. O contrário também é verdadeiro: as relações influenciam o jeito de trabalhar.⁶⁸

E1/38 “eu tenho uma vantagem, até assim, eu vejo que os agentes comunitários, eles conseguem, é, assim, se resolver né, resolver seus problemas muito mais do que o nível superior”

E1/39 “só que assim a gente medeia muito”

E1/42 “talvez no momento o conflito maior esteja entre o nível superior, porque a concepção é muito diferente....., são personalidades muito diferentes”

E4/17 “a gente passa a maior parte do tempo aqui dentro, se a gente não tiver um relacionamento adequado dentro da unidade, não anda, não tem jeito, então tem que ser uma coisa muito bem organizada, sabe”

E4/18 “ se a base, que é a convivência, não tiver o mínimo de respeito, não dá”

E5/6 “E relacionamento, eu acho que a gente meio que, medeia os relacionamentos”

E6/23 “Com essa nova inserção do dentista, e do médico na questão gerencial, tem melhorado muito o relacionamento inter-pessoal da equipe como um todo”

E9/13 “E na questão de relacionamento, a gente consegue, os três aqui, médico, dentista e enfermeiro, enxergar muito qual é o papel do outro”

Um dos principais objetivos da equipe de referência, entre vários outros, é a capacidade de construção de vínculos, seja entre os profissionais ou com os usuários.⁷¹ Sendo assim, essa equipe necessita se instrumentalizar acerca de seu papel; o que fazem os profissionais que a compõem, fazendo busca literária, trocas de experiências com outras equipes, construção de projetos e propostas de avaliação de suas ações.

No entanto, os enfermeiros identificam que este também é um papel da coordenação das equipes, ao pontuarem que deve existir apoio às equipes, por meio da educação permanente. Observa-se ainda, nas falas, que o médico e o dentista já reconhecem que a enfermeira necessita de ajuda, porém não sabem como fazê-lo.

E2/34 “eu acho que apoiar, tem que fazer educação permanente, que saia um pouquinho do papel”

E2/58 “Eu entendo, enfermeira, que você tem muita coisa pra fazer aqui dentro, que eu posso te ajudar, mais eu não sei como, enquanto médico, enquanto dentista”

E3/13 “Então tão tomando conhecimento dessas questões, mais tm um relacionamento de empatia, de vínculo, né, de comprometimento..., um relacionamento tranquilo, tanto com a equipe de referência que é o médico, a dentista e o enfermeiro, quanto a equipe de nível médio”

E3/29 "Pras pessoas também entender esse processo, senão ela fica achando que pode ter pediatria aqui também, que aqui também pode ter gineco.....,Então a gente faz este processo de referência literária, nós três"

E6/8 "Então, a gente teve qui, buscá....., fazer busca de informações, fazer bastante troca de experiências, pra eles conseguirem, é....., ser inseridos neste processo"

E6/9 "mais a gente tá conseguindo caminhá, porque nós, nós fizemos, é...., um pré-projeto, com....., com prazos a serem cumpridos, e isso tem ajudado bastante"

E6/31 "É, a gente tem uma proposta de avaliar, depois de seis meses, o contexto todo"

Este é um desafio colocado em discussão, pois é evidente a necessidade de sensibilização e de instrumentalização dos profissionais na Estratégia Saúde da Família, como estímulo a uma prática avançada em saúde; buscando recursos de conhecimentos que possa capacitá-los a pensar e agir de acordo com o modelo proposto.⁵⁵

Há uma pontuação de grande valia feita por uma das entrevistadas: - a de que as mudanças propostas pela equipe de referência devem ter significado para o restante da equipe.

E3/32 "Então este processo de espera, né, de ter significado, de sentir que isto é importante pra poder executar, também é um processo que né, depende muito do jogo de cintura que a equipe tem"

Na análise dos dados desta temática, o que pudemos observar é que as equipes de Saúde da Família do município de Marília estão procurando efetivar a implantação da gestão colegiada, a fim de que os aspectos gerenciais, de relacionamentos e até mesmo os assistenciais que envolvem os membros da equipe, sejam compartilhados por todos, quer seja na tomada de decisão, para sugestões, etc.

Evidencia-se, nesta análise, que a coordenação da atenção básica no município tem como proposta a efetivação da equipe de referência, neste caso composta pelo enfermeiro, médico e o dentista de cada equipe, como uma estratégia para viabilizar a proposta de co-gestão e do trabalho em equipe. O que se pode notar é a adequação desta proposta, quando a confrontamos com o referencial teórico a esse respeito.

A equipe de referência, por sua vez, compartilha saberes, dificuldades e os problemas que envolvem a equipe. O fundamento principal desse compartilhamento é a informação e a comunicação em equipe,

também envolve as questões burocráticas, não ficando estas questões apenas direcionadas ao enfermeiro.

Porém, como este modelo de conformação voltado à equipe de referência ainda é uma novidade para seus membros, assim como a co-gestão no processo de trabalho da equipe, são evidenciadas algumas deficiências neste processo de implantação, causadas por deficiências pessoais dos profissionais ou pólo despreparo técnico na graduação, falta de responsabilização, etc.

Em geral estas equipes que estão passando por um processo de transição para a efetiva implantação do trabalho em equipe, da co-gestão e da equipe de referência criam estratégias que visam à reestruturação do trabalho da equipe. No entanto, para que este processo ocorra, é imprescindível o apoio e respaldo da coordenação da atenção básica.

Também foram sinalizadas deficiências conceituais relativas aos temas em questão, seja por parte dos próprios profissionais da equipe envolvidos neste processo, bem como pela população e também pela Secretaria da Saúde.

Quanto à dificuldade de compreensão e respaldo pela Secretaria surgiram nos depoimentos algumas pontuações como a necessidade da coordenação central realizar, com as equipes, processo de treinamento, educação permanente e, principalmente, manter uma postura homogênea, contínua e regular.

O que ficou bastante evidente é a real necessidade de estes profissionais se instrumentalizarem a respeito das temáticas em questão.

Finalizando a discussão desta temática, como uma forma de reflexão, citamos a colocação de Furtado⁷⁵, que considera que a equipe de referência deve ter um lugar de importância na equipe, mas não de centro, e que sejam garantidas trocas e transições nos serviços entre os profissionais e, principalmente, com o usuário.

2 – A gerência e o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

Fica evidenciado, nas falas das entrevistadas, que a gerência na Estratégia Saúde da Família, fica mais a cargo do enfermeiro, apesar da proposta de co-gestão e da vontade de alguns profissionais. Todas as questões gerenciais são direcionadas ao enfermeiro e este, por sua vez, acaba gerenciando assuntos que não são de sua competência, não conseguindo uma divisão de atividades com os outros membros da equipe.

Esta concepção de que o enfermeiro é o gerente da unidade perpassa por todos os níveis, seja interno na própria equipe, como externo, advindo da Secretaria da Saúde ou dos usuários.

E1/1 “eu acho que eu to gerenciando mais agora que eu sou fixa, do que quando era substituta....., então não tinha tempo mesmo pra tá gerenciando”

E1/3 “no programa saúde da família, a gerência, ... teria que ser né, diluída né, mesmo entre o médico, enfermeiro e dentista,.....,a vivência que eu tenho no momento, é que a gerência quem faz mais mesmo é o enfermeiro”

E2/8 “eu percebo uma vontade em termos, dos outros profissionais, em ta gerenciando o nosso serviço, mais eu acho que fica muito ainda pra gente, pra nossa competência, do enfermeiro mesmo, em todos os aspectos”

E2/9 “às vezes, a gente acaba gerenciando coisa que não é do enfermeiro”

E2/14 “eu acho que é tudo muito delicado, direcionado pra gente”

E3/1 “referente ao aspecto gerencial, a minha vivência é que não consigo ter uma divisão com outros membros da equipe”

E3/3 “ainda continua a questão da enfermeira ser a referência da unidade, né, então, liga para o mutirão de mamografia, chama a enfermeira, então liga porque vai ter uma reunião de capacitação da odonto, aí liga para a enfermeira, odonto quer saber quantas crianças tem na área de abrangência, fala com a enfermeira”

E3/4 “ainda tem essa referência que a enfermeira é a gerente da unidade”

E3/36 “Então, pra equipe eu acho que isso é mais fortalecido, agora, na comunidade, não. Eles acham que a enfermeira vais resolver de tudo.

Eles tem forte o papel da enfermagem, eles acham que a enfermeira é a chefe, que quem é o chefe é a enfermeira”

E3/37 “É, eles não acham que o dentista pode resolver um problema do seu papanicolaou, ou que o médico pode resolver um encaminhamento seu que não foi agendado”

E3/39 “Então assim, sempre existiu chefe, né, na UBS, sempre existiu gerente”

E5/2 “Mais, os gerenciais, organizar a unidade, organizar a farmácia, a recepção, organizar atendimento, organizar..., o andamento da unidade como um todo”.

E6/3 “Tem sido um processo bastante dificultoso, porque há vários anos que eu atuo nessa, é a mesma equipe, há vários anos...,dentista, médico e enfermeira”

E6/5 “ É, chegou um ponto que nós descobrimos que a gerência tava por conta única e exclusiva da enfermeira”

E8/6 “....., quando tem um problema na unidade, referência, o enfermeiro....., eu acho que, infelizmente, mais isso daí parece ser meio que cultural, é uma coisa que vem, que parece que gerente é o enfermeiro”

Quanto a essa lógica de gerência, envolvendo o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família este é um dos desafios que vem sendo colocado em questão, pois observa-se que o enfermeiro vem assumindo o papel de coordenador de equipe e na maioria das vezes, este papel parece estar “colocado”, pela instituição à qual está vinculado.⁷³

Em geral, é comum que a responsabilidade pela gerência na unidade de saúde da família fique a encargo do enfermeiro, sendo prática inerente ao processo de trabalho das equipes. Nesta prática gerencial os enfermeiros desenvolvem a coordenação da unidade, a supervisão pelos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, as ações de vigilância epidemiológica, controle de material, medicamento e pessoal, reunião de equipe, programação local.⁴⁷

Esta também é uma realidade apresentada em estudo feito em outros municípios. Apresenta-se que o enfermeiro, além de mediar as relações na equipe, e dessa com o nível central, também tem assumido funções de gerência e administração nos serviços de saúde, e este fato é atribuído à conformação histórica da enfermagem.⁶²

Cabe-nos, porém, ressaltar a afirmação bastante oportuna no decorrer da discussão deste trabalho e que considero nos servir de embasamento para reflexões:

- Enquanto o enfermeiro assume a posição de gerente, e conseqüentemente delega atividades aos hierarquicamente subordinados, ele se afasta do paciente, portanto esta “gerência”, pode ser considerada enganosa.⁷⁶

Como o enfermeiro historicamente está mais articulado com as questões burocráticas e gerenciais, a iniciativa de propor mudanças e o compartilhamento também têm ficado sob a responsabilidade do enfermeiro,

que este acaba propondo escalas, devolvendo atividades que deveriam ser resolvidas por outros membros, dividindo a coordenação da reunião de equipe, aproximando o médico e o dentista das discussões e resoluções do processo de trabalho, dividindo a coordenação das reuniões dos agentes comunitários; ou seja, na maioria das vezes a sugestão de co-gestão parte do enfermeiro.

Surge, então, para o enfermeiro a proposta da co-responsabilidade, como uma forma de maior valorização desse profissional, minimizando as dificuldades.²⁹

E1/11 “isso é uma coisa que eu tenho barrado. Então tá com o malote, então vai tentar resolver todos os problemas, que vêm junto naquela semana”

E2/53 “a gente tem que achar que a equipe de referência tá ali na unidade né, por isso que a gente senta, né, porque é a base”

E2/59 “então eles colocam, assim”.Eu não aprendi a ser gerente na faculdade, então você precisa me ajudar”. Então eu realmente proponho estas coisas”

E3/21 “Quando eu cheguei, eu que fiz a proposta, eles concordaram e a gente começou a fazer essa divisão e essas escalas, mas foi uma proposta minha”

E9/19 “...a reunião de equipe, que até há um ano e meio, mais ou menos, um seis meses que eu estava aqui era sempre o enfermeiro que fazia a reunião de equipe e o resto ficava de ouvinte....., Aí, eu comecei a dividir isso com a equipe, e aí a gente começou a, solicitar, a gente criou um cronograma, de quem é que vai comandar a equipe”

E10/5 “... eu tô querendo, fazê, uma transformação na minha unidade, no sentido de trazê o médico e a enfermeira, i o dentista, também pro gerenciamento junto comigo”

E10/7 “É, quando há algum problema na unidade, com algum funcionário, ou com a própria população, eu procuro, fazê, com que as duas participem junto comigo, a dentista e a médica”.

E10/8 “É, os agentes comunitários também, no sentido de coordenar uma reunião de equipe, também eu tô fazendo a divisão da coordenação da reunião de equipe, entre todos os membros da equipe, inclusive a auxiliar de serviços gerais”

E10/27 “... eu acho que com esta mudança, que eu tô fazendo agora, junto com a equipe, a equipe colegiada..., ela, já tá melhorando, no sentido do relacionamento”.

Também há o reconhecimento por parte dos próprios enfermeiros, de que estes às vezes assumem uma postura centralizadora, seja pela dificuldade de os outros profissionais assumirem suas responsabilidades, ou pela tradição histórica que envolve o enfermeiro acerca de tal temática.

O enfermeiro sempre esteve envolvido com a gerência, e sempre foi considerado como o “bruxo, malvado” na equipe. Porém este é um problema

que os enfermeiros têm procurado mudar, por considerarem que o enfermeiro sozinho não é suficiente para resolver os problemas da equipe, chegando a declarar que não tem a intenção de definir sozinho o andamento da equipe, e para tanto, muitas vezes, abre mão de suas idéias em detrimento da vontade dos outros membros.

E1/13 “porque senão a decisão parte da gente, né, e às vezes a gente centraliza mesmo né, o enfermeiro, que às vezes, eu acho, é muito centralizador também”

E2/60 “tem dificuldades quando eu coloco, vamos fazer tal coisa. Então, tem um pouquinho de dificuldade, mas eu, sinceramente, eu não acho que é má vontade, da minha equipe não é. A gente trabalha muito bem, os três, muito bem”

E6/24 “Porque antes era centralizado na enfermeira, então a enfermeira sempre era a bruxa, era a....., a malvada, e o médico e o dentista sempre eram os bonzinhos”

E9/20 “Porque eu não tenho a intenção de chegar aqui e falar....., o que vai ser....., já vivenciei situação de ter que abdicar de uma idéia minha pra fazer o que a equipe queria”

E10/2 “Quando eu iniciei no PSF, há alguns anos, eu fazia....., era mais centralizado em mim o gerenciamento”

E10/4 “Porque a enfermeira, hoje, do PSF, ela não dá conta mais sozinha”

E10/25 “A enfermeira, ela na grande maioria das vezes, ela centraliza, é, u, o gerenciamento....., assistência....., não sei, não sei se em todos os lugares é assim, mais é o que eu vivo”

E10/26 “....., a partir do momento que você faz um gerenciamento focado em você, o gerenciamento....., organização du, relacionamento, da assistência, parece que também fica mais focado em você”

Esta lógica do controle é uma característica marcante do modelo de gerência que influencia a enfermagem, desde a sua institucionalização.⁸

Constata-se também que os enfermeiros têm se deparado com diferentes desafios, e sentem muita dificuldade em se autoperceber nesse novo processo de trabalho e principalmente em compreender a dimensão do trabalho em equipe. Isso se deve a influência histórica da enfermagem no exercício profissional, em que modelos autoritários de gestão, ainda são predominantes no processo de trabalho, apresentando um discurso centrado nas relações rígidas e de poder atribuído ao enfermeiro. Nessa trajetória, esta categoria, ainda não teve tempo para apresentar maturidade para desconstruir esta figura histórica do enfermeiro.⁷³

Sendo assim, concordamos com o exposto:

“o cuidado de enfermagem deverá questionar e reformular seu conteúdo disciplinador e apaziguador de conflitos, visto que visa, a emancipação dos sujeitos envolvidos, no sentido da ampliação da autonomia, ou seja, da livre tomada de decisão, ciente das premissas e valores que a fundamentam”.²⁶

Uma outra especificidade observar em quase todos os depoimentos é que o enfermeiro acaba se envolvendo com as atividades que dizem respeito aos relacionamentos em equipe. Atribui-se isso à maior facilidade dos enfermeiros em gerir conflitos, seja por dificuldade dos outros profissionais, ou por ter tido maior conhecimento sobre relacionamentos na graduação.

E1/31 “a área de relacionamentos, é uma área que assim, eu dô bastante ênfase né, eu acho que assim, todos os problemas giram em torno de relacionamentos”

E1/33 “então eu acho que a base tem que ser um bom relacionamento”

E5/7 “Não tem como falar acho de enfermagem, sem falar em relacionamentos”

E5/12Acho que relacionamento, não tem como, né, enfermeiro, falou em enfermeiro, desde o primeiro ano até o quanto ano de faculdade que a gente tem de relacionamento”

E6/22 “Sobre o relacionamento....., é um ponto muito crítico”

E7/8 “Complicado falá de relacionamento”

E9/26 “É....., gestão de problemas pessoais, não tem jeito, acaba sendo com o enfermeiro mesmo”

E9/27 “É, o médico, não é, todos que eu já trabalhei, até hoje, não tem muito jeito pra conversar”

E10/18 “Tem a supervisão do auxiliar de enfermagem, que eu também acompanho....., e a nossa comunicação hoje, ela ta bem melhor do que antes, também....., porque a gente ta iniciando reunião com as auxiliares de enfermagem, que antes não havia”

Esta é uma característica já apontada em outros serviços, em que o enfermeiro acaba mediando as relações entre os membros da equipe e, deles com a coordenação.⁷³

No entanto, há depoimentos que comprovam a insegurança do enfermeiro quanto ao respaldo oferecido pela secretaria da saúde na

resolução dos conflitos seja relativos à equipe, ou com os usuários. O profissional sente falta do apoio da coordenação das equipes nas questões gerenciais, enquanto trabalho em equipe.

E2/5 “eu acho que a gente tenta fazer de tudo um pouquinho, e nem sempre sai do jeito que teria que ser feito, porque a gente não tem, digamos um respaldo”

E2/22 “Será que é só ir lá e tapar buraco?....., eu acho que precisa a gente ter um pouquinho mais de apoio, sabe, de treinamento, de planejamento, como é ser enfermeira dentro de uma unidade?!”

E2/39 “Então se tem um paciente que quer ir reclamar lá na secretaria, vai lá na enfermeira pra tentar apaziguar, e que respaldo, que às vezes a gente tem”

E2/42 “A enfermeira que vai lá, que dá a cara pra bater, e que respaldo a gente têm? E parece que a gente tá sempre tentando apaziguar, uma briguinha”

E2/47 “as vezes a gente acaba esquecendo em pouco estes princípios, para poupar alguma reclamação, algum descontentamento da população, tá, porque eu não me sinto muito respaldada”

Esta é uma realidade apontada por outros serviços. Ao se afirmarem que a coordenação municipal transfere responsabilidades novas e diversas para a enfermeira dividir com os demais membros da equipe, verticaliza o poder, tirando a autonomia do trabalho e não respaldando suas ações.⁷³

Algumas suposições aparecem nas falas dos enfermeiros entrevistados acerca de o envolvimento desse com a gerência, talvez sugerido pela maior experiência e familiaridade, ou pelo maior enfoque gerencial na graduação de enfermagem, em detrimento de outros profissionais. Podemos notar também é o esforço destes enfermeiros em contornarem tal situação, procurando estratégias para mudarem esta visão de que o enfermeiro é o gerente da unidade de saúde.

E3/44 “É investindo vai se modificando, a realidade, que a enfermeira é chefe”

E8/7 “É uma coisa difícil pra nós, e a gente tá re, retirando isso daí, tá tirando....., uma coisa qui a gente num, enquanto PSF, a gente não escuta o enfermeiro gerente; até porque uma que é uma lógica nossa, de nós tentarmos excluir isso daí”

As enfermeiras da Estratégia Saúde da Família destacam a importância da história profissional, em que predomina a lógica do controle

das escolas científicas e clássicas da administração, que, desde Florence Nightingale até o século passado, sofreram tal influência.⁷³

Cabe ressaltar que o processo de trabalho assistencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família deve ter como objetivo as necessidades de cuidado e a atenção integral de enfermagem; já no processo gerencial deve-se ter como objetivo os trabalhadores de enfermagem e a organização do trabalho, além da implementação de condições adequadas de trabalho e de cuidado de enfermagem. O cuidado de enfermagem, porém, deve visar e viabilizar o cuidado integral à saúde, e não deve acontecer descolado e estranho à gerência geral da equipe, pois as várias instâncias de gerenciamento precisam ser articuladas e neste processo o enfermeiro pode contribuir, participando e compondo as ações de gerência das equipes e do serviço.²⁶

Observando a análise dos dados evidenciados nesta temática, o que pode-se observar como maior relevância o papel central do enfermeiro envolto aos aspectos de gerência na Estratégia Saúde da Família.

Esta concepção de que o enfermeiro é o gerente da unidade de saúde, é atribuído às questões históricas da enfermagem, e é relativo a todos os níveis, seja internamente na unidade, como pela população e pela Secretaria de Saúde.

Também é atribuída aos enfermeiros a tomada de iniciativa de proporem mudanças no trabalho da equipe como um todo, bem como da equipe de referência.

Além das raízes históricas que permeiam o trabalho da enfermagem, e também em consequência destas, o enfermeiro apresenta uma postura centralizadora em algumas situações, o que acaba evidenciando e reforçando o seu envolvimento com a gerência na saúde da família. Há, no entanto, um crescente movimento de identificação dos enfermeiros referente à necessidade que esta categoria profissional tem, de compartilhar atividades reconhecendo que o enfermeiro sozinho na Estratégia Saúde da Família não é suficiente.

Ainda referente ao processo gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, vinculam-se as questões de relacionamento da equipe,

em que este profissional acaba sendo referência para as mediações dos conflitos em equipe. No desenvolvimento desta especificidade, o enfermeiro tem referido também a falta de respaldo da secretaria para a resolução, principalmente dos problemas advindos da população.

Algumas suposições procuram justificar as razões pelas quais o enfermeiro se apresenta envolvido com as questões gerenciais. Além da carga histórica, evidencia-se:

- ❖ Maior experiência e familiaridade;
- ❖ Maior enfoque gerencial na graduação;
- ❖ A gerencia nas unidades básicas de saúde;
- ❖ Permanência do enfermeiro num mesmo território por longo tempo;
- ❖ Dificuldade de implantação do trabalho em equipe,
- ❖ Diferentes concepções dos outros membros da equipe, entre outros.

Ainda assim, cabe-nos ressaltar o esforço contínuo dos enfermeiros envolvidos nesta pesquisa em criar estratégias para a mudança desta concepção, de enfermeiro gerente, por se acreditar no processo de compartilhamento das ações em equipe, uma vez que esta deveria ser inerente ao processo de trabalho da equipe. Considerando bastante oportuno para finalizar a discussão desta categoria, citamos:

“quando pensamos no tema da gerência articulada a estratégia Saúde da Família, a tomamos na perspectiva de compreendê-la como um instrumento do processo de trabalho em saúde capaz de contribuir para a transformação deste processo de trabalho na direção de um modelo assistencial usuário centrado, e não em função do controle e dos procedimentos e, enquanto tecnologia do trabalho em saúde, capaz de ser protagonista de mudanças e compromissada com a defesa da vida do usuário”.⁷²

MATRIZ NOMOTÉTICA

CATEGORIA 1 TEMÁTICAS	DEPOIMENTOS
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO NA ESF	2,3,4,5,6,8,9
DIFICULDADES VIVENCIADAS PELO ENFERMEIRO NA ESF	2,3,4,5,6,8,9

Quadro 1- Funções do enfermeiro na estratégia saúde da família (ESF)

CATEGORIA TEMÁTICAS	DEPOIMENTOS
O COMPARTILHAR EM EQUIPE	1,7,8,9,10
DIFICULDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE	1,2,3,8,10

Quadro 2 -O Processo de trabalho em equipe na ESF.

CATEGORIA 3 – A GERÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA TEMÁTICAS	DEPOIMENTOS
A CO-GESTÃO, A EQUIPE DE REFERÊNCIA, NO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE	1,2,3,4,6,7,9,10
A GERÊNCIA E O ENFERMEIRO NA ESF	1,2,3,5,6,7,8,9,10

Quadro 3- A gerência na estratégia saúde da família

6. REFLEXÕES ACERCA DO **DESVELAMENTO**

6. REFLEXÕES ACERCA DO DESVELAMENTO

Este estudo proporcionou a observação do quanto precisam ser trabalhadas as questões gerenciais na ESF, bem como melhor definir o papel do enfermeiro nesta estratégia.

Nota-se, por meio das falas, um grande empenho dos profissionais enfermeiros em possibilitarem esta mudança de prática, porém ainda encontram dificuldades, considerando-se a difícil aplicabilidade da ESF, a deficiência de profissionais capacitados e aptos a desenvolverem um trabalho em equipe, e ainda mais em compartilharem as questões gerenciais. Fica evidente a dificuldade de os profissionais enfermeiros se livrarem da carga histórica de todo o processo de trabalho da enfermagem.

Neste estudo procuro expressar a gênese da minha inquietação. A questão central é contribuir para uma reflexão acerca do papel do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, mais especificamente do envolvimento deste profissional com o gerenciamento, em meio à proposta de compartilhamento do trabalho em equipe. O estudo permite também a reflexão sobre como ocorre esse processo de trabalho numa proposta de mudança de modelo que hoje absorve tantos profissionais enfermeiros.

Sendo assim, pelas análises realizadas, podemos observar que o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família responde por diversas atividades desenvolvidas no seu cotidiano de trabalho, tornando evidente a variedade de ações em que este profissional se encontra envolvido.

Tais ações concentram-se nas diferentes áreas do processo do trabalho, sejam elas gerenciais, assistenciais e de relacionamentos, que se conformam de acordo com a organização do processo de trabalho de cada equipe.

Apesar de ter evidenciado também “dúvidas” e conseqüentes conflito, por parte dos enfermeiros entrevistados em relação a algumas ações que desenvolvem, verificamos que as ações citadas neste estudo estão integralmente de acordo com as normativas preconizadas pelo Ministério da Saúde para a Estratégia Saúde da Família e pelo Conselho Regional de Enfermagem.

Estes conflitos também são sinalizados diante de outras dificuldades

vivenciadas pelos enfermeiros, principalmente relacionados à efetiva implantação do trabalho em equipe, entre outros.

Especificamente no processo de trabalho do enfermeiro, são sinalizadas dificuldades que interferem diretamente em sua rotina de trabalho, e evidencia-se a necessidade de estes profissionais se apropriarem das ferramentas inerentes à profissão e conseqüentemente às da co-gestão, vislumbrando nelas um adequado instrumento de efetivação do processo de trabalho do enfermeiro. Consideram-se aqui também as ferramentas legais que fornecem o embasamento e norteiam as ações dos enfermeiros.

Quanto ao trabalho em equipe, é notável o quanto as equipes deste município estão envolvidas com a efetiva implantação desse processo de trabalho. Procuram compartilhar ações, respeitando-se as especificidades das distintas categorias profissionais que compõem as equipes e criar estratégias que proporcionem tal efetivação.

Há, no entanto, dificuldades relacionadas a diferenças internas inerentes aos próprios profissionais da equipe, as relacionadas à população e também as relativas ao apoio e respaldo da secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, nesse processo de efetivação.

Um outro desafio que se coloca às equipes e, conseqüentemente, ao enfermeiro é a implantação da co-gestão no desenvolvimento do processo de trabalho da equipe. Esse município traz a proposta de efetivar também a implantação da equipe de referência nas Unidades de Saúde da Família, tendo como imagem-objetivo a oportunização da co-gestão, com a conseqüente retirada do enfermeiro do papel principal da gerência na Estratégia Saúde da Família, uma vez que esta categoria profissional ainda se encontra enraizada nas questões de gerenciamento e suas derivações.

Cabe-nos ressaltar o evidente esforço dos enfermeiros envolvidos nesta pesquisa, em criarem estratégias para a mudança da concepção histórica que se instala nestes, “o enfermeiro gerente”; uma vez que acreditam no processo de compartilhamento e o quanto este aspecto é inerente ao processo de trabalho em equipe.

Como sugestões, o estudo evidencia, na questão da formação dos profissionais, que são necessários investimentos para melhor domínio do

tema gerência compartilhada e de equipes multiprofissionais e, para o município, o estudo sugere a elaboração de protocolos locais que respaldem as ações e que possam ser construídos de forma compartilhada, considerando as dimensões técnica, ética e política.

REFERÊNCIAS

7 - REFERÊNCIAS

1. Yamashita EP, Sales P. As práticas de enfermagem no Programa de Saúde da família [monografia]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2002.
2. Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades: em busca do desejo, do dever e de singularidades [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
3. Nogueira RP. O trabalho em serviços de saúde. In: Santana JP, coordenador. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil; 2000. p.59-63.
4. Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 15-25.
5. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
6. Queiroz VM, Salum MJL. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996 Out 6-11; São Paulo. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p.190-207.
7. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35 (1):103-9.
8. Spagnol CA. (Re)pensando a gerência em enfermagem à partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. Cienc Saúde Coletiva. 2005;10(1):119-27.
9. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Cienc Saúde Coletiva. 2000;5(2):219-30.

10. Nunes ED. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. Cienc Saúde Coletiva. 1996;1(1):55-69.
11. Xavier IM, Souza AMA, Araújo EC, Rodriguez Neto E, Souza EO, Briceno G, et al. Subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à reforma sanitária. Rev Bras Enferm. 1987;40(2-3):177-80.
12. Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.229-50.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
14. Senna MCM, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. Cienc Saúde Coletiva. 2002;7(3):523-35.
15. Nemes Filho A. Breves reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. Interface Comum Saúde Educ. 2001;5(9):154-6.
16. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saúde Pública. 1998;14(2):429-35.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: informe técnico institucional. Rev Saúde Pública. 2000;34(3):316-9.
18. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf Epidemiol SUS. 1998;7(2):7-28.
19. Vasconcellos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV, organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec;1998. p.155-72.

20. Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Cienc Saúde Coletiva [periódico online]. No prelo 2006. [citado 2007 Nov 17]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=441
21. Pinho H. Programa Saúde da Família (PSF): original ou hipertrofiado?: desafios atuais no resgate e atualização do modelo [online]. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/Representação do Brasil. [citado 2006 Dez 3]. Disponível em: http://www.opas.org.br/servico/mural_detalhe.cfm
22. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
23. Sucupira AC, Mendes R. Promoção da saúde: conceitos e definições. SANARE. 2003;4(1):7-10.
24. Martins Júnior T, Andrade LOM, Barreto ICHC. A estratégia saúde da família no Brasil e a superação da medicina familiar. SANARE. 2003;4(1):57-64.
25. Souza MF. A enfermagem reconstruindo sua prática mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enferm. 2000;53 supl: 25-30.
26. Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. In: Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no Programa de Saúde da Família; 2000 Nov 9-11; São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p.1-11.
27. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. Cogitare Enferm. 2006;1(2):143-9.
28. Lourenço MR, Shinyashiki GT, Trevizan MA. Management and leadership: analysis of nurse managers' knowledge. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(4):469-73.

29. Araújo MFS. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade. *Conceitos*. 2004-2005;39 – 43
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 2006 Mar 29; Seção 1. [citado 2007 Nov 28]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf.
31. Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Pinto IC, Almeida MCP. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova?: uma perspectiva do trabalho gerencial. *Saúde Debate*. 2000;24(54):66-74.
32. Campos GWS. Um método para análise de co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
33. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(3):303-11.
34. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface Comum Saúde Educ*. 2004-2005;9(16):9-24.
35. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.
36. Centa ML, Almeida BMM. O Programa de Saúde da Família sob o olhar da equipe multidisciplinar. *Fam Saúde Desenv* [periódico online]. 2003;5(2):103-13 [citado 2007 Nov 28]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8090/5709>.
37. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):455-64.
38. Martins J. A ontologia de Heidegger. In: Martins J, Bicudo MAV,

- organizadores. Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. São Paulo: Moraes; 1983. p.33-44.
39. Martins J, Dichtchekenian MFSFB. Psicologia da cognição. In: Martins J, Dichtchekenian MFSFB, organizadores. Temas fundamentais de fenomenologia. São Paulo: Moares; 1984. p. 75-87.
40. Martins J, Bicudo MAV. A Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 1ª ed. São Paulo: Moraes; 1989.
41. Martins J. Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poiésis. São Paulo: Cortez; 1992.
42. Juliani CMM. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: percepção de enfermeiros [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.
43. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Relatório de Gestão 2005. Marília: Secretaria Municipal de Higiene e Saúde; 2005.
44. Sadala MLA. Estar com o paciente: a possibilidade de uma maneira autêntica de cuidar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995.
45. Silva ABF. A supervisão do agente comunitário de saúde: limites e desafios para a enfermeira [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.
46. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1987 Jun 9; Seção 1, p.8853-5.
47. 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. Cienc Saúde Coletiva. 2005;10(2):333-45.
48. Ximenes Neto FRG, Costa FAM, Chagas MIO, Cunha ICKO. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição

medicamentosa na estratégia saúde da família. Rev Bras Enferm. 2007;60(2):133-40.

49. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-159/1993, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2001. p.103-4.
50. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-272/2002, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras [online]. São Paulo: COREN-SP; 2002. [citado 2007 Set 25]. Disponível em: http://corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes_busca.php?leg_id=10086&texto.
51. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. Cogitare Enferm. 2006;11(2):143-9.
52. Mello DF, Andrade RD. Atuação do enfermeiro junto à população materno infantil em uma unidade de saúde da família, no município de Passos-MG. REME-Ver.Min.Enf. 2006;10(01):88-93.
53. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-168/1993, de 6 de outubro de 1993. Baixa normas para anotação da responsabilidade técnica de enfermeiro(a), em virtude de chefia de serviço de enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada assistência à saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2001. p.111-5.
54. Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enferm. 2000;53(supl):25-30.
55. Weirich CF, Tavares JB, Silva KS. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. Rev Eletrônica Enferm [periódico online]. 2004;6(2):

[citado 2007 Nov 17].

Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/cuidado.html.

56. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Protocolo de acolhimento. Marília: Secretaria Municipal de Higiene e Saúde; 2002.
57. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal da Saúde. Equipe Gestora da Atenção Básica. Comunicado interno, de 15 de setembro de 2006. Fluxograma para atendimento de urgência /emergência referenciada pela atenção básica. Marília: Secretaria Municipal da Saúde; 2006.
58. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev Latinoam Enferm*. 2000;8(6):96-101.
59. Xavier IM, Souza AMA, Araújo EC, Rodriguez Neto E, Souza EO, Briceno G, et al. Subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à reforma sanitária. *Rev Bras Enferm*. 1987;40(2-3):177-80.
60. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):533-9.
61. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):849-59.
62. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface Comum Saúde Educ*. 2004-2005;9(16):25-38.
63. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):727-33.
64. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(4):863-70.

65. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
66. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participação: co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
67. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Cienc Saúde Coletiva. 2004;9(3):745-9.
68. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(2):262-8.
69. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. Interface Comum Saúde Educ. 2004-2005;9(16):53-66.
70. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista; 2007
71. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
72. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Cienc Saúde Coletiva. 2007;12(2):443-53.
73. Spagnuolo RS. Coordenar equipe multiprofissional: um desafio para o enfermeiro do Programa Saúde da Família [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2006.

74. Costa AM, Creutzberg M. Interdisciplinaridade: percepção de integrantes de um programa de promoção de atenção à saúde. Rev Gauch Enferm. 1999;20(supl):58-69.
75. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface Comum Saúde Educ. 2007;11(22):239-55.
76. Bernardes A, Nakao JRS, Évora YDM. O trabalho administrativo do enfermeiro sob a ótica dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Nursing (São Paulo). 2003;6(60):31-6.