

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Thaís de Almeida Brasil

**SENTIDOS E PRÁTICAS POSSÍVEIS DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2019

Thaís de Almeida Brasil

Sentidos e práticas possíveis do cuidado em enfermagem: um estudo de caso na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Lilian Miranda

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B823s Brasil, Thaís de Almeida.
 Sentidos e práticas possíveis do cuidado em enfermagem: um estudo
 de caso na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro /
 Thaís de Almeida Brasil. -- 2019.
 173 f.

 Orientadora: Lilian Miranda.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
 Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Cuidados de Enfermagem.
 3. Enfermagem. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Saúde Pública.
 I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.734098153

Thaís de Almeida Brasil

Sentidos e práticas possíveis do cuidado em enfermagem: um estudo de caso na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 28 de fevereiro de 2019.

Banca Examinadora

Doutor em Enfermagem Octávio Muniz da Costa Vargens
Faculdade de Enfermagem – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Doutora em Saúde Pública Creuza da Silva Azevedo
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz

Doutora em Saúde Pública Lilian Miranda (Orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2019

Dedico essa dissertação à minha avó, Benedita Pinheiro de Almeida (*in memoriam*), por seu amparo, carinho e cuidado ao longo de todo *nosso* tempo.

AGRADECIMENTOS

Aos cinco enfermeiros que aceitaram participar desse estudo. Agradeço pela confiança imediata em meu trabalho e por terem compartilhado suas percepções e experiências do cuidado na Estratégia Saúde da Família. A participação e colaboração de cada um de vocês permitiram a construção dessa dissertação. Muito obrigada!

À Lilian Miranda por sua orientação tão dedicada para construção dessa dissertação. Obrigada por sua sensibilidade às minhas dificuldades, bem como, pelo acolhimento em meus momentos de insegurança ao longo desses dois anos. Agradeço por suas palavras cuidadosas em nossos encontros que me incentivaram a continuar e concluir essa etapa acadêmica.

Aos usuários, aos demais profissionais e a gerência da unidade de saúde por terem contribuído, de algum modo, com a realização desse estudo.

Aos professores da banca examinadora. À professora Creuza Azevedo por aceitar o convite para participar da banca de qualificação e defesa dessa dissertação. Obrigada por fazer uma leitura cuidadosa do estudo, enriquecendo-o com suas sugestões sobre a discussão do trabalho e cuidado em saúde na contemporaneidade. E ao professor Octavio Vargens, por continuar participando da minha trajetória acadêmica, por ter aceitado estar junto comigo nesse momento do mestrado e por suas contribuições sobre a discussão do cuidado em enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior por viabilizar a continuidade dos meus estudos na modalidade *Stricto Sensu*.

Às amigas Luanda e Tarcila por construirmos uma amizade na residência multiprofissional que ainda hoje se mantém de maneira tão natural. Obrigada por estarem ao meu lado nessa caminhada do mestrado.

Aos meus amigos de turma do mestrado por nos encorajarmos a todo momento diante dos desafios ao longo desses dois anos. Agradeço pelos momentos de descontração que foram fundamentais para retomar o fôlego.

Aos amigos de muitos anos, Ana Caroline, Eduardo, Lidiane, Márcio, Melline, Naiane, Thaís e Vitor, por terem compreendido os meus momentos de ausência durante o percurso do mestrado. Obrigada por manterem-se próximos com suas palavras de apoio e gestos de carinho.

Às amigas Andressa, Isabella, Michele e Priscilla, pela amizade desde a faculdade e pelos encontros para escapar da rotina de estudos do mestrado.

Às amigas Auriane, Camila, Janine, Nathália e Rosana, pelo apoio durante todo o período do mestrado e, principalmente, enquanto construía essa dissertação. O desafio de

trabalhar e estudar não seria possível de ser enfrentado sem a ajuda de vocês. Agradeço pelos momentos de descontração com muitas risadas, pela escuta aos meus desabafos e incentivo contínuo para concluir essa etapa acadêmica.

Aos meus tios Alexandre e Valéria pelo amparo e carinho nos momentos que mais precisei durante esse período do mestrado.

Ao meu tio José Maria Júnior pelo carinho e apoio que foram fundamentais para continuar na dedicação aos estudos.

À tia Márcia pelo apoio, pela escuta tão dedicada aos meus desabafos e por não ter me deixado desanimar frente às dificuldades que apareciam ao longo desses dois anos.

Aos meus irmãos Hermínio e Humberto, pois o caminho que venho seguindo tem sido sustentado pelo amor, amparo e o cuidado de vocês ao longo do tempo.

Aos meus pais Isaubene e Hermínio, pelo amor dedicado, pelo apoio incomparável e por continuarem me ensinando sobre a vida.

Ao Lucas pelo seu companheirismo que me ajudou a sustentar tantas outras dificuldades que surgiram ao longo desses dois anos. Obrigada pelo seu carinho e apoio a todo momento, os quais foram fundamentais para seguir e concluir essa etapa acadêmica.

A minha avó Benedita (*in memoriam*) e ao meu avô, José Maria, pelo amor tão dedicado. Especialmente, agradeço a minha avó pelo cuidado ao longo do *nosso* tempo, pelo seu amor e por sempre ter incentivado minha dedicação aos estudos.

As tarefas do cuidado vão muito além do que se ensina e prescreve.
FIGUEIREDO, L.C., 2009, 150p.

RESUMO

O tema do presente estudo é o cuidado possível exercido pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro (RJ). Entendemos o cuidado como um tipo de prática que se materializa no encontro intersubjetivo entre profissional e usuário, perpassado por aspectos técnicos e afetivos. Tal encontro intersubjetivo, bem como as possibilidades do cuidado dele derivadas, têm especificidades no contexto da Atenção Básica carioca, cuja gestão do trabalho se pauta, predominantemente, por uma lógica produtivista. Lógica a partir da qual a relação entre profissionais e usuários é atravessada pelas necessidades em saúde, saber-fazer dos trabalhadores, mas também por pressão por eficiência e precariedades nas condições do trabalho. O objetivo geral da pesquisa foi compreender os sentidos de cuidado em enfermagem na ESF no contexto do município do RJ. A pesquisa se configurou como um estudo de caso, com abordagem qualitativa, cujas estratégias foram observação participante e entrevistas em profundidade, desenvolvidas numa unidade com ESF junto a cinco enfermeiros. O material empírico foi interpretado a partir da inspiração hermenêutica gadameriana e da discussão sobre cuidado desenvolvida por autores do campo da Saúde Coletiva brasileira. Os resultados foram organizados em três eixos: as práticas de saúde da enfermagem; sentidos e práticas possíveis do cuidado em enfermagem; e as dificuldades e facilidades das práticas do cuidado em enfermagem. Observou-se que, na unidade estudada, as práticas de saúde dos enfermeiros consistiam, principalmente, nos atendimentos individuais aos usuários que buscavam serviço a partir de demanda espontânea e programada, nas visitas domiciliares e nos grupos. Os principais sentidos atribuídos ao cuidado foram: uma prática holística; algo indissociável ao trabalho da enfermagem; uma tarefa técnica; algo elaborado de modo parcial e integral; algo que beneficiava o usuário; uma prescrição de hábitos de vida; uma responsabilidade compartilhada. No cotidiano do trabalho da enfermagem, reconhecemos cenas cujos gestos e atitudes dos enfermeiros, indicavam a valorização dos elementos intersubjetivos da relação construída com o usuário. Em relação às dificuldades atribuídas ao cuidado foram elencados aspectos da infra-estrutura da unidade; o tempo e o ritmo do processo de trabalho; e a relação com o usuário. Já a potência do trabalho em equipe; a proximidade do território com a unidade; a rede de apoio do usuário; o apoio da gerência; e a confiança do usuário no enfermeiro, foram identificados como principais elementos que facilitavam o cuidado. A respeito da precariedade das condições de trabalho e da imposição de ritmo produtivo acelerado, observamos que os enfermeiros, foram capazes, em muitos momentos, de desenvolver um cuidado sustentado pelo respeito a singularidade do outro e pela possibilidade de trocas intersubjetivas, integradas às ações técnicas.

Palavras-Chaves: Atenção Primária à Saúde – Cuidado de Enfermagem – Enfermagem – Estratégia Saúde da Família – Saúde Pública.

ABSTRACT

The theme of this study is the achievable care of the nurse in the Family Health Strategy (FHS) in the city of Rio de Janeiro (RJ). The care is understood as a type of practice that materializes itself in the intersubjective meeting between the professional and the user that occurs throughout technical and affective aspects. Such intersubjective meeting, as well as possibilities of care derived therefrom, have specifications in the context of Primary Health Care in the city of RJ, whose work management is, mainly, based on a productivity logic. This logic from which the relation between professionals and users is crossed by health needs, workers know-how, but also it is crossed by pressure for efficiency and precarious work conditions. The general aim of this research was the comprehension of the senses of nursing care in the FHS in the RJ city context. This case study has a qualitative approach whose research strategies were participant observation and in-depth interviews. The study scenario was a unit with FHS and the participants were five nurses. The empirical material was interpreted from the gadamerian hermeneutics inspiration and the discussion about care developed by authors of Brazilian Public Health area. The results were organized in three axes: the nursing practices; senses and achievable practices of nursing care; and difficulties and facilities of nursing care. In the studied unit was noticed that the health practices of the nurses were, mainly, focused on the individual services to users that were looking for a service from spontaneous and scheduled demand in the home visits and in the groups. In relation to the senses, the care taken was decided by certain meanings by nurses as: a holistic practice; something inseparable from nursing work; a technical activity; something partially and integrally elaborated; something that benefited the user; a prescription of lifestyle habits; a shared responsibility. In the daily work of nursing, scenes whose gestures and attitudes from professionals were recognized and they indicated the appreciation of intersubjective elements of the relation that was built with the user. In relation to the difficulties assigned to the care were listed the infrastructure aspects of the unit; the time and the rhythm of the work process; and the relation with the user. On the other hand, the team work power; the proximity of the territory to the unit; the user support network; the management support and the trust of the user in the nurse were identified as the main elements that facilitated the care. In spite of the precariousness of the work conditions and the imposition of fast pace of production, we observed that the nurses were able, in many moments, to develop a sustained care by the respect for the singularity and the history of the other and by the possibility of intersubjective exchanges integrated to technical actions. Keywords: Primary Health Care – Nursing Care – Nursing – Family Health Strategy – Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Total de produções encontradas/selecionadas referente aos portais de busca/base de dados.....	30
Quadro 2 – Características acadêmicas e profissionais dos enfermeiros da CF Resistência.....	60
Figura 1 – Fluxograma das estratégias de pesquisa.....	62
Figura 2 – Fluxograma da análise do material empírico.....	68
Quadro 3 – Agenda Semanal da Enfermeira Maria.....	86
Quadro 4 – Agenda Semanal da Enfermeira Lara.....	86
Quadro 5 – Agenda Semanal do Enfermeiro Diogo.....	86
Quadro 6 – Agenda Semanal do Enfermeiro João.....	87
Quadro 7 – Agenda Semanal da Enfermeira Eliane.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACD	Auxiliar de Consultório Dental
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BDTD	Biblioteca Brasileira Digital de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Coordenação de Atenção Primária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde Coletiva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CF	Clínica da Família
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho(s) Regional(is) de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
eSF	equipe(s) de Saúde da Família
Enf.	Enfermeiro
Enf. ^a	Enfermeira
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NLM	National Library of Medicine
OS	Organização(ões) Social(is)
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
REME	Movimento de Renovação Médica
RJ	Rio de Janeiro
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SISREG	Sistema de Regulação
SMSDC-RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico de Higiene Dental
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USF	Unidade(s) de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	JUSTIFICATIVA.....	23
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30
3	REFERENCIAL TEÓRICO	39
3.1	A SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES PARA O TRABALHO EM SAÚDE.....	39
3.2	PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE CUIDADO: BREVES APONTAMENTOS SOBRE A INTERSUBJETIVIDADES E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS.....	41
3.2.1	O cuidado enquanto dimensão intersubjetiva	42
3.2.2	O cuidado enquanto produção de sentidos	46
3.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE A TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA E COLETIVA.....	49
4	MÉTODO	55
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	55
4.2	CENÁRIO DE ESTUDO.....	56
4.3	PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	59
4.4	ESTRATÉGIAS DE PESQUISA E INSTRUMENTOS.....	61
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	64
4.6	ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	65
5	O TRABALHO DE CAMPO: NOTAS SOBRE A EXPERIÊNCIA VIVIDA...	69
5.1	A ENTRADA EM CAMPO: REVISITANDO UM “LUGAR (DES)CONHECIDO”.....	69
5.2	ENTREVISTANDO OS ENFERMEIROS: A OPORTUNIDADE DE REFLETIR SOBRE O CUIDADO EM ENFERMAGEM NA ESF.....	74
5.3	ACOMPANHANDO OS ENFERMEIROS NA CLÍNICA DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	77
6	DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	81

6.1	AS PRÁTICAS DE SAÚDE DA ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO TIPO A NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	81
6.1.1	Atendimentos à demanda espontânea e programada.....	87
6.1.2	Grupos e visitas domiciliares.....	96
6.2	SENTIDOS E PRÁTICAS POSSÍVEIS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO TIPO A NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	101
6.2.1	Sentidos de cuidado.....	102
6.2.2	Práticas possíveis do cuidado.....	117
6.3	O “TEMPO” DO CUIDADO: AS DIFICULDADES E FACILIDADES DAS PRÁTICAS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO TIPO A NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	130
6.3.1	As dificuldades atribuídas às práticas do cuidado	130
6.3.2	As facilidades atribuídas às práticas do cuidado	144
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
	REFERÊNCIAS.....	152
	APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa I.....	163
	APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa II.....	164
	APÊNDICE C – Instrumento de pesquisa III.....	165
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	166
	APÊNDICE E – Eixos de análise e núcleos argumentais.....	169
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa I.....	171
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa II.....	172
	ANEXO C – Carta de anuência para realização da pesquisa.....	173

INTRODUÇÃO

O tema desta dissertação foi o cuidado possível exercido pelo enfermeiro¹ na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro (RJ). De acordo com o dicionário da língua portuguesa², “cuidar” deriva do latim “*cogitare*”, cujos significados: “agir com prudência”; “prestar atenção”; “realizar algo com ponderação”; “tratar(-se) com esmero”; “interessar-se por algo” ou “prevenir-se contra alguma situação de perigo”. Já a palavra “possível” deriva do latim “*possibilis*”, cujo significado refere-se ao “que ou o que pode ser” ou “que ou o que se pode realizar”. Em poucas palavras, se pudéssemos explicar o “cuidado possível” somente a partir do dicionário, seria como algo feito com atenção, interesse, e acima de tudo, passível de realização.

Introduzimos esse estudo apresentando esses significados, para ilustrar, de modo mais simples, qual o caminho que percorremos nessa dissertação. O termo cuidado possível foi escolhido para expressar as intenções dos profissionais de saúde juntamente com suas possibilidades de concretização, quando se vem “colidindo” com os desafios cotidianos do trabalho na ESF. Além do mais, o cuidado possível foi analisado como uma tarefa que vem sendo elaborada num cenário cuja sociedade assume posturas individualizantes e autocentradas, que ameaçam, cada vez mais, a própria natureza intersubjetiva da função cuidadora, qual seja, a postura ética de escuta, de atenção e construção de algo com e para o outro.

Desse modo, para discutir sobre as possibilidades do cuidado, elegemos a enfermagem no cenário da Atenção Básica³ orientado pela ESF, mais precisamente, no município do RJ. Ressaltamos que, por se tratar de um estudo sobre o cuidado no âmbito da Saúde Coletiva, partimos de olhares de disciplinas fora do campo da enfermagem, ainda que tenhamos considerado, pontualmente, algumas teóricas brasileiras dessa área.

A respeito disso, nesse estudo, a partir de algumas ideias da abordagem psicanalítica, entendemos o cuidado como uma relação de presenças de um sujeito face a outro, ora implicada no ato de “sustentar, conter, reconhecer e interpelar”, ora representada por uma presença mais discreta, reservada e disponível. Tal relação é transformadora por ser capaz de favorecer a produção de sentidos na vida, principalmente, em momentos de descontinuidades,

¹O uso do substantivo enfermeiro, no masculino, foi uma escolha da pesquisadora pois, dois participantes desse estudo eram homens.

²Consulta ao dicionário online Michaelis (2018).

³Optamos nessa dissertação utilizar termo “Atenção Básica” para referenciar o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.

como por exemplo, quando recebemos um diagnóstico de uma doença (FIGUEIREDO, 2009).

Essa ideia compõe uma perspectiva teórica, chamada por Figueiredo (2009) como “teoria geral do cuidar” que nos ajudou refletir sobre os modos como os enfermeiros elaboravam o cuidado, pensando como uma tarefa que exigia certa criatividade e espontaneidade, não sustentada apenas numa “prescrição” por protocolos de um “como fazer”.

Outras ideias que nos apoiaram em nossa discussão esteve baseada no cuidado como algo que está presente no encontro entre subjetividades, que circunda profissional e usuário. Essa perspectiva, assentada em argumentos filosóficos, diz sobre o cuidado cuja elaboração perpassa por competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, uma vez que exigirá uma postura “humanizada” daquele que se coloca a cuidar de alguém, reconhecendo a singularidade e individualidade do outro (AYRES, 2009a; AYRES, 2009b).

Com base nessas noções, procuraremos observar como o cuidado se expressa nas práticas de saúde, entendidas, de acordo com Acioli (2014), as maneiras de “fazer” tanto do profissional de saúde quanto do próprio usuário. Um “fazer” norteado por influências institucionais e familiares, bem como, pelo grupo social ao qual fazemos parte. Na mesma direção pode-se entender que, no âmbito da saúde, as práticas são expressões das ações em determinado local por uma pessoa ou grupo, a partir de seus saberes, valores e cultura (FERREIRA, 2009).

Uma vez elucidado o que tomamos por práticas de saúde, retornamos a discussão sobre cuidado, valorizando a centralidade do sujeito e da intersubjetividade. A valorização desse “caminho teórico” para discutir o cuidado em saúde ganhara espaço na produção acadêmica no campo da Saúde Coletiva mais recentemente (ainda nessa década), pela “[...] busca de mudanças que aproximem o SUS real daquele que foi idealizado pelo Movimento Sanitário [...]” (AZEVEDO, 2013, p.68).

Observamos que o campo da Saúde Coletiva, na década 70, inaugurado pela militância do movimento sanitário, promoveu ruptura em relação aos conceitos e práticas do campo da Saúde Pública brasileira, buscando superar modelo exclusivamente biologicista vigente, incorporando a dimensão social ao pensamento sanitário, em uma tradição marxista (FERREIRA, et al. 2011). Com essa inspiração, durante toda a década de 90, os idealizadores do SUS assumiram como compromisso principal a luta pela garantia de acesso da população aos serviços de saúde público, universal e gratuito, numa perspectiva de discussão da

macropolítica, fora por toda década 90, compromisso principal assumido pelos idealizadores do SUS (CAMPOS, 2005; FERREIRA NETO et al., 2011). Cecílio (2012) pontua que esse compromisso, embora fundamental, fez com que o movimento sanitário se ocupasse por muito tempo de uma discussão macroeconômica, política e social sobre processo saúde-doença nas populações, em detrimento da análise que acontecia com o cuidado em saúde no dia a dia dos serviços, ou seja, no campo micropolítico. De acordo com o Cecílio (2011), o campo micropolítico da produção do cuidado em saúde pode ser definido como “[...] o território onde se realiza o ato último de cuidar, ali na intimidade dos serviços de saúde e no labor das equipes junto aos usuários”(p.593).

Na mesma direção, referindo-se à centralidade das discussões macropolíticas na produção do conhecimento em Saúde Coletiva, alguns autores lembram que com a criação do aparato jurídico-institucional do SUS, não garantiram a superação das iniquidades históricas ao acesso aos serviços do sistema público de saúde, tampouco a superação da hegemonia do modelo biomédico como principal sustentação das práticas de saúde (SÁ, 2009; FERREIRA NETO et al., 2011). Defendem, então, que alguns dos desafios da implementação do SUS poderiam ser melhores compreendidos caso a atenção fosse voltada para o cotidiano dos serviços de saúde e suas experiências locais, no que tange a produção das práticas de saúde e cuidado com a população.

No bojo dessa discussão, a valorização do discurso da subjetividade dos trabalhadores de saúde e usuários no campo da Saúde Coletiva, ao final da década de 90, tomou importante lugar (FERREIRA NETO et al., 2011). Também no que diz respeito à formulação das políticas públicas de saúde, Azevedo (2013) destacou os avanços no campo com a valorização dos elementos intersubjetivos do cuidado em saúde, como “[...] qualidade e a integralidade da assistência em saúde, o trabalho em equipe, o acolhimento e a chamada humanização das práticas de saúde [...]” (p.69).

A autora cita como exemplo a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), inaugurada em 2004, como uma orientação política importante para as práticas de saúde que envolviam “[...] o desenvolvimento de uma ética pautada no reconhecimento do outro, na sua diferença, na escuta/acolhimento, na responsabilidade e no estabelecimento de vínculos, na cooperação e na valorização da comunicação [...]” (p.70).

A respeito da PNH, Sá (2009) oferece elementos para alargar a discussão sobre a dimensão intersubjetiva do cuidado em saúde, chamando atenção para o fato de que a

chamada “humanização” das práticas de saúde, deve ser problematizada com consideração à realidade de quem está desenvolvendo-as, no caso, por profissionais de saúde. A autora enfatiza que é necessário reconhecermos os “[...] padrões de sociabilidade e subjetivação dominantes em nossa sociedade impõem às iniciativas de humanização, conformando um quadro extremamente adverso a práticas solidárias e de cuidado com o outro” (SÁ, 2009, p.654). Sendo assim, Sá e Azevedo (2013) ponderam que o trabalho em saúde, entendido “por sua dimensão relacional e intersubjetiva”, envolve um trabalho psíquico do profissional, que por sua vez, influenciará na produção do cuidado.

Os elementos apontados por Sá e Azevedo (2013) são estruturantes do trabalho preconizado para a Estratégia Saúde da Família (ESF), escolhida como cenário de estudo da presente pesquisa. A ESF surgiu em 2011 como ampliação da proposta do PSF: de um programa para uma estratégia. Dito isso, a ESF pode ser entendida como um modelo de reorientação da Atenção Básica, cujo princípio norteador se deu pelo acompanhamento longitudinal de pessoas-famílias em seus diferentes modos de viver, bem como, projetos de vida, através de equipes multiprofissionais, constituídas, minimamente, por um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, e nomeadas como equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2012a).

Tais eSF são responsáveis por acompanhar 3.500 a 4.000 pessoas em uma área geográfica delimitada ou território adscrito, pautadas por práticas de saúde cujas ações estão pautadas na promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como, tratamento, recuperação e reabilitação de agravos agudos e/ou crônicos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a; KATSURAYAMA et al., 2013).

Sabemos que o fortalecimento político e econômico da Atenção Básica no território nacional, fomentou a mobilização de municípios brasileiros para adesão a ESF. No caso do município do RJ, em 2009, a partir de uma aliança política entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), o prefeito que assumira a nova gestão elegeu a área da saúde como uma das pautas importantes da sua agenda de governo, o que não vinha acontecendo em mandatos anteriores, e exigia respostas rápidas para várias lacunas assistenciais, entre as quais destacava-se a cobertura da ESF (SIQUEIRA et al., 2017). Nesse contexto, desenvolveu-se a reestruturação da Atenção Básica através da ESF no município, com a criação do “Programa Saúde Presente”, cujo intuito foi ampliar os serviços de saúde de forma territorializada (SIQUEIRA et al., 2017).

Uma das estratégias utilizadas para viabilizar tal ampliação correspondeu à contratação das Organizações Sociais⁴ (OS). Isto subsidiou o início da expansão do modelo ESF ao final do ano de 2011, principalmente por meio das Clínicas da Família (CF) – marca lançada às unidades com ESF – sob gestão compartilhada com as OS, com funções relativas à, prestação de serviços em saúde; manutenção da infraestrutura; gestão de recursos humanos e assistência orientada por metas estabelecidas por Contrato de Gestão⁵ celebrado com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) (SIQUEIRA et al., 2017).

As OS gerenciam as CF mediante a contratualização pactuada com SMS-RJ e, para tanto, estruturam uma rotina de trabalho pautada por metas e indicadores de desempenho oriundos de um modelo de avaliação predominantemente quantitativo, com rotinas e protocolos pré-estabelecidos que não são sensíveis às especificidades territoriais. Todos esses elementos se inserem numa cultura organizacional que desfavorece o reconhecimento do sujeito-trabalhador, produzindo sofrimento, como também, recorrentes problemas relacionais entre os profissionais e destes com os usuários (SIQUEIRA et al., 2017).

A rotina de trabalho das Clínicas da Família é orientada, predominantemente, pelos chamados “indicadores de acompanhamento”, advindas dos contratos de gestão cujo objetivo é “[...] acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde” (SMS-RJ, 2014, p.46). Em 2014, ainda havia “pagamento por desempenho” para as equipes que alcançavam as metas dos indicadores, estratégia extinta pela gestão municipal iniciada em 2017. No entanto, o acompanhamento do trabalho das eSF manteve-se atrelado à avaliação de tais indicadores, cujas metas foram revistas ao longo dos anos (SMS-RJ, 2014).

A matriz de indicadores, que interessam ao trabalho das eSF, faz parte de um eixo do contrato de gestão denominada “variável dois”, sendo constituída por dezoito indicadores, agrupadas em áreas como, acesso; desempenho assistencial; satisfação dos pacientes e desempenho econômico (SMS-RJ, 2014). Alguns deles são: Acesso – percentagem de demanda espontânea em relação à programada (meta: mínimo 40%); taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos (meta: 260 por 1.000, com unidades com equipes de Saúde Bucal); e taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos (meta: 12 por 1.000, com unidades

⁴As OS foram autorizadas por Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, regulada por Decreto Lei Municipal nº 30.780/2009 que dispõe sobre a qualificação e contratação de OS no âmbito da administração direta e indireta do município do RJ (PREFEITURA, 2009).

⁵O Contrato de Gestão especifica o programa de trabalho proposto pela OS, estipula quais as metas a serem atingidas e prazos de execução, bem como, critérios objetivos de avaliação de desempenho, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

com equipes de Saúde Bucal); Desempenho Assistencial – Percentagem de mulheres entre os 25 a 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos (meta: mínimo 80%); Percentual de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses (meta: mínimo 80%); Percentual de crianças com vacinas em dia, atualizados aos 2 anos (meta: mínimo 80%); e Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez (meta: mínimo 80%) (SMS-RJ, 2014).

Considerando o contexto, esta dissertação questionou: qual o cuidado possível na Atenção Básica orientada pela ESF no município do RJ? Aqui, lançamos mão de um argumento de Cecílio (2015), para quem não é concebível pensar cuidado sem pensar no trabalhador de saúde. Dentre os trabalhadores que protagonizam o cuidado na Atenção Básica orientada pelo modelo ESF, escolhemos, como já dito anteriormente, o enfermeiro.

A enfermagem tem o cuidado como objeto de trabalho e investigação, desde o surgimento da profissão (FERREIRA, 2009). Entretanto, Acioli (2014) observou que suas práticas de saúde mantêm-se orientadas ainda por um horizonte técnico e biológico, e isto, reflete em dificuldades da enfermagem reconhecer o cuidado em suas práticas de saúde, seja qual for cenário de atenção à saúde, inclusive, na Atenção Básica. Dificuldade esta que de acordo com Rizotto (1999), parece estar ligada, de alguma forma, ao próprio surgimento da enfermagem no campo da Saúde Pública brasileira, aproximadamente em 1920, dado que o principal orientador das práticas de saúde era o modelo biologicista vigente, decorrente dos avanços da fisiologia, anatomia, microbiologia e bacteriologia à época.

Nesse contexto, na Saúde Pública, a enfermagem surgiu como uma ocupação atrelada à prevenção e controle das doenças transmissíveis prevalentes à época – como a tuberculose – cujas práticas de saúde eram vistas como complementares a do médico e sob a supervisão do mesmo (RIZOTTO, 1999; FERREIRA, 2009). Além disso, é importante lembrarmos que, de maneira geral, em âmbito nacional e internacional, historicamente as práticas de saúde da enfermagem se deram no cenário hospitalar, voltando-se sobretudo, às situações de adoecimento (FERREIRA, 2009).

Desse modo, a formação dos profissionais de enfermagem, bem como, de outras profissões da área da saúde, estruturaram-se, por muito tempo, com um formato pedagógico curricular pautado no modelo biologicista, tendo como preocupação central a aprendizagem e treinamento de práticas ligadas ao tratamento e cura da doença no hospital (ALBERTI, 2014). Ainda de acordo com Alberti (2014), sabe-se que a formação repercute no sujeito um modo de

ver e agir no mundo, e assim, não por acaso, ainda é comum observarmos a predominância de práticas de saúde por profissionais, como trabalhadores de enfermagem, mecanizadas, tecnicistas e reprodutores de um modelo biologicista, ainda que situadas na Atenção Básica.

Todavia, precisamos ponderar que mesmo sendo a formação profissional e as práticas de saúde tensionadas pelo paradigma biomédico, o cuidado com a vida manteve-se como objetivo principal da enfermagem, adotando-se como princípio básico o encontro com o outro, – “com sentidos e linguagens próprias, com estranhamentos, que responde, reage, foge, chega e vai embora” (FIGUEIREDO; TONINI; MELO, 2007a, p.88).

Segundo Figueiredo, Tonini e Melo (2007a) o cuidado é um grande desafio para qualquer profissional de saúde à medida que aproximar-se do outro nos inquieta, repercutindo em nós “indignações, temores, dificuldades de aceitação, de aproximação, de comunicação” (p.88).

Assim sendo, com vistas a compreender o cuidado possível na ESF, mais precisamente no município do RJ, foi necessário acessarmos a subjetividade do trabalhador de saúde, em nosso estudo, o enfermeiro, e assim, nos aproximar dos sentidos de cuidado que este elabora.

Os sentidos dados às experiências e aos fenômenos da vida são produzidos socialmente, naturalmente construídos enquanto uma tarefa humana (CARVALHO; LUZ, 2009). Ao nascermos, já somos embalados em um “berço” de pré-conceitos, tradições e culturas, as quais repercutem em nossos modos de pensar sobre nossa existência. Ainda assim os sentidos são reconstruídos ao longo do tempo pelas influências e por nossas experiências em sociedade (FIGUEIREDO, 2009).

Se os sentidos constituem nossas experiências de vida e do viver, consideramos essencial desvelá-los para reconhecermos as tarefas do cuidado possíveis para enfermeiro no dia a dia da ESF. Além disso, numa perspectiva gadameriana, partimos do pressuposto de que compreender, no caso os sentidos, exige reconhecermos desde já, que haverá parcialmente, uma influência dos preconceitos e tradições daquele que interpreta tal realidade. Tomamos brevemente essas considerações para apontar que nosso **objeto** de estudo foi os sentidos de cuidado do enfermeiro na ESF no cenário do município do RJ. Quanto às questões norteadoras, tivemos:

1.Quais são as práticas de saúde do enfermeiro na ESF no município do RJ atualmente?

2.Como o enfermeiro percebe suas práticas de saúde no que diz respeito às

possibilidades de cuidado na ESF no município do RJ?

3. Quais os sentidos de cuidado construídos pelo enfermeiro na ESF no município do RJ?

4. Quais os elementos dificultam e facilitam o cuidado exercido pelo enfermeiro na ESF no município do RJ?

A fim de responder as questões norteadoras, o **objetivo geral** deste projeto foi:

Compreender os sentidos de cuidado em enfermagem na ESF no contexto do município do RJ.

Os **objetivos específicos** foram:

- Descrever as práticas de saúde do enfermeiro na ESF no contexto do município do RJ;
- Analisar as práticas possíveis do cuidado em enfermagem na ESF no contexto do município do RJ;
- Discutir os elementos que dificultam e facilitam as práticas do cuidado em enfermagem na ESF no contexto do município do RJ.

Ressaltamos que esse estudo representado principalmente pelo objetivo geral e objetivos específicos acima, não tiveram pretensão de generalizar resultados, nem tampouco apresentar ou indicar um panorama dos sentidos de cuidado em enfermagem na ESF no município do RJ. Esperamos que ele possa oferecer elementos capazes de disparar análises e discussões de outros contextos, contribuindo assim para fomentar e aprofundar reflexões acerca dos sentidos de cuidado para essa categoria profissional nesse cenário de saúde.

Destarte, a dissertação foi estruturada em eixos que trataram sobre: as justificativas do estudo pautadas tanto na experiência profissional e acadêmica da pesquisadora, quanto o contexto atual da crise da ESF no âmbito municipal do RJ; o cenário das produções científicas publicadas sobre tema do cuidado, enfermagem e ESF, a partir de uma revisão bibliográfica; o referencial teórico que apoiou nossa leitura interpretativa sobre objeto de estudo, o qual foi dividido em três partes intituladas “A sociedade contemporânea: principais considerações para o trabalho em saúde”, “Perspectivas sobre o cuidado: breves apontamentos sobre a intersubjetividade e a produção de sentidos” e “Considerações sobre a trajetória da enfermagem no campo da Saúde Pública e Saúde Coletiva”; o percurso metodológico do estudo; a apresentação da interpretação do material empírico cuja discussão se dividiu nas práticas de saúde da enfermagem, os sentidos e práticas possíveis do cuidado em enfermagem e as dificuldades e facilidades atribuídas ao cuidado em enfermagem; e por fim, as

considerações finais.

1.1 JUSTIFICATIVA

A justificativa desse estudo foi elaborada em três eixos, que consideramos fundamentais para ratificar a pertinência do tema/objeto. O primeiro eixo foi baseado na minha experiência no cenário da Atenção Básica no município do RJ; o segundo pautou-se em algumas referências bibliográficas que versam sobre o tema da pesquisa; e o terceiro sobre crise da saúde no município do RJ deflagrada em 2017.

De 2015 a 2017, atuei como enfermeira residente multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Nesse processo teórico-prático profissional, pude apoiar com um grupo multiprofissional de residentes, composto por nutricionista, dentista, assistente social e psicólogo, o processo de trabalho de uma eSF, especificamente, em um Centro Municipal de Saúde localizado no município do RJ.

Durante dois anos, convivemos com uma eSF – médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, permeada por conflitos interpessoais que incidiam na dificuldade de um trabalho em equipe, bem como, no trabalho em saúde com usuários e com o território adscrito.

Havia uma sobrecarga de trabalho visível para todos os componentes dessa eSF, que se originava tanto pela demanda espontânea – sucintamente, os atendimentos que são realizadas no mesmo dia, sem agendamento prévio, crescente, quanto na demanda programada, atendimentos agendados previamente, a partir das “linhas de cuidado”, classificadas na carteira de serviços da Atenção Básica no município do RJ.

Aliado a isso, como já mencionamos, tal sobrecarga era influenciada pelas metas a serem alcançadas pelos indicadores do processo de trabalho, estipulados no contrato de gestão da OS com SMS-RJ, as quais chegavam à equipe, a meu ver, de forma impositiva, tanto pela gestão interna como pela externa à unidade de saúde.

Essas metas deveriam ser alcançadas e posteriormente, apreciadas num seminário avaliativo, compostos pelos gestor da unidade de saúde, Coordenação da Atenção Primária da Área Programática, juntamente das eSF e quaisquer outros atores interessados. Denominado de *Seminário de Gestão*⁶, esse arranjo avaliativo buscava mensurar o desempenho das eSF,

⁶Seminário de Gestão consistia num dispositivo de avaliação de desempenho anual das eSF no município do Rio de Janeiro, que tinha como principais parâmetros as metas e indicadores contratualizadas no Contrato de Gestão

comparando-as e re-estabelecendo metas.

Reconhecendo essa sobrecarga de trabalho, estávamos diante do “não ter tempo”, sensação vivida e relatada constantemente pelos profissionais de saúde. Dessa sensação parecia derivar um “não ter tempo para dar atenção ao usuário”, sentida toda vez que adentrava na unidade de saúde. Numa melhor descrição, o que isso significava: ao começar realizar as consultas de enfermagem naquela unidade de saúde, estive submersa em agendas para “linhas de cuidado” relacionadas a Saúde da Mulher, Gestantes e Crianças. Desse modo, não me escapava “tempo para dar atenção ao procedimento, a técnica, ao protocolo”, ou seja, àquilo que não podia deixar de saber-perguntar-fazer ao usuário para realizar aquela prática de saúde. Percebia, ali um processo de trabalho sistematizado, em que considerava-se que a qualidade traduzia-se, quase que exclusivamente, em atender usuários respeitando-se, minimamente, procedimentos técnicos e protocolos.

Notava que a atenção dada ao usuário se limitava em responder suas necessidades, quase sempre, colocadas como sinais e sintomas clínicos, ou em realizar ações protocolizadas pela linha de cuidado em que o mesmo estava inserido. Me sentia, quase sempre, pressionada pelo tempo que levava aquela consulta, uma vez que 10 minutos a mais com um usuário, era menos 10 minutos com outro usuário. Estava vivendo um período de sofrimento intenso: o sofrimento do tempo.

Atrevo-me aqui explicar um caso real da minha experiência, capaz de dar tom e melodia à música do objeto de estudo dessa dissertação: em uma tarde no consultório, atendendo demandas espontâneas, recebi uma mulher com idade em torno de 50 anos, cujo motivo da consulta era apresentar resultados de exames. Havia em seu prontuário um acompanhamento por histórico de retirada de nódulos nas mamas. Ela entrou no consultório um pouco aborrecida com tempo que esperou, mas, ainda assim, mostrou-se satisfeita por ter entrado. Sentou-se. Naquele instante, cumprimentei-a, me apresentando e perguntei porque ela estava ali naquela tarde. Ela disse: “*Vim mostrar meus exames porque acompanho por causa de um nódulo no peito que tirei*”. Então disse: “*OK, posso ver?*”. E comecei a ver aquelas imagens de raio-x, os exames de sangue e tudo estava dentro dos parâmetros fisiológicos ditos “normais”. Mas naquele momento a olho novamente e a vejo segurando a bolsa, apertando-a com suas mãos, olhando para lado, e de repente, no ato involuntário, faço outra pergunta: de onde você está vindo? Naquele momento apenas quis saber um pouco mais

entre OS e SMS-RJ. Vale ressaltar que a partir do ano 2017 tal método avaliativo foi desabilitado por opção da SMS-RJ.

daquela mulher para desvelar suas aflições despertadas em mim apenas por vê-la apertar aquela bolsa com suas mãos. A partir dessa pergunta, acessei inúmeras preocupações e temas da vida dessa mulher. Ela referiu principalmente questões do trabalho e arborizou em outros assuntos. Ali, a atenção e a escuta foram elementos fundamentais naquele encontro com aquela usuária. Ao final do atendimento, ela me disse: *“Olha, eu sempre achei que essa 'Clínica da Família' não prestava, mas hoje você me fez mudar de ideia”*. Agradei sorridente e disse que a equipe continuaria a acompanhando.

Este caso, como tantos outros acompanhados em meu período na residência, revelaram a diferença entre uma prática pautada apenas pela dimensão técnica e uma prática do cuidado com valorização também da dimensão intersubjetiva. No caso ilustrado, a resposta *“[...] hoje você me fez mudar de ideia”* traduziu como podemos sustentar uma postura diante do usuário, dedicando atenção e escuta sem desconsiderar o aspecto técnico que constitui também aquele encontro, inclusive, baseado nas orientações e protocolos clínicos. Além disso, a fala final da usuária indicou que o exercício do cuidado também permitiu que a usuária produzisse novos sentidos para o espaço da ESF.

Daquele momento em diante, pude começar a refletir sobre qual cuidado poderia construir com os usuários, no espaço da Atenção Básica, orientada pela ESF e no contexto do município do RJ. Desse dia em diante, optei, cada vez mais por dedicar mais atenção ao usuário, e menos atenção ao “tempo” que isso tomaria em um atendimento, por exemplo.

A partir dessa experiência profissional, pude refletir que Atenção Básica orientada pela ESF, pode ser um cenário em que o cuidado, pautado pela consideração ao outro e a seu tempo, pode resistir, mesmo em cenários de predomínio de pressões produtivistas.

Diante disso, revelo que ao propor o tema do cuidado para uma dissertação a ser desenvolvida em um programa de mestrado acadêmico em Saúde Pública, cuja área de concentração pertence à Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde, inúmeras vezes inquietações surgiram sobre a relevância e as possíveis contribuições deste estudo neste contexto acadêmico.

Tais inquietações surgiram à medida que, ao longo do primeiro ano do curso, acompanhava disciplinas obrigatórias, cujo eixos temáticos concentravam-se nas discussões sobre políticas e planejamento de saúde no nível macropolítico. Sentia um não reconhecimento dos meus interesses de estudo pelo ambiente acadêmico em que estava. Mesmo assim, pude observar a pertinência desses conteúdos estudados para trabalho em

saúde, ou seja, percebia a importância de compreender e aprofundar discussões fomentadas por tais disciplinas obrigatórias, enquanto futura mestra em Saúde Pública.

No entanto, a partir do segundo semestre do primeiro ano, ao cursar a disciplina eletiva *Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde*, reacendi minhas motivações e interesses de estudo ao compreender a característica intersubjetiva do trabalho em saúde e suas consequências sobre produção do cuidado em saúde. Este foi um dos temas trabalhados teoricamente na disciplina, integrando a dimensão da subjetividade à discussão sobre o trabalho gerencial e de saúde. Pude, então, construir esse estudo, enquanto pesquisadora e profissional de saúde, implicada ao cenário do cuidado em saúde na ESF.

Sobre o segundo eixo da justificativa desse estudo, podemos dizer que ainda existe certa lacuna em investigações acadêmicas que explorem a dimensão intersubjetiva do cuidado exercido pelos enfermeiros na Atenção Básica. De maneira não-sistematizada, resgatamos três artigos científicos cujo método pautou-se em revisões integrativas que exploraram o “estado da arte” da temática.

Ao analisar as produções científicas publicadas no Brasil, a partir do banco de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), no período de 1990 a 2007, Ferreira e Acioli (2009), enfatizaram o desafio de articular as práticas realizadas pelo enfermeiro no campo da Atenção Básica com a reflexão sobre cuidado. As autoras levantaram a necessidade de ampliação do conhecimento relativo ao cuidado de enfermagem nesse campo. Sendo o cuidado, abordagem principal da filosofia da profissão, para as autoras, o mesmo deve ser mais enfatizado nos estudos.

Já na revisão integrativa de literatura construída por Santos et al. (2011), ao analisar as produções científicas brasileiras de enfermagem acerca da integralidade nas práticas do cuidado do enfermeiro, no contexto da Atenção Básica no período de 1990 a 2010, em bases de dados como Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), LILACS e Scientific Electronic Library Online (SciELO), reconheceram as práticas do cuidado exercidas pelo enfermeiro a partir de duas categorias: “práticas administrativas” voltadas ao fornecimento de condições favoráveis ao cuidado; e “práticas intersubjetivas” as quais referenciam a humanização e as trocas intersubjetivas como protagonistas do cuidado.

Em relação às “práticas intersubjetivas”, Santos et al. (2011), ao analisar os achados das produções discutindo tal vertente, afirmaram que “[...] os profissionais de saúde encontram-se enraizados em estratégias e ideais de saúde que não dão conta das demandas

apresentadas pelos usuários do sistema[...]” (p.1059). Isto manifesta-se na criação de vínculos frágeis e relações de poder, não somente entre profissional e usuário, mas também entre os próprios profissionais. Dito isso, os autores afirmaram que os enfermeiros na Atenção Básica precisam refletir constantemente sobre suas práticas considerando as demandas psicossocial e biologicamente construídas (SANTOS et al., 2011).

Por fim, o estudo realizado por Fernandes e Silva (2013), cuja revisão integrativa se deu nas bases de dados National Library of Medicine (NLM), LILACS e SciELO no período de 2001 a 2011, observaram uma prevalência de pesquisas que identificaram cuidado e gestão do enfermeiro na ESF com “[...] influência do modelo tradicional com atividades fragmentadas, hierarquizadas, individualistas e com visão positivista do processo saúde-doença, proporcionando um cenário de intensas ambivalências [...]”(p.445). As autoras ainda consideram que o cuidado e a gestão do enfermeiro expressavam um esforço em acompanhar a reorientação do modelo de atenção à saúde do SUS, contudo, o modelo biologicista ganhava espaço na ESF.

Tais revisões integrativas, brevemente nos apontaram que, para as investigações publicadas com tema do cuidado exercido pelos enfermeiros na Atenção Básica, havia uma certa incipiência em relação a discussão da dimensão intersubjetiva do cuidado, considerando seus cotidianos. Isto nos foi revelado, definitivamente, com estudo de Fernandes e Silva (2013), já que as autoras mostraram que as práticas de saúde do enfermeiro na ESF, ainda são fortemente influenciadas pelo modelo biologicista.

A justificativa desse estudo manteve repouso tanto numa observação da realidade a partir de uma experiência particular na ESF enquanto residente multiprofissional, quanto da incipiência da produção acadêmica sobre tema. No entanto, enquanto construíamos essa dissertação, outro motivo impulsionou e ratificou o desenvolvimento desse estudo no que refere à implementação de mudanças importantes na política de Atenção Básica e em seu financiamento, com elevado risco para a sustentação da ESF.

Para compreender tal processo, é preciso retomar, ainda que sucintamente, algumas questões ligadas ao cenário nacional. Assistíamos retrocessos e ameaças, ao SUS e a ESF no país ao final de 2017 e ao longo de 2018. Com impedimento do mandato da presidenta eleita Dilma Rouseff, em agosto de 2016, a continuidade do governo foi dada pelo vice-presidente Michel Temer, com mudanças de cargos, como por exemplo, o Ministério da Saúde, o qual foi assumido por Ricardo Barros (BRASIL, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

O mandato de Barros, de maio/2016 à abril/2018, acompanhou o movimento geral do governo Temer no que tange à: a redução do papel público do Estado e ampliação da participação do setor privado em setores estratégicos do país. Pela justificativa de necessidade do controle dos gastos públicos, o SUS se tornou alvo de reajustes orçamentários, como por exemplo, redução do repasse aos municípios para incentivar expansão da ESF (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em setembro de 2017, uma revisão da PNAB, autorizada pelo ministro da saúde, foi implementada no país, readequando financiamento e organização da Atenção Básica (BRASIL, 2017), implicando diretamente não somente no acesso à porta de entrada prioritária do SUS, como também aos serviços de saúde prestados nesse nível de atenção. Cecílio e Reis (2018) desenvolveram uma leitura crítica sobre as principais mudanças na política, entre as quais apontamos:

[...] A primeira, a regulamentação e valorização do modelo de atenção básica tradicional, por meio de equipes de atenção básica, compostas por médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem, sem a obrigatoriedade de agentes comunitários de saúde (ACS), que poderão se somar ou substituir as ESF. Poderão ter, em sua composição, carga horária mínima por categoria profissional de dez horas, com no máximo três profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais [...] A segunda questão é o fim da obrigatoriedade de cobertura com ACS para 100% da população, que só será exigida para populações vulneráveis, baseando-se em critérios definidos pelo gestor municipal. Não haverá número mínimo de ACS por equipe. Unifica-se o território de atuação e de competências comuns aos ACS e agentes de controle de endemias [...] (p.9).

Dentre as principais mudanças, a nova PNAB prevê uma nova modalidade de equipe para esse nível de atenção à saúde, chamada de equipes de Atenção Básica. Essa nova equipe exige uma composição mínima de profissionais, com enfermeiro, médico e técnico de enfermagem, excluindo Agente Comunitário de Saúde (ACS), com custos reduzidos de manutenção para os municípios (BRASIL, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

O lançamento da nova PNAB já produziu movimentos de adesão por alguns municípios, como o RJ. Em outubro de 2018, a gestão municipal lançou um documento chamado “Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde: um estudo para otimização dos recursos”, que apontou, dentre outras medidas, a implementação de uma nova modalidade de equipe, denominada da “Atenção Básica” (citado no documento como “modelo não-ESF”) cuja previsão de população adscrita atinge até 18 mil habitantes (SMS-RJ, 2018). Para acompanhamento dessa população, o documento prevê que essa modalidade

de equipe seja composta por “Ao menos um médico com carga horária de 40h (com avaliação dinâmica); um enfermeiro com carga horária de 40h; um técnico de enfermagem dedicado 40h à equipe; um agente comunitário de saúde” (p.5). Até a conclusão desta dissertação, em janeiro/2019, não houve avanços na implementação dessa modalidade de equipe no município do RJ. Mas o documento informa que “[...] ao número final de 184 equipes a serem desativadas com baixo impacto assistencial e potencial aumento da eficiência dos serviços, quando levada em conta a relação custo-benefício destas equipes” (p.3).

Mediante essa breve contextualização, os rumos da ESF no país e no contexto municipal ainda são nebulosos, mas em meio aos desafios colocados, o terceiro eixo de justificativa desse estudo está baseada na oportunidade de discutir as possibilidades do cuidado desse modelo, sob a ótica dos enfermeiros. Assim, entendemos o quanto se tornou estratégica nossa pesquisa como uma produção científica capaz de disparar elementos para o debate sobre exercício do cuidado em enfermagem na ESF para Atenção Básica, ainda que num contexto específico como o município do RJ.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para nos aproximarmos do conteúdo publicado sobre objeto de estudo, realizamos uma breve revisão bibliográfica, desenvolvida no mês de agosto de 2017. Procedemos tal busca nos portais Biblioteca Brasileira Digital de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (BDTD – IBICT) e Biblioteca Virtual em Saúde temática Saúde Pública (BVS Saúde Pública).

Em consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elegeu-se os seguintes associados aos operadores booleanos: ("práticas do cuidado" OR "cuidado" OR "cuidados de enfermagem") AND ("estratégia saúde da família" OR "enfermagem de atenção primária" OR "saúde da família" OR "atenção básica" OR "atenção primária") AND enferm*. Insta frisar que não optamos por um período de data de publicação, uma vez que desejávamos acessar uma quantidade razoável de produções científicas de acordo com nosso objeto.

No entanto, identificamos certas limitações nessa revisão. Devido ao próprio tempo de elaboração dessa dissertação, não ampliamos nossa investigação de produções científicas em base de dados internacionais, o que já apontamos como recomendações para futuros estudos. Além disso, outra limitação da análise das produções selecionadas se pautou em não explorar profundamente as bases teóricas e metodológicas utilizadas em cada artigo, o que poderia ampliar a discussão dos resultados.

A seguir, apresentamos o levantamento das produções encontradas e selecionadas pelo critério de inclusão: produções científicas com resumos relacionados ao cuidado exercido pelo enfermeiro na Atenção Básica e/ou na ESF. Vale ressaltar que houve necessidade da aplicação de um critério de exclusão: produções científicas cujos participantes incluíssem usuários e outros profissionais de saúde.

Quadro 1 – Total de produções encontradas/selecionadas referente aos portais de busca/base de dados

Portal de busca	Total de produções encontradas	Total de produções selecionadas
BDTD-IBICT	49	12
BVS Saúde Pública	59	22
Total	108	34

Fonte:Elaboração Própria.

Sobre apreciação do estado da arte a partir da BDTD – IBICT, foram encontradas inicialmente 7.541 produções entre dissertações e teses. Cumpre explicar que tal resultado expressivo se deu pelo método de busca do portal não fixar nenhum tipo de filtro de pesquisa ao acervo digital, ainda que descritores e operadores booleanos tenham sido sugeridos. Isto implicou no somatório de produções científicas cuja origem são de áreas não pertencentes à Saúde e/ou Saúde Pública. Dessa forma, na tentativa de qualificar os achados, para busca neste portal houve a seleção do campo de busca para “assunto” revelando total de 49 produções.

A partir da análise dos resumos das dissertações e teses selecionadas, constatou-se que a maioria das produções acadêmicas tinha como objetivo geral analisar, avaliar, identificar ou compreender práticas assistenciais em saúde ou intervenções desempenhadas pelo enfermeiro no campo da Atenção Básica orientada ou não pela ESF (BONFIM, 2010; ARAÚJO, 2011; OLIVEIRA, 2012; BORTOLI, 2015; BECKER, 2017).

Nessas produções, a apreciação do cuidado em saúde, direcionando ou não algum grupo específico, manteve-se pautada por uma dimensão técnica. Entretanto, o estudo de Bortoli (2015), ao “conhecer os limites e as possibilidades das práticas de cuidado do enfermeiro da atenção básica à saúde no pré-natal” (p.15), abordou o cuidado em uma dimensão intersubjetiva indiretamente, observada quando o enfermeiro lançava mão da estratégia de acolhimento para construção de vínculo em suas práticas de saúde com a gestante.

A reflexão do cuidado não limitando-o apenas às tarefas técnicas, foi observada em outros estudos. Lemos (2012) ao analisar as práticas de saúde e o cuidado exercido pelo enfermeiro na rede básica de saúde do município do RJ, constatou diferentes modos de práticas e dimensões do cuidado. Tal heterogeneidade de práticas e expressões do cuidado entre os enfermeiros estava “[...] entrelaçadas a diversos aspectos subjetivos, epistemológicos, culturais e sócio-econômicos” (LEMOS, 2012, p.99).

O estudo também revelou que o enfermeiro referenciava a presença do cuidado em suas atividades diárias ao interagirem com outro em uma relação “[...] de diálogo, escuta, da valorização, da humanização e do respeito” (LEMOS, 2012, p.99). Assim, a autora concluiu que a construção do papel do enfermeiro na Atenção Básica se dá a partir da compreensão desse profissional acerca do significado do cuidado.

Quanto às práticas de saúde, na rede básica de saúde do município do RJ, Lemos

(2012) afirma que o enfermeiro realiza “[...] consulta de enfermagem, prática educativa, a organização do fluxo de entrada, o sistema de referência e o encaminhamento interno, [...] e a visita domiciliar” (p.100).

A esse respeito, vale destacar duas dissertações que discutem a prática de saúde do enfermeiro na Atenção Básica. O estudo de Silva (2012), ao analisar a consulta de enfermagem direcionada aos idosos nesse cenário em um Distrito Sanitário no município de Florianópolis, afirmou que trata-se de uma prática de saúde importante da categoria profissional, capaz de construir vínculo entre enfermeiro e usuário.

Entretanto, também revelou que o enfermeiro não a realiza no cenário elencado. Os motivos levantados pelos profissionais para não ocorrer a consulta de enfermagem ao idoso perpassam “[...] desde o processo de formação do enfermeiro até mesmo as condições de trabalho e a postura profissional” (p116).

Mesmo assim, os participantes deste estudo valorizaram a consulta de enfermagem ao idoso e afirmaram que trata-se de “[...] uma possibilidade para dar respostas às crescentes demandas de cuidado da população idosa” (p109). Assim, Silva (2012) concluiu que a consulta de enfermagem, seja para qual for o ciclo de vida a ser direcionada (criança, adolescente, adulto ou idoso), ainda deverá ser melhor desenvolvida no modelo ESF. O autor também sugere a necessidade de reflexões sobre o papel da consulta de enfermagem no cuidado aos idosos.

Já o estudo de Oliveira (2012), ao avaliar as práticas de saúde às gestantes, no acompanhamento pré-natal em unidades de saúde com modelo ESF no município do Rio Grande do Sul, apontou que as enfermeiras realizavam uma rotina orientada pelos protocolos ministeriais/municipais. Ao serem questionadas sobre tal rotina de pré-natal, as enfermeiras não souberam responder o porquê de cada orientação expressa nos protocolos ministeriais/municipais, revelando um cotidiano automatizado das práticas de saúde por estas profissionais.

Tais achados inquietaram essa autora, levando-a elaborar questionamentos em suas considerações finais acerca da “realidade protocolizada” constatada: “[...] Será que é isso que se quer, pessoas que reproduzem automaticamente tarefas que lhe são repassadas como obrigatoriedade? Será que as enfermeiras entendem o que está sendo desenvolvido e por quê?”(p.89).

Chama-nos atenção o fato de que nas dissertações de Silva (2012) e Oliveira (2012)

empreendem uma análise das práticas de saúde do enfermeiro, considerando o cuidado exercido por este profissional. Contudo, a discussão sobre cuidado é pouco desenvolvida, na medida em que é tratado apenas em termos de “interação” ou “construção de vínculo”, sem relação com as questões intersubjetivas que envolvem tais interações ou vínculos.

Ainda em relação às práticas de saúde do enfermeiro, Arantes (2012) em sua dissertação com objetivo de “analisar como os enfermeiros identificam e intervêm nas necessidades de saúde dos usuários que demandam a ESF, na perspectiva de produção do cuidado” (p.27) na ESF no município de São Paulo, concluiu que é necessário rever a formação para qualificação dos enfermeiros, e assim, modificar a prática de saúde focada na doença.

Para autora é necessário adequar a prática do enfermeiro a um conceito ampliado do processo saúde-doença com objetivo de satisfazer as necessidades, anseios e/ou dúvidas dos usuários. Assim, Arantes (2012) concluiu apontando que, para romper o paradigma voltado à doença é necessário uma “mudança no processo de formação dos profissionais de saúde, principalmente, recorrendo aos princípios da educação permanente, tendo o compromisso de problematizar concepção de saúde, de necessidades de saúde, educação em saúde e, ainda, a concepção do homem” (p.103).

A educação permanente no cenário do trabalho em saúde na Atenção Básica é apontada por Arantes (2012) como uma possibilidade de uma escuta qualificada aos trabalhadores, em especial, aos enfermeiros que atuam nos serviços de saúde. Isto permitiria compreender os desafios do cuidado em saúde aos usuários no modelo ESF.

Retomando a análise sobre os estudos que refletiram em profundidade o cuidado nas práticas de saúde exercido pelo enfermeiro no campo da Atenção Básica, apontamos estudo de Ferreira (2009) cujo cenário se deu em Centros Municipais de Saúde no município do RJ, que concluiu que os sentidos do cuidar construídos pelos enfermeiros estão baseados em um conjunto de dimensões, incluindo fazer técnico, organizacional e de uma *boa prática em saúde* (grifo do autor).

No âmbito do fazer técnico, a autora aponta o encontro do enfermeiro com o usuário a ser cuidado pautado em ações procedimentais, como por exemplo, a aplicação de imunobiológico (vacina) ou aferição da pressão arterial. Já no que tange à dimensão organizacional do cuidado, Ferreira (2009) identificou a organização do espaço terapêutico do cuidado por meio “das atividades de coordenação, supervisão e controle de enfermagem”

(p.55).

Já a *boa prática em saúde* corresponde, em síntese, à construção de espaços de diálogo e escuta para e com o usuário. Este último sentido não foi tratado verbalmente pelos entrevistados, mas foi passível de ser identificado pelo autor por sua apreciação analítica. Dessa maneira, a partir dos sentidos do cuidar, Ferreira (2009) concluiu que o cuidado permeia as práticas do enfermeiro mesmo que este não perceba.

Enquanto considerações finais, a dissertação de Ferreira (2009) assemelha-se de Lemos (2012), ao recomendar fortemente mais estudos com objeto do cuidado exercido pelo enfermeiro nesse cenário de atenção à saúde. Lemos (2012) concluiu que há “[...] necessidade de novos estudos sobre a temática a fim de estimular a construção de saberes teórico-práticos e a formulação de uma visão crítica sobre o cuidado praticado pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Básica” (p.102).

Alberti (2014), ao conhecer as práticas do cuidado executadas pelo enfermeiro em uma unidade de Saúde da Família no município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, aponta que o cuidado executado por esse profissional revela fragilidades no que corresponde à complexidade das relações entre os sujeitos (profissional e usuário). Já a dimensão instrumental do trabalho de enfermagem, para autora, não parecem fragilizada.

Assim, ela destaca a necessidade de revisitar a formação acadêmica da(o) enfermeira(o) a fim de “[...] incitar o desenvolvimento de habilidades embasadas em valores como a solidariedade, a responsabilização e a compreensão intersubjetiva das pessoas no qual o cuidado está endereçado” (ALBERTI, 2014, p.49).

Para concluir, a apreciação do portal BDTB-IBICT, permitiu-nos verificar que o cuidado executado pelo enfermeiro na Atenção Básica ainda é prioritariamente discutido e entendido por esta categoria profissional em uma dimensão técnica. Chamou-nos atenção dois estudos que são semelhantes aos interesses deste projeto (FERREIRA, 2009; LEMOS, 2012), mas ainda que esses trabalhos tenham considerado esse nível de atenção à saúde no município do RJ, não fazem reflexão a partir da ESF, o que ratifica a relevância de nossa proposta de estudo.

A fim de complementar nossa análise de produções científicas publicadas com tema/objeto referente ao cuidado executado pelo enfermeiro na Atenção Básica orientada, ou não, pela ESF, estendemos apreciação para portal **BVS Saúde Pública**. Para este portal de busca fixou-se como filtro no campo de busca elemento “título”, encontrando inicialmente, 88

artigos científicos, mas com a exclusão das produções duplicadas e triplicadas, reduziram para 59 produções.

Destaca-se aqui que um levantamento de produções foi realizado na BVS Salud, com idêntica opção filtragem no campo de busca supracitado, encontrando-se 43 artigos científicos, com exclusão dos itens duplicados e triplicados. Contudo, constatou-se que tais produções pertenciam já ao resultado achado através do portal BVS Saúde Pública. Dessa forma abandonou-se os achados do portal BVS Salud em predileção apenas à BVS Saúde Pública.

Na apreciação das publicações selecionadas no portal BVS Saúde Pública (que tem vários artigos derivados das dissertações e teses acima citadas), é notório perceber que maioria das investigações científicas sobre as perspectivas do enfermeiro acerca do cuidado no cenário da Atenção Básica e/ou modelo ESF são direcionadas a alguns grupos específicos como: pessoas com hipertensão arterial (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010); idosos (ROCHA et al., 2010; OLIVEIRA; MENEZES, 2014; SILVA; SANTOS, 2015; RESENDE et al., 2015); usuários com sofrimento psíquico (AMARANTE et al., 2011; SOUSA et al., 2013); pessoa com tuberculose (SÁ et al., 2011); pessoas com Síndrome de Down (MIRANDA et al., 2014) e crianças (LIMA et al., 2013). Em tais produções, há destaque às discussões sobre a sistematização da assistência no âmbito preventivista de agravos ou curativista.

Cabe dizer que algumas dessas produções discutiam o cuidado a partir do processo de trabalho do enfermeiro na ESF de modo geral (CHAVES; SILVA, 2011), ou ainda, com foco na puericultura (ASSIS et al., 2011) ou com olhar para crianças com condições crônicas na Atenção Básica (DUARTE et al., 2015). Estes estudos se encarregavam de analisar, explicar ou compreender as ações ou serviços em saúde, prestados pelo enfermeiro, sem averiguar criticamente a dimensão intersubjetiva do cuidado nesse nível de atenção à saúde, orientado ou não, pelo modelo ESF.

Pudemos constatar também que o cuidado foi tomado como algo a ser *gerenciado*. No estudo de Fermino et al. (2017), o gerenciamento do cuidado na ESF é entendido como articulação da gerência com a assistência, a fim de apoiar as práticas de saúde do enfermeiro e o cuidado à população. Desse modo, ao buscar compreender o entendimento dos enfermeiros de uma rede básica do Rio Grande do Sul sobre gerenciamento do cuidado, os profissionais disseram que gerenciar o cuidado no modelo ESF é importante, sendo necessário “a padronização das atividades e protocolos, maior aproximação da gestão municipal com os

seus serviços e capacitações sobre os programas desenvolvidos na unidade” (FERMINO et al., 2017, p.8). Novamente, a discussão do cuidado em sua dimensão intersubjetiva é esvaziada em detrimento de algo mais técnico e operacional.

Já no estudo de Kawata et al.(2013), considerando cinco unidades ESF em Ribeirão Preto, observou-se que as ações das enfermeiras pautavam-se em um foco biologicista. As ações foram reconhecidas como “[...] consulta de enfermagem, visita domiciliar, avaliação com classificação de risco, monitoramento e avaliação de vacina e reação adversa à vacina, atendimento para grupos educativos com indivíduos vulneráveis, e vigilância epidemiológica” (p.961).

Entretanto, os autores apontaram que também existem iniciativas norteadas a uma ampliação da clínica no que corresponde a perspectiva da longitudinalidade, considerando a pessoa-família e o contexto situacional em que se encontram. A escuta, vínculo e acolhimento articulavam-se as ações dos enfermeiros, desvelando uma gradativa transformação do foco da atenção à doença para o sujeito (KAWATA et al., 2013).

Busanello et al. (2013), ao tratar do cuidado ao portador de feridas, discutem a dimensão técnica do cuidado, considerando o tipo de coberturas usadas e a sistematização da assistência do enfermeiro, mas afirmam ser imprescindível a implementação das tecnologias leves⁷ no cuidado ao portador de feridas nesse cenário de atenção à saúde.

As dimensões do cuidado na prática de saúde exercida pelo enfermeiro em um Centro Municipal de Saúde no município do RJ é o destaque do artigo realizado por Ferraccioli e Acioli (2017). As autoras afirmaram que não há uma única dimensão do cuidado compreendida pelos enfermeiros tendo em vista os aspectos subjetivos, culturais e socioeconômicos que estão envolvidos.

Tais dimensões foram caracterizadas pelos profissionais enfermeiros como a escuta, o diálogo e a humanização, por exemplo. As autoras concluíram que há necessidade do enfermeiro refletir sobre o cuidado em suas práticas de saúde, considerando seus significados, bem como, seus limites.

Em outro estudo das mesmas autoras, agora, sobre os sentidos do cuidado do enfermeiro em Centros Municipais de Saúde no município do RJ, Ferreira e Acioli (2009) ainda concluem que o enfermeiro afirma a presença do cuidado em seu cotidiano profissional,

⁷De acordo com Merhy e Feuerwerker (2009 apud Busanello et al., 2013), as tecnologias de cuidados classificadas como leves “[...] permitem a produção de relações envolvidas no encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário, mediante a escuta, o interesse e a construção de vínculos. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação interpessoal adquirem importância[...]” (p.176).

porém, não o identifica ou o percebe tão claramente, já que ele está articulado às suas práticas de saúde. Isso revelou para as autoras que “[...] olhar para as práticas do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde como produtoras de sentidos do cuidado, mesmo não percebidas, ajuda a compreendê-las [...]” (FERREIRA; ACIOLI, 2009). Chama-nos atenção nesse estudo a consideração de que uma *boa prática em saúde* (grifo do autor) nada mais é que a criação de espaços de escuta e diálogo ao usuário. Isso nos revelou a preocupação do enfermeiro com a dimensão intersubjetiva do cuidado na Atenção Básica.

O artigo de Baratieri, Mandú e Marcon (2012) também discutem a dimensão intersubjetiva do cuidado na prática do enfermeiro, no que tange ao vínculo e à longitudinalidade do cuidado na ESF no Paraná. Os profissionais desvelaram a ideia de vínculo como “[...] relações estreitas, humanizadas e de confiança entre trabalhador-usuário, baseadas na convivência-tempo, corresponsabilidade, consideração à integralidade do usuário e resolutividade das ações” (p.11).

Os enfermeiros afirmaram que uma prática humanizada é a interação entre profissional e usuário com objetivo de aproximá-los, sem necessariamente ser uma relação de natureza pessoal. Sendo assim, a prática humanizada foi tomada como essencial para constituição do vínculo e longitudinalidade do cuidado.

A partir dos relatos dos enfermeiros, os autores afirmaram que “[...] a longitudinalidade, no sentido de acompanhamento do usuário pelo serviço ao longo do tempo, pressupõe o vínculo como uma condição para que ele ocorra de forma satisfatória” (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012, p.20). Assim, o vínculo será estabelecido através do contato continuado com usuário, se o mesmo desejar, considerando um encontro terapêutico o qual extrapola fins de cura (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012).

Já Alberti et al. (2016) buscaram conhecer as práticas do cuidado exercida pelos enfermeiros relacionando-as ao primeiro contato em uma unidade de saúde com modelo ESF no Rio Grande do Sul. Os autores concluíram que o cuidado dos enfermeiros pautava-se na valorização do conhecimento técnico-científico, desconsiderando as “[...] habilidades relacionais, o desenvolvimento de valores, da consciência cidadã, da responsabilidade social” (ALBERTI et al., 2016, p.7-8). Dito isso, os autores recomendaram a reformulação do cenário da formação em saúde a fim de fomentar a construção de futuros enfermeiros, cujas características se põem a favor de uma consciência de coletividade e sensibilidade ética e política (ALBERTI et al., 2016).

Com o estudo de Maciel e Lage (2011), buscou-se compreender como o enfermeiro vivencia o cuidado numa eSF no município do Alto da Parnaíba em Minas Gerais. Enquanto principal resultado, os enfermeiros entendiam cuidado em três eixos distintos: na integralidade, no acolhimento do sujeito humano ou somente por ações e programas assistenciais propostos pelo Ministério da Saúde. Enquanto facilitadores do cuidado, os enfermeiros atribuíram ao trabalho em equipe, a atuação do Agente Comunitário de Saúde e a participação do usuário na prática do cuidado. Já os dificultadores seriam a sobrecarga de trabalho e a não adesão do usuário à prática do cuidado (MACIEL; LAGE, 2011).

Por fim, Vilela, Carvalho e Pedrão (2014), em estudo realizado em unidades orientadas pela ESF em Minas Gerais, fazem uma reflexão sobre a dimensão interpessoal do cuidado exercido pelas enfermeiras a partir da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Observam que apesar das enfermeiras considerarem importante a relação interpessoal no cuidado, prevalecem muitos desafios para valorizá-la em suas práticas, devido à “deficiência de conhecimentos a respeito do processo terapêutico das relações interpessoais como forma de cuidado da enfermagem” (p.96).

Conforme apresentado, a revisão bibliográfica revelou, portanto, que o cuidado exercido pelos enfermeiros na Atenção Básica orientada (ou não) pela ESF, vem sendo refletido pelos pesquisadores predominantemente a partir de sua dimensão técnica, mas algumas dissertações e artigos científicos, mostraram que também há interesse pela pesquisa acerca da dimensão relacional e intersubjetiva do cuidado, ainda que não a explorem em profundidade. Uma vez reconhecidas as principais discussões das produções científicas publicadas, avançamos para apresentação do referencial teórico que sustentou nossa discussão sobre objeto de estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Para discutirmos cuidado na Atenção Básica foi importante situarmos o contexto sociocultural em que ele se encontrava. Não coube nos limites dessa dissertação estender e aprofundar uma discussão sobre tal contexto, mas alguns apontamentos foram necessários. É o que passamos a apresentar com base nas contribuições de Creuza da Silva Azevedo e Marilene de Castilho Sá, cuja filiação teórica situa-se na psicossociologia francesa e na teoria psicanalítica.

A partir da virada do século XXI, observamos mudanças na sociedade num ritmo acelerado. Reconhecemos essas transformações nos modos de ser e viver do homem cujo agir em prol da coletividade, buscando lutar por democracia e liberdade, foram sendo substituídos por um comportamento de atenção a si, num tipo de busca por realizações de desejos íntimos e alcance de satisfação pessoal (ENRIQUEZ; CARRETEIRO, 2013).

A respeito dessa “dinâmica psíquica social e individual”, assim chamada por Enriquez e Carreteiro (2013), Azevedo (2013) comenta que estamos vivendo uma “[...] despolitização radical do mundo, reduzindo-se todo mal-estar a questões de competência ou incompetência individual para viver” (p.53). Baseado em Santos (2001), a autora reflete como, no momento atual, agimos em sociedade a partir de comportamentos desencadeados por uma natureza individual, em que a responsabilidade com nós mesmos, nos confina, e dificulta cada vez mais, pensarmos em nossas responsabilidades em grupo, em coletivo.

Em outras palavras, os modos de subjetivação da atualidade, ligados a negação do sofrimento e à busca desenfreada pela felicidade, mostram um ser humano autocentrado, o que acarreta alheamento em relação ao outro, limitando o estabelecimento de relações sociais marcadas pela reciprocidade (AZEVEDO, 2013). Com base em Santos (2001), a autora afirma que estaríamos vivendo o terceiro período da modernidade – iniciado no final da década 70 – chamado de capitalismo desorganizado ou financeiro. Este se traduz pela crença neoliberal, globalização do mercado de consumo, enfraquecimento do Estado com transformação a um papel “mínimo” e incentivo à competitividade. Estes elementos, indiretamente, acabam por produzir certa diminuição da disponibilidade das pessoas em reconhecer e apoiar o sofrimento uma das outras – como já mencionamos.

Baseada em Enriquez (1994;1997), Azevedo (2013), ainda complementa que a tecnologia, o dinheiro e a ciência foram colocados num lugar especial, sagrado, que norteiam as formas do homem se relacionar consigo e com o mundo. Como citado por Enriquez (2006), as nações e a sociedade se submeteram ao “reino do dinheiro”, cujo “desejo” de ganho e acúmulo, refletiu em comportamentos a nível coletivo, como uma desfragmentação do vínculo social e competição exacerbada.

Nesse cenário contemporâneo, experimentamos consequências em nossa vida profissional pois, aumentam as “pressões” às quais o trabalhador é submetido por parte da organização do trabalho, no que se refere a alta performance para alcance de resultados e lucro. Enriquez e Carreiro (2013) afirmam que: “Os indivíduos encontram em seus trabalhos, a pressão e obrigação de terem bons desempenhos, sofrem frequentemente humilhações por parte de dirigentes e às vezes mesmo tal assédio faz com que não consigam mais suportar as pressões”(p.76).

Desse modo “[...] estão sempre em situação de prova, em estado de estresse, [...] tomam excitantes ou tranquilizantes para dar conta da situação, para ter bom desempenho [...]” (ENRIQUEZ, 2006, p.6). Enriquez e Carreiro (2013, p.80), afirmaram que os trabalhadores se responsabilizam cada vez mais em alcançar “um ótimo desempenho”, não medindo esforços para se adaptarem a organização do trabalho. Nesse contexto, o trabalhador passa ser avaliado individualmente, cuja capacidade pró-ativa é desejada e incentivada. O reconhecimento surge da manutenção dessa capacidade do trabalhador manter-se nos padrões exigidos (até superá-los). No entanto, uma vez que não mantenha tais exigências, passam a ser desvalorizados. Isso é o que os autores chamam de “reconhecimento líquido” pois o reconhecimento “[...] desaparece se a eficiência se fragiliza” (p.80).

A respeito desse cenário atual do trabalho, Azevedo (2013) baseada em Aubert (2003), chama atenção para uma transformação da relação do homem com o tempo, revelando uma “cultura do imediato”, em que vivemos na urgência permanentemente para ganhar eficiência, produzindo “mais coisas”, “em menos tempo” e com “menos pessoas”. Desse modo, estamos diante de uma sociedade contemporânea que impõe desafios e obstáculos à construção de projetos partilhados e coletivos – do que se trata o cuidado que entendemos nesse estudo.

Considerando esse cenário contemporâneo, apontamos desafios ao trabalho em saúde, uma vez que, esse é entendido como uma prática intersubjetiva, que consiste em “[...] uma intervenção de um sujeito sobre outro, em suas experiências de vida, prazer, dor, sofrimento e

morte” (SÁ; AZEVEDO, 2013, p.42-43).

Assim, se considerarmos que as experiências da doença e saúde são singulares à vida de cada sujeito, reconhecemos que, para o profissional de saúde, em nosso caso, o enfermeiro, lidar com essa complexidade exige um grande empenho e esforço racional – emocional. Ou seja: “pela centralidade de sua dimensão relacional e intersubjetiva, o trabalho em saúde é altamente exigente de trabalho psíquico” (SÁ; AZEVEDO, 2013, p.43). Sendo assim, o modo como trabalhador em saúde assume e responde a tais exigências psíquicas, refletirá na elaboração do cuidado em saúde.

Acerca do trabalho psíquico envolvido no exercício do trabalho e cuidado em saúde, concordamos que o trabalho em saúde permite a “[...] possibilidade de exercício da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida [...]” (SÁ, 2009, p.656), mas também, pode produzir cenas de descuido, descaso e violência com o outro. A autora aponta que:

Os obstáculos à solidariedade e à produção do cuidado em saúde não residem apenas na precariedade das condições materiais, tecnológicas e na insuficiência de pessoal da grande maioria dos serviços, nem somente nas características dos modelos assistencial biomédico e gerencial funcionalista dominantes. Somando-se a esses fatores, os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação na sociedade contemporânea também impõem sérias limitações ao trabalho em saúde e a sua qualidade (SÁ, 2009, p.652).

Desse modo, Sá (2005; 2009), apontou que é necessário que gestores e profissionais de saúde reconheçam a dimensão intersubjetiva das organizações e do trabalho em saúde, ou seja, a dimensão inconsciente que produz efeitos sobre o cuidado.

Indubitavelmente, concluímos com Sá (2005; 2009), que torna-se fundamental acessar a própria subjetividade – em nossos desejos, sofrimento e conflitos psíquicos – para que possamos construir a capacidade de escuta e resposta (ou encaminhamento) do sofrimento do outro, enquanto profissionais de saúde. Trata-se de uma tarefa contínua e ininterrupta, não somente individual mas da própria organização do trabalho, como afirmam Sá e Azevedo (2013).

3.2 PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE CUIDADO: BREVES APONTAMENTOS SOBRE A INTERSUBJETIVIDADE E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS

Nesse estudo, as reflexões sobre o cuidado em saúde foram apoiadas em autores cujas bases teóricas, em alguns aspectos, se distinguem entre si. Destarte, consideramos a dimensão intersubjetiva do cuidado, tal como concebida por José Ricardo Carvalho de

Mesquita Ayres, destacando os elementos envolvidos no encontro entre profissional e usuário, face ao reconhecimento de uma conformação humanizada das práticas de saúde. Além disso, refletimos também o cuidado enquanto produção dos sentidos humanos, a partir de Luís Cláudio Figueiredo na chamada “teoria geral do cuidar”, sustentado numa perspectiva psicanalítica.

Uma vez que nosso estudo foi construído no âmbito acadêmico da Saúde Coletiva, escolhemos nos debruçar em contribuições teóricas distintas da enfermagem para discutir sobre cuidado. Nossa escolha se deu, estritamente, a fim de apresentar uma discussão interdisciplinar própria do campo, mantendo-nos coerente e cuidadosas a discussão histórica do tema pela enfermagem, ao egermos algumas ideias das autoras brasileiras, Vera Regina Waldow e Nébia Maria Almeida de Figueiredo.

3.2.1 O cuidado enquanto dimensão intersubjetiva

Para nos debruçar nos argumentos de Ayres sobre cuidado em saúde, resgatamos, primeiramente, a concepção de saúde, considerando a discussão filosófica apresentada por Canguilhem (2010). O autor trata a saúde como um “valor invisível”, apenas reconhecemos e valorizamos, quando nos falta, ou seja, em nossas experiências de adoecimento. Em “O normal e patológico”, no capítulo “Doença, Cura e Saúde”, Canguilhem (2011) é ressaltado que o normal não é exato ou facilmente deduzido. Para o autor, a ideia de normal são normas de vida de um indivíduo em um meio, as quais são criadas e experimentadas de modos diferentes para cada um. Dito isso, “ter saúde” pode ser entendido pela possibilidade dos sujeitos em criarem “novas” normas de vida, experimentá-las e se arriscarem nelas. A saúde torna o indivíduo capaz de responder as surpresas advindas do meio, e ao mesmo tempo, tolerar o imprevisível da vida, diferente nos estados de doença. Além disso, o autor afirmou que “[...] Estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico” (2011, p.78).

A doença, por outro lado, consiste na impossibilidade de criação dessas normas pelo indivíduo. Ainda assim, Canguilhem diz que a doença pode ser vista como uma vida nova, já que impõe a substituição de uma ordem já conhecida por outra, que não se deseja, mas acaba por acontecer. A saúde não corresponde ao regresso do indivíduo ao estado anterior à doença. Ela implica na construção de uma nova ordem de vida, que inclui, inclusive, algumas perdas

advindas do adoecimento (CANGUILHEM, 2011). Em poucas palavras, a saúde e doença não são condições opostas, e sim, coexistem como experiência de vida.

Ayres (2007), baseado em Canguilhem (1982), chama atenção para o que estamos considerando quando falamos sobre saúde e doença, sobretudo, quando tratamos das práticas de saúde. Citando Luz (1988), Ayres (2009c) afirma que, de modo geral, as práticas de saúde são guiadas e julgadas em um horizonte normativo com referência às tecnociências biomédicas modernas. Mas, o autor propõe a ampliação desse horizonte das práticas de saúde ao considerar a ideia de *felicidade*. Esta escapa tanto da restrição da conceituação de saúde ao horizonte tecnocientífico, quanto da conceituação abstrata de saúde – definido pela Organização Mundial de Saúde em 1970 como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Isto é: a noção de felicidade remete a uma “experiência vivida, valorada positivamente, que não requer, necessariamente, um estado completo de bem-estar ou normalidade morfofuncional” (AYRES, 2009c).

Ayres (2009c) aponta que todos nós concebemos *projetos de felicidade*. O autor nos explica que há um arcabouço filosófico por trás dessa expressão, o que denota certa complexidade para sua compreensão. Mas o autor, resumidamente, explica:

O projeto de felicidade é, no modo como se expressa, uma totalidade compreensiva. Como experiência vivida, o projeto de felicidade é aquilo que move e identifica as pessoas em seu existir concreto. Como dispositivo compreensivo-interpretativo e referência normativa para as práticas de saúde, o projeto de felicidade é o pano de fundo que confere contornos a identidades, valores, vivências dos sujeitos. [...] Sabe-se que a realidade não está toda contida ali e que aquela é apenas uma entre outras expressões possíveis da realidade, mas há uma verdade ali que, naquele momento, reclama reconhecimento, compartilhamento e ação (AYRES, 2007, p.57).

Considerar os projetos de felicidade é proporcionar a construção de vínculos no encontro terapêutico entre os atores, profissional e usuário, direcionando-as para chamada “humanização das práticas de saúde” (AYRES, 2009c). Dessa forma, o importante para essa humanização diz respeito à integração do técnico ou biomédico com aquilo que é próprio da vida dos seres humanos, em suas relações consigo mesmo e com o mundo. Para Ayres (2009c) é essa forma de prática humanizada que pode ser chamada de Cuidado – grifada pelo autor com letra maiúscula, conferindo como substantivo próprio.

Inspirado em Martin Heidegger (1995), Ayres (2009c, p.85) diz que o Cuidado é o “o próprio ser do ser do humano (ser-aí, *da-sein*)”. Somado a isto, considera-se Cuidado, como atenção à experiência integral do ser humano, nas suas dimensões física, material, mental e

intersubjetiva. Contudo, para o autor, ao lermos cuidado enquanto substantivo comum, estamos nos remetendo as atividades e procedimentos no sentido comum (AYRES, 2009c). Tratar-se-ia do que estamos chamando nesta dissertação de práticas de saúde.

Assim, para que seja possível o movimento da humanização e transformação das práticas de saúde em Cuidado, não podemos prescindir de uma *sabedoria prática* (grifo do autor), posta em ação pelos atores em cena. Esta, mostra-se, inclusive, fundamental (AYRES, 2009c). A sabedoria prática consiste num conceito da filosofia aristotélica “[...] que diz respeito a um saber conduzir-se frente às questões da práxis vital que não segue leis universais ou modos de fazer conhecidos *a priori*, mas desenvolve-se [...] como um tipo de racionalidade que nasce da práxis [...]” (GADAMER, 1983 apud AYRES, 2009c). Ela é fundamental para o Cuidado, contudo, nem sempre é reconhecida e valorizada por alguns setores e atores do campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva (AYRES, 2009b).

Fundamentalmente, o Cuidado nas práticas de saúde materializa-se em atitudes no encontro com outro, em que se exercitará uma *sabedoria prática*, apoiada nas tarefas técnicas e tecnologias, mas sem deixar resumir-se a elas (AYRES, 2009b). Nesse encontro com outro, entendemos que a dimensão dialógica sempre estará presente, mas Ayres (2009c) salienta que trata-se de uma disponibilidade e interesse verdadeiros pela alteridade. O autor afirma que escutar outro e se fazer escutado são fundamentais para o chamado legítimo diálogo, e complementa ao afirmar que o fundamental é a qualidade da escuta e, sobretudo, *daquilo* que se quer escutar (AYRES, 2009c).

A depender do horizonte que orienta o encontro terapêutico é que se modulará a natureza da escuta. Assim, quando o horizonte é pautado em caráter biologicista, a escuta será orientada à obtenção de subsídios objetivos para tratar doenças e monitorar a saúde. Isto pode ocorrer no cotidiano de um cenário de saúde com modelo ESF, por exemplo, em uma consulta de enfermagem quando a enfermeira *escuta* apenas queixas ginecológicas de uma mulher, digitando seu relato no prontuário eletrônico e dirigindo-se apenas a ela para orientar sobre o tratamento medicamentoso que deverá ser realizado. No entanto, ao se ampliar tal horizonte para uma dimensão existencial, a escuta que se estabelece é totalmente outra. Considerando o exemplo, uma mudança da enfermeira, com atenção a toda a narrativa da mulher, já seria uma postura a favor do Cuidado, tal como concebido por Ayres (2009c).

Aqui, ressaltamos que o Cuidado se faz a partir de dois aspectos relacionados entre si: a responsabilidade e a identidade. A responsabilidade tratar-se-á de uma posição moral dos

atores frente ao outro. No âmbito da saúde, temos o profissional frente ao usuário e vice-versa. Isto pode ser facilitado, cada vez mais, através da confiança de que o outro tomará tal posição. Desse modo, a questão prática da responsabilidade consiste no ato de cada profissional de saúde se interrogar acerca do por quê, como e quanto se responsabiliza em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, perguntando-se, ao mesmo tempo, se esses sujeitos são conhecedores e participantes desse compromisso (AYRES, 2009c).

O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com outro implica também na identidade. Ayres (2009c) aponta que uma vez que se age *em-função-de* algo, está imediatamente dizendo-se quem se é ou se busca ser (identidade). Assim, a busca ativa dos projetos de felicidade daqueles de quem se cuida traz para encontro terapêutico um processo de (re)construção identitária que implica, indissociavelmente, profissional e usuário. Ayres (2009c, p.95) pautado em Ricoeur (1991) complementa que a identidade então tratará de “[...] um processo de contínua reconstrução reflexiva pelo encontro com a alteridade”.

Mediante o exposto, Ayres (2009c) aponta que para a construção do Cuidado nas práticas de saúde é necessário investir na reflexão, bem como na transformação relativa às características das interações entre sujeitos: profissional e usuário. O autor destaca também como é importante debruçar-se cada vez mais sobre os significados dos adoecimentos socialmente construídos, de tal modo que o profissional seja capaz de explorar os obstáculos referentes aos projetos de felicidade do outro. Isso proporcionará, em última análise, o entendimento de como utilizar das tecnologias e serviços disponíveis para superação de tais obstáculos (AYRES, 2009c).

Ao compreender as práticas de saúde sob perspectiva humanizada, ou seja, do Cuidado enquanto dimensão dialógica de subjetividades, pautado por uma *sabedoria prática*, daremos seguimento a outra reflexão sobre o exercício do cuidar. Para tanto, escolhemos nos apoiar em alguns elementos da teoria psicanalítica, tal como lida por Luis Cláudio Figueiredo, acerca do cuidado enquanto produção de sentidos do humano. Embora a perspectiva da Ayres não converse estritamente com a que iremos desenvolver a seguir, entendemos a importância de recorrer as ideias da psicanálise para orientar discussões que considerem dimensões consistentes e inconscientes ligadas aos diferentes modos do cuidar no cenário de saúde.

3.2.2 O cuidado enquanto produção de sentidos

Ao nascermos, somos inseridos em grupos de culturas distintas, os quais recebem seus novos membros por uma ordem religiosa, como os Batizados entre os católicos, e/ou por uma ordem terapêutica, como as consultas de puericultura e pediatria. Essas formas de recepção constituem uma das primeiras fontes de sentido oferecidos ao ser humano – sentidos para o nascimento ou as mudanças de etapas da vida. Por oferecerem sentidos e também suporte, essas práticas de recepção são também experiências de cuidado (FIGUEIREDO, 2009). Dessa maneira “fazer sentido”: “[...] equivale a constituir para o sujeito uma *experiência integrada*, uma *experiência de integração*. Tais experiências não se constituem se não puderem ser primeiramente exercidas, ensinadas e facilitadas pelos *cuidados* de que somos alvo” (FIGUEIREDO, 2009, p.134).

A tarefa ética envolvida nos *cuidados* (grifo do autor) é manter o contínuo “fazer sentido” frente as vicissitudes da existência do ser humano. Dito isso, ao adentrarmos na “teoria geral do cuidar”, o ato cuidador implica em duas modalidades de presenças do agente de cuidados ou agente cuidador (como profissionais de saúde por exemplo): uma *presença implicada* e uma *presença reservada* (FIGUEIREDO, 2009).

A presença implicada do agente de cuidados frente ao objeto dos cuidados detem três modalidades distintas: sustentar e conter; reconhecer; e interpelar. Nessas modalidades, segundo Figueiredo (2009), baseado em Coelho Júnior e Figueiredo (2003), o cuidador está na posição de um outro, de alguém diferente do objeto de cuidado, mas ligado a ele ativamente, com o interesse de oferecer-lhe o cuidado.

A modalidade de sustentar e conter traduz-se ao agente de cuidados que desempenha duas dimensões primordiais: o *holding* (sustentação) voltado à garantia da experiência da continuidade no tempo e no espaço (WINNICOTT, 1960 apud FIGUEIREDO, 2009); e *containing* (continência) cuja função é proporcionar experiências de transformação (BION, 1970; OGDEN, 2004 apud FIGUEIREDO, 2009). Para Figueiredo (2009), o *holding* ou o sustentar corresponderia a algo como “segurar a barra”, ou seja, oferecer apoio, estar junto da pessoa nos momentos mais difíceis, em que a vida parece perder o sentido. Já *containing* ou conter se materializa quando o agente de cuidados dá continência aos afetos – como angústias, medos e desejos – do objeto de cuidados (FIGUEIREDO, 2009), ajudando-os a digerir os afetos e poder incorporá-los em seus desejos e projetos futuros.

A modalidade de cuidado denominado reconhecer diz respeito à capacidade do agente de cuidados “[...] prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho, e se possível, levando de volta sua própria imagem” (FIGUEIREDO, 2009, p.138). Aqui dar-se à luz a *experiência da medida*, a partir da qual busca-se um reconhecimento do outro naquilo que ele tem de próprio, sem exageros ligados aos desejos do cuidador (FIGUEIREDO, 2009).

Já na última modalidade chamada interpelar, o agente de cuidados é aqui um “outro” marcado por suas diferenças que lhe propiciarão exercer a função de interpelar ou reclamar o objeto dos cuidados, para que assim este reaja à vida e à sua humanidade. Aqui, Figueiredo (2009) afirma que o agente de cuidados “[...] funciona como agente do confronto e do limite [...]” (p.139), fazendo com que objeto dos cuidados “[...] entre em contato com os fatos da existência: a morte, a finitude, a alteridade e a lei” (p.139). Esta modalidade do cuidado pode ser exercida, por exemplo, quando a enfermeira na consulta de pré-natal, em uma unidade de saúde com modelo ESF questiona à gestante sobre ganho de peso acima do esperado para idade gestacional.

As modalidades de presença implicada do agente de cuidados podem estar, por exemplo, envolvidas no trabalho dos profissionais em um cenário de saúde com modelo ESF. Contudo, cabe reforçar a importância da *experiência da medida* para exercer a presença implicada do ato cuidador pelos agentes de cuidados. Isso porque os exageros dessa presença implicada podem produzir o sentimento de invasão ao objeto dos cuidados, como se o agente cuidador estivesse “passado por cima” dele, desconsiderando seu ritmo, seus recursos singulares e seu jeito próprio de se cuidar. Isso pode fragilizar ou arruinar a produção do “fazer sentido” naquele que se endereça o cuidado (FIGUEIREDO, 2009).

Um exemplo desse tipo de atuação exagerada do cuidar pode se dar quando o profissional de saúde anuncia o diagnóstico de uma doença crônica ao usuário cujo tratamento é permanente, como diabetes mellitus insulino-dependente, e, no mesmo momento, realiza orientações e recomendações sobre uso e riscos da medicação e hábitos novos para adaptação imediata a doença, não considerando o tempo do usuário em receber e compreender o diagnóstico para sua vida, nem seu desejo de cuidar ou suas condições (financeiras, sociais e emocionais) para fazê-lo.

Isso demonstra que ao agente cuidador também cabe a sabedoria de *ausentar-se*, ou melhor, agir em *presença reservada*. Para Figueiredo (2009) significa ofertar “[...] um espaço

vital desobstruído, não saturado por sua presença e seus fazeres” (p.143) em que possibilitará ao objeto dos cuidados “[...] exercitar sua capacidade para alucinar, sonhar, brincar, pensar e, mais amplamente, criar o mundo na sua medida e segundo suas possibilidades” (p.143). Ou seja, a presença reservada é essencial para que o usuário usufrua do tempo que necessitar para elaborar, de modo singular, suas necessidades de saúde e, então, fazer uso das ofertas do cuidador. Assim, presença em reserva e presença implicada são modos de posição do cuidador frente ao objeto de cuidado, posições que se alternam constantemente.

Importante dizer que cuidado significa proporcionar ao objeto dos cuidados o desenvolvimento das capacidades ou funções cuidadoras. Figueiredo (2009) afirma que o campo de cuidados é amplo e complexo, tornando as ritualizações ou procedimentos especializados não tão importantes como comumente lhe são conferidas, como no caso de profissionais de saúde. Isso quer dizer que cuidar também é, dentre outras coisas, ajudar a pessoa cuidada a desenvolver funções cuidadoras, fazendo-o de um modo singular, criativo. (FIGUEIREDO, 2009).

Face a esses elementos da psicanálise para compreender o cuidado enquanto produção de sentidos humano, destaca-se os desafios da contemporaneidade em relação aos agentes de cuidados e aos objetos dos seus cuidados. De acordo com Figueiredo (2009), a nossa capacidade de prestar atenção uns nos outros parece reduzida. Desse modo, aponta-se fortemente a urgência em retomar esta capacidade na sociedade para que se possa dar sentido e valor à vida e ao mundo em que vivemos. Figueiredo (2009), então, afirma a existência de uma “crise de cuidadores” na cultura contemporânea: menos sujeitos sentem-se aptos para cuidar, e, ao mesmo tempo, muitos que exercem os cuidados fazem-no de maneira mecanizada e estereotipada. Diante disso, mostra-se novamente a pertinência desse estudo, que objetiva acessar os sentidos de cuidado do profissional de saúde para discutir e refletir sobre tal crise.

A seguir, o último e terceiro eixo teórico discorrerá sobre a trajetória profissional de um agente de cuidados reconhecido, no senso comum e no campo da ciência, pelo ato cuidador: o enfermeiro.

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA E COLETIVA

Neste último eixo teórico apresentamos alguns dos principais aspectos da trajetória da enfermagem no campo da Saúde Pública tradicional, e posteriormente, na Saúde Coletiva. Para compreendermos os desafios do cuidado exercido pelo enfermeiro na Atenção Básica, escolhemos apresentar elementos históricos da construção dessa categoria profissional no país, os quais entendemos como indispensáveis para pensarmos o trabalho que a enfermagem desenvolvem no campo da Saúde Coletiva.

A história da enfermagem no país, no que se refere ao campo da Saúde Pública, se deu a partir da Primeira República (1889-1930). O advento do campo surge pelo interesse do governo numa construção de uma política sanitária, devido à gravidade das doenças agudas e transmissíveis na população como cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola, que acabava prejudicando a economia exportadora do café. Desse modo, pela importância comercial e econômica ao país, as ações do saneamento dos portos (Rio de Janeiro, São Paulo e Santos) e as capitais das cidades foram os primeiros locais cujas estratégias da política sanitária tinham sido lançadas. No entanto, esse engajamento não resolveu os problemas sanitários da população devido as ações limitadas e imediatas, como por exemplo, medidas jurídicas a notificação de doenças e a vacinação obrigatória. Assim, cada vez mais, apontava-se para necessidade de uma direção centralizada dos temas que envolviam a saúde da população no país (SILVA, 1989).

A respeito disso, na década de 20, houve a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com decreto nº3.987, publicado no ano de 1920, e posteriormente, com sua atualização através do decreto nº14.354 do mesmo ano (MASCARENHAS; MELO; SILVA, 2016), marcando uma nova etapa no desenvolvimento das políticas de saúde pública e saneamento no Brasil. Pela primeira vez, os assuntos e responsabilidades aos problemas sanitários passaram, obrigatoriamente, serem da esfera federal (HOCHMAN, 2006).

Através do decreto nº14.354, denominado Código Sanitário de 1920, o DNSP instaurou a primeira Reforma Sanitária no país, tendo como diretor Carlos Chagas, com “[...] os serviços de higiene e saúde pública do Distrito Federal, abrangendo a prophylaxia geral e específica das doenças transmissíveis, a política sanitárias dos domicílios [...]” (BRASIL, 1920, p.1). Cabe chamar atenção que o Código Sanitário refletia o paradigma da época no

campo da Saúde Pública: médico centrado, higienista e biologicista. Os esforços, a nível federal, voltavam-se, prioritariamente para o combate e controle à febre amarela, tuberculose e a ameaça da gripe espanhola, já que tais agravos transmissíveis tinham alta taxa de mortalidade (MASCARENHAS; MELO; SILVA, 2016).

Desse modo, a partir do Código Sanitário de 1920, foi lançado um cargo chamado “enfermeira-visitadora”, visto por Mascarenhas, Melo e Silva (2016, p.222) como a “gênese do trabalho profissional da enfermeira brasileira”. No projeto da Reforma Sanitária de Carlos Chagas, a enfermeira-visitadora surge com aquela que complementava o trabalho do médico, este principal trabalhador nos serviços de saúde. Era reconhecida como uma porta-voz do médico e do Estado junto às famílias, cuja ação principal era visitar domicílios de acometidos pela tuberculose. Mascarenhas, Melo e Silva completaram que: “Em razão disso, a existência dessas trabalhadoras no campo da saúde pública teve um papel utilitário ao controle dos corpos e das doenças endêmicas na época, em particular a tuberculose” (2016, p.227). Silva (1989) expõe que, a enfermagem, anterior a esse período, estava atrelada às irmãs de caridade e leigos, cujo trabalho não havia um conhecimento estruturado, nem mesmo técnico, em submissão as Santas Casas de Misericórdia.

Em 1921, iniciou-se o curso para “enfermeiras visitadoras” pela DNSP (SILVA, 1989). Para organização do curso, Carlos Chagas, diretor da DNSP, estabeleceu cooperação americana com Fundação Rockefeller, trazendo para país grupo de enfermeiras norte-americanas, cujas bases teóricas eram de cunho hospitalocêntrico.

Pelo decreto federal nº15799/22, houve, assim, a criação da Escola de Enfermeiras da DNSP, cujo funcionamento se deu a partir de 1923. Apenas em 1926, essa escola passou a ser chamada de Escola de Enfermagem Ana Neri, a qual por dez anos após sua inauguração, se manteve como escola oficial padrão, cujo programa de formação, integrava, predominantemente, disciplinas que “[...] privilegiavam o conhecimento voltado para a atuação centrada no indivíduo e na prática curativa no campo hospitalar” (p.8).

Silva (1989) traz algumas críticas sobre a influência do currículo norte-americano à formação das enfermeiras brasileiras, como o tempo que as alunas passavam em estágios hospitalares, quando a criação da profissão, almejava atender os problemas de saúde nas ruas e domicílios do país.

A proposta curricular acabou mantendo-se, na segunda metade do século XX, com o paradigma biomédico no campo da saúde, cada vez mais fortalecido pelos avanços da própria

medicina e suas áreas afins. Nesse contexto, o cenário hospitalar de um lugar de excluídos e marginalizados da sociedade foi transformado num “[...] centro de diagnóstico, tratamento, cura e pesquisa dos problemas de saúde [...]” (RIZOTTO, 1999, p.8-9). Essa mudança no ambiente do hospital exigiu que os profissionais se preparassem tecnicamente para oferecer uma melhor assistência e cuidado aos doentes. Assim, houve a necessidade da criação de cursos de qualificação, como as especializações, para capacitar aqueles que trabalhariam no hospital (RIZOTTO, 1999).

Acompanhando o cenário da valorização do âmbito hospitalar, o debate sobre a cientificidade da profissão manteve-se vivo por um longo período do século XX, principalmente, nas instituições de formação, e a discussão do cuidado, marginal a tal conteúdo.

Importante destacarmos que o processo de reconhecimento da enfermagem enquanto uma profissão foi iniciado em 1926, a partir da constituição da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), sendo que somente na década 70, com a criação do Conselho Federal e Regionais da profissão, ocorreu a regularização do exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (COFEN, 1973; OGUISSO, 2001).

Nesse reconhecimento enquanto profissão no país, entre a década de 60 e 70, destacou-se na história da formação da enfermagem brasileira, alguns fatos como em 1962, tornou-se um curso de ensino superior, em 1972, a criação de currículo mínimo para a formação, bem como a criação dos primeiros cursos de pós-graduação na área (SILVA, 1989).

Avançando nessa discussão da trajetória da enfermagem no país, acreditamos como marco importante para o desenvolvimento da profissão no campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva, o Movimento Sanitário. Como sabemos, a partir da década de 70 e 80, ainda no período da Ditadura Militar, houve uma mobilização crescente do movimento, composto por meios acadêmicos como Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), pelo Movimento de Renovação Médica (REME) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a fim de fomentar debates para implantação do sistema público de saúde e universal (CORDEIRO, 2001).

Ao participarem ativamente da Assembleia Nacional Constituinte (1987), os militantes do Movimento Sanitário conseguiram imprimir força para inscrever um capítulo exclusivo referente à saúde na Constituição de 88. Assim, a saúde passou a vigorar como componente da Seguridade Social instituída na chamada “Constituição Cidadã”. Pela primeira vez na história

do país, a saúde é assegurada por via constitucional para todo e qualquer cidadão brasileiro (FIGUEIREDO et al., 2007b).

Frente a esse contexto, inaugura-se o campo da Saúde Coletiva, rompendo com preceitos do campo tradicional da Saúde Pública, ao lançar um novo campo científico cuja orientação política privilegia a consideração dos aspectos sociais e culturais na análise da saúde (BIRMAN, 2005; CAMPOS, 2000). Sobre esse novo campo, Regis e Batista (2015, p.832) afirmam como a Saúde Coletiva e, mais precisamente a ESF, valorizaram a identidade do profissional e as práticas do enfermeiro que, historicamente, eram atrelados ao trabalho médico e conteúdos técnicos.

Concordamos com autores e ressaltamos que a partir da inauguração do campo da Saúde Coletiva, novas discussões foram inseridas no eixo da formação profissional da enfermagem no que tange a suas práticas de saúde e cuidado. Isto exposto, o cuidado é resgatado como objeto de estudo, à medida que as relações dialógicas entre profissional e usuário são consideradas importantes na composição do cenário da Atenção Básica, sendo esta fomentada pela implementação do SUS, ao longo da década de 90 e anos 2000.

Os desafios atuais ainda correspondem à disputa entre paradigmas no campo da saúde e Saúde Coletiva, havendo constantes tensionamentos referentes às práticas de saúde e do cuidado exercido pelo enfermeiro. A partir dessa breve sistematização da história profissional, nos parece que a enfermagem tem mantido uma “luta” para legitimar sua natureza científica e a desvinculação de um trabalho “complementar” ao profissional médico. Talvez não seja por acaso que ainda observemos em muitos estudos, mostrados inclusive na revisão bibliográfica dessa dissertação, que para a enfermagem o cuidado ainda tem forte relação com uma técnica procedimental bem feita, um tratamento adequado ou uma doença curada.

Contudo, é necessário dizer que a reestruturação dos cenários de atenção à saúde, como Atenção Básica, mostrara-se como importante fomentadora de novos modos de pensar-fazer práticas de saúde e do cuidado na formação profissional da enfermagem. Nessa direção, Figueiredo et al. (2007b) apontaram que a ESF carrega em si desafios, que se estendem desde a implementação da própria política no país, até a formação do profissional de saúde. Assim, segundo os autores, esse modelo:

[...] é um desdobramento das orientações do SUS; é uma ação renovadora porque muda o espaço de atuação dos profissionais para “dentro” da família. No entanto, não o entendemos como uma ação simples. Ele necessita de uma operacionalização complexa, envolvendo duas ações que implicam mudanças na conduta profissional: sair de um espaço que detém o saber e o

poder, além dos muros dos hospitais, das unidades básicas, recebendo a família para cuidar dela; entrar em um espaço onde o profissional é estrangeiro, nômade, onde quem detém o poder e o saber é a família [...] (p.145).

No espaço da ESF, o “cuidar de famílias” é a principal tarefa da enfermagem. Sobre esse cuidado com famílias, Figueiredo e colaboradores (2007b) também discutem a “complexidade humana”, uma vez que haverá diferentes membros integrando um mesmo núcleo familiar, cujas ideias, afetos, percepções transformam-se a todo momento.

Por certo, Figueiredo, Santos e Leite (2007c) apontam que cuidar do outro trata-se de uma “interação humana subjetiva”, tomando como um exercício para os profissionais de saúde pois, “[...] induz inquietações, indignações, dificuldades de aceitação, de aproximação, de comunicação”(p.88). Além disso, os autores problematizam que: “Às vezes, cuidar é ficar em uma grande encruzilhada ou na areia movediça do discurso de que somos responsáveis pela saúde, e, ao correr todos os riscos, podemos nos perder nessa aventura” (p.88). Talvez, “nos perder nessa aventura”, possa produzir as cenas de descuido com usuário, como apontados por Sá (2009) ao falar sobre o trabalho em saúde, mencionado anteriormente.

Sobre o cuidado, entendido por Figueiredo, Santos e Leite (2007) como objetivo principal da enfermagem, é importante retomar Waldow (1998), para quem tal trabalho envolve o envolvimento com a pessoa que será cuidado, o que se faz com “[...] interesse, respeito e paciência, [...] além de, conhecimento, competência, comprometimento e responsabilidade” (p.8). Desse modo, a autora nos pondera que:

O ser que é/será cuidado, por sua vez, apresenta uma atitude responsiva, que pode variar segundo a forma como é iniciada a relação, através das ações, atitudes e comportamentos do ser cuidador. Considerando que esse último apresente os atributos necessários e desejáveis, estabelece-se uma relação de cuidado que é a de disponibilidade, de abertura, de receptividade ao ser que cuida. Consequentemente, resulta uma atitude de aceitação e confiança (1998, p.8).

Waldow (1998), em seus apontamentos críticos, já se preocupava com as possibilidades do ensino do cuidado humano nas formações da enfermagem, uma vez que identificava um impasse nos currículos de formação. Como por exemplo, o ensino do cuidado numa perspectiva holística, qual seja, considerando as dimensões biopsicossociais do sujeito humano, se dava a partir de sistematização de disciplinas teóricas biomédicas, não contemplando a “complexidade do ser humano”.

Nas instituições formadoras, docentes insistem no discurso holístico e

pregam o cuidado humano integral, todavia escorregam em suas próprias crenças e atitudes contraditórias, enchendo as (os) estudantes com conteúdos médicos e com o ensino de um processo de enfermagem idealizado, de difícil viabilização nas instituições de saúde. Por outro lado, continuam enfocando problemas, sintomas e classificações diagnósticas WALDOW, 1998, p.8-9).

A nosso ver, o paradoxo reconhecido por Waldow, em grande medida, se mantenha na formação da enfermagem brasileira, cuja repercussão possa ser vista nas práticas do cuidado em diferentes cenários de saúde. Esse pressuposto pode ser apoiado, inclusive, pelo resgate da construção da profissão no país, pois, podemos estabelecer alguma relação com a inauguração e manutenção dos currículos de formação estruturados no âmbito hospitalar.

Nesse breve resgate da trajetória profissional no país, estabelecemos nossos limites em apontamentos teóricos, uma vez que não aprofundamos a história da enfermagem moderna no mundo – a partir de Florence Nightingale – e suas influências nos países, como Brasil, além do próprio desenvolvimento do estudo sobre o cuidado no campo acadêmico da enfermagem. No entanto, buscamos focar na discussão do campo da formação e atuação da enfermagem brasileira, apontando sua ligação histórica para a prática hospitalar e o paradigma biomédico, o que traz desafios ao cuidado em enfermagem, ainda que reconheçamos os avanços desse debate no SUS e na ESF.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi conduzido pela abordagem qualitativa, que de acordo com Minayo (2012), ocupa-se de uma realidade que não pode ou não deveria ser quantificada. Dessa maneira, a preocupação no ato de pesquisar está pautada nos significados, motivos, desejos, crenças, valores e atitudes ligadas ao fenômeno e aos sujeitos pesquisados.

Entendemos que o ser humano é singular a partir do modo como pensa, age e interpreta suas ações, sempre considerando suas relações sociais. Desse modo, o “objeto” da abordagem qualitativa é “[...] o universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade [...]” (MINAYO, 2012).

Além disso, essa pesquisa qualitativa foi do tipo estudo de caso único, entendido por Yin (2005) como estratégia fecunda para a exploração de fenômenos contemporâneos num contexto real. O objetivo desse tipo de estudo não é generalizar os resultados da pesquisa, mas aprofundar as reflexões por ele suscitadas, utilizando, para isso, informações gerais que envolvem o tema de estudo, mas também especificidades do cenário delimitado do caso.

Considerando uma abordagem qualitativa, a fim de buscar a compreensão dos sentidos e práticas possíveis do cuidado, lançamos mão de um tipo de inspiração teórica capaz de orientar os caminhos da interpretação e discussão do material empírico: a hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer.

Sobre a tarefa da hermenêutica filosófica, Minayo (2006), inspirada em Gadamer (1999), explica tratar-se de como algo voltado para compreender os sentidos, que se dão na comunicação entre sujeitos, cuja a linguagem é o núcleo central. Ademais, Denzin e Lincoln (2010), ao tratarem sobre tal tarefa dizem que “[...] a compreensão não é, em primeiro lugar, uma tarefa controlada por procedimentos ou por regras, mas, sim, justamente, uma condição do ser humano. A compreensão é a interpretação” (p.198).

Isso posto, entendemos que a hermenêutica filosófica não é um método propriamente dito, mas uma orientação à postura do pesquisador diante do objeto de estudo, o que reflete, conseqüentemente, em seu comportamento no trabalho de campo e posteriormente, na análise e discussão do material empírico.

Ainda a respeito dessa postura do pesquisador, Denzin e Lincoln (2006), baseados em Gallagher (1992), afirmam que para chegar a uma compreensão clara do fenômeno em estudo,

não deveria haver abandono ou controle dos preconceitos sócio-históricos, que nos caracterizam enquanto quem somos e o modo como percebemos o mundo. Os autores comentam que, historicamente, nas pesquisas quantitativas apontam para a “neutralidade” do pesquisador, a qual, no entendimento da hermenêutica filosófica, não seria possível.

Na visão dos autores, o pesquisador tem uma função de intérprete da realidade e, ao assumi-la, acaba por expor seus preconceitos, os quais podem ser parcialmente desconstruídos (DENZIN; LINCOLN, 2006). Uma pesquisa exitosa certamente permitirá algum grau de desconstrução do pré-conceito, pois nos levará a ver a realidade de um modo diferente, mais abrangente, mais aprofundado, mas é sempre importante considerar que tal pesquisa originou-se, em parte, justamente de um próprio preconceito.

Na condição de pesquisadora, reconheço certos prejulgamentos articulados ao cenário de cuidado na ESF e já apresentados na justificativa desta dissertação. Resumidamente, são eles: aposta da Atenção Básica como nível de atenção à saúde capaz de sustentar os princípios do SUS; a defesa da Saúde da Família como modelo para Atenção Básica; a ESF como um potente cenário de saúde ao exercício da tarefa do cuidado com usuários, famílias e territórios; e a crença que o cuidado elaborado pela enfermagem nesse nível de atenção à saúde, não é restrito somente a uma dimensão técnica. Todavia, a partir do trabalho de campo, alguns desses preconceitos foram desconstruídos, com a construção de novos argumentos e pontos de vistas.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário de estudo foi uma unidade de saúde do tipo A ou uma CF, na Área Programática (AP) 3.1⁸, na região da Ilha do Governador no município do RJ. Esclarecemos que as unidades de saúde da Atenção Básica carioca são classificadas em três tipos: tipo A, ou seja, unidades onde todo o território é coberto por eSF como as CF; tipo B, unidades mistas onde somente parte do território é coberto pela Saúde da Família, como Centro Municipais de Saúde que incluem modelo ambulatorial e ESF; tipo C, unidades onde ainda não há eSF, mas já existe território de referência definido (SMSDC-RJ, 2011; SMSDC-RJ, 2016).

Devido às limitações do tempo destinado ao mestrado acadêmico, bem como ao formato metodológico desta pesquisa – estudo de caso, optamos por desenvolver a pesquisa

⁸O município do RJ atualmente está dividido administrativamente no âmbito da saúde em dez AP: 1.0; 2.1; 2.2; 3.1; 3.2; 3.3; 4.0; 5.1; 5.2; 5.3. Assim, o cenário de estudo era localizado na AP 3.1.

empírica numa única CF. Com isso, compreendemos os sentidos de cuidado construídos pela enfermagem e sua relação com algumas especificidades dessa clínica. Ao mesmo tempo, relacionamos tais sentidos aos pressupostos gerais da ESF, seus desafios e potencialidades.

Dessa forma, não fizemos qualquer generalizações de resultados para o cenário da cidade do RJ, nem tampouco apresentamos um panorama dos sentidos de cuidado em enfermagem no modelo ESF no município do RJ. Entretanto, levantamos questões e sentidos sobre o cuidado que podem ser usados pelos leitores desse estudo como ferramentas de comparação e reflexão.

Quanto à escolha dessa unidade, optamos por ser uma CF, cuja organização do trabalho expressava plenamente o modelo de gestão de contratualização com OS, além de ter sido uma das primeiras CF inaugurada na Ilha do Governador, o que presumíamos certa consolidação do processo de trabalho das eSF com território. Essa escolha também deve-se ao fato de que tinha certa familiaridade com a CF em questão, porque lá realizei alguns trabalhos, em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), durante meu curso de residência entre 2015-2017.

Embora tenhamos desenvolvido um estudo de caso único, optamos por não nomear a unidade de saúde, pois esta contava com poucos profissionais de enfermagem que poderiam ser facilmente identificados. Logo, nomeamos essa CF como “Resistência”, homenageando a luta dos trabalhadores no cenário da ESF no município do RJ, devido à crise na saúde municipal, que se agravou enquanto construíamos essa dissertação.

A CF Resistência

A CF Resistência foi inaugurada em 2011. A área de abrangência dessa unidade de saúde era composta por uma população de 24.000 habitantes, sendo que 20.071 eram cadastrados pelas eSF, até setembro/2018. No período de realização da pesquisa (primeiro semestre de 2018), havia no território coberto tanto áreas vulneráveis (condições precárias de saneamento e moradia), quanto áreas com padrões financeiros mais elevados.

Até a conclusão do trabalho de campo, essa CF contava com seis eSF – incluindo, seis enfermeiros –, equipes de Saúde Bucal e equipe de farmacêuticos. Tinha como apoio ao processo de trabalho, a equipe do NASF, composto por psicólogo, nutricionista, assistente social e educador físico (OTICS, 2017). Ademais, a unidade também recebia estudantes de graduação e residência, sendo que estes últimos inclusive pertenciam as eSF.

Em consulta ao relatório do prontuário eletrônico da unidade, intitulado “número de indivíduos cadastrados por equipe”, considerando setembro/2018, a média de cadastrados das eSF era de 3.345, sendo que a equipe com menos usuários tinha 2.770, e a equipe com maior número deles acompanhavam 3.658 pessoas.

Sobre a estrutura física, a unidade contava com sala(s) para eSF (ao todo, seis); exames para coleta de sangue, ultrassonografia e raio-X; imunização; curativos; observação clínica; esterilização; saúde bucal; uma sala compartilhada entre equipes para atendimento das linhas de cuidado da mulher, da criança e dos usuários do HiperDia (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus); reuniões; gerência; auditório; a farmácia; e o espaço da Academia Carioca. Por contar com sala de ultrassonografia e raio-X, a unidade tornou-se referência para encaminhamento de usuários para outras unidades de saúde, o que em certos dias, refletia num volume maior de pessoas transitando na CF.

Devido ao número de profissionais e estudantes que circulavam na unidade, as salas eram insuficientes, o que exigia que seu uso fosse feito através de rodízios, previamente definidos pela gerência da CF. Ou seja, a partir de uma “escala semanal”, havia um planejamento para ocupação das salas pelos profissionais e estudantes. Inclusive, as agendas semanais, tanto dos enfermeiros, quanto dos médicos, eram pensadas e pactuadas a partir da disponibilidade de salas para atendimentos. Importante frisar que, embora essa escala fosse pré-definida, havia flexibilidade para uma revisão a qualquer momento para atender as necessidades de trabalho dos profissionais e estudantes.

Sobre as chamadas “ações de saúde” prestadas pelas equipes, em consulta ao regimento interno da unidade, disponibilizado pela gerência durante trabalho de campo, eram pautadas na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários, orientadas pela PNAB (BRASIL, 2012a). Ações como atendimentos aos usuários de acordo com as linhas de cuidado (HiperDia, Pré-Natal, Puericultura, Saúde da Mulher e Bucal), bem como, atendimento aos usuários com outras patologias, eram umas das principais ofertas pelas eSF.

Em relação à rotina da unidade, no início do trabalho de campo (junho/2018), a unidade funcionava de segunda a sexta-feira, das 07horas às 19horas, e aos sábados, das 08horas às 12horas. Mas, uma mudança no início de julho/2018, fez com que as unidades da AP 3.1 passassem, então, a funcionar de segunda a sexta-feira, das 08horas às 18horas, sem alteração no horário aos sábados.

Quanto as reuniões das equipes, ocorriam toda quarta-feira, no turno da tarde.

Ademais, toda primeira quarta-feira do mês, também no turno da tarde, ocorria uma reunião geral da gerência com os profissionais da unidade, a qual era chamada de reunião de “módulo”. Importante ressaltar que, quando essas reuniões aconteciam, tanto das equipes quanto de módulo, uma dupla formada por enfermeiro e médico, recebia os usuários que poderiam chegar para atendimentos não programados.

A rede de apoio das eSF era composta por alguns dispositivos localizados na Ilha do Governador, como um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e outro Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), além dos serviços de urgência e emergência, como uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um hospital de emergência.

Uma peculiaridade dessa clínica é sua adesão à Abordagem do Acesso Avançado, iniciada, segundo profissionais, em 2016. Desconhecíamos essa informação até iniciar o trabalho de campo, e não foi encontrado documentos que pudessem assegurar a informação sobre a data em que a unidade começara a aderir ao Acesso Avançado.

4.3 PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os participantes desse estudo foram os enfermeiros das eSF da CF Resistência. De acordo com COFEN (2017), a enfermagem é composta pelas seguintes categorias profissionais: Enfermeiro; Obstetiz; Técnico de Enfermagem; Auxiliar de Enfermagem e Parteira. Contudo, para tal estudo, escolhemos apenas os enfermeiros, em função da implicação destes trabalhadores nas eSF no âmbito da APS, de acordo com os princípios e atribuições conferidas da PNAB (BRASIL, 2012a).

Enquanto critérios de elegibilidade foram escolhidos os enfermeiros que tiveram interesse em participar do estudo, permitindo a gravação da entrevista, tal como previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). Como critério de exclusão tivemos os enfermeiros que ainda estavam em processo de formação em nível superior, como os residentes.

De acordo com interesse e disponibilidade, cinco enfermeiros aceitaram participar do estudo, com apenas uma recusa por motivos pessoais. Apresentaremos, a seguir, características relacionadas à formação acadêmica e experiência profissional dos enfermeiros que participaram desse estudo.

Quadro 2 – Características acadêmicas e profissionais dos enfermeiros da CF Resistência

Profissional de Enfermagem	Tempo de Formação⁹	Pós-Graduação em Saúde da Família e/ou Saúde Coletiva	Experiência na Atenção Básica	Tempo de atuação na CF Resistência
Lara	11 anos	Sim. Especialização em Saúde da Família.	8 anos e 6 meses como enfermeira de eSF sendo 4 anos e meio em municípios de Minas Gerais, e 4 anos no município do RJ.	1 ano
Maria	8 anos	Não.	Não tem experiência pregressa na Atenção Básica.	4 anos
Eliane	10 anos	Sim. Especialização em Saúde da Família.	3 anos como enfermeira do modelo PSF intercalado com cargo de coordenadora de programas em saúde no município de Manaus. 5 anos e 7 meses como enfermeira de eSF no município do RJ.	4 meses
Diogo	8 anos	Sim. Residência de Enfermagem em Saúde Coletiva.	2 anos como residente de enfermagem em Saúde Coletiva atuando no município do RJ e de Niterói.	2 anos
João	6 anos	Não.	2 anos como ACS em uma eSF no município do RJ.	3 anos

Fonte: Elaboração própria.

Como podemos notar, todos os enfermeiros tinham, minimamente, cinco anos de formado, o que já indicava certo amadurecimento profissional. Em relação aos estudos pós-graduação, Lara, Eliane e Diogo tinham formação em Saúde da Família ou Saúde Coletiva.

A interpelação aos trabalhadores de enfermagem sobre formação em cursos de pós-graduação não foi ao acaso. Entendemos que os significados atribuídos às práticas de saúde e ao exercício do cuidado podem ser influenciados por perspectivas teóricas, as quais compõem nossa formação enquanto graduandos e pós-graduandos de enfermagem. Isto é: a prática de

⁹Tempo de formação, experiência na APS/Atenção Básica e atuação na CF estimados a partir do mês em que foi realizada a primeira entrevista (maio/2018).

enfermagem na ESF, cuja atuação extrapole as tarefas técnicas e administrativas influenciadas pelo modelo biomédico, dependerá também da formação do profissional enfermeiro (DAVID, et al., 2018).

Em relação a experiência pregressa na APS/Atenção Básica, a maioria dos enfermeiros já tinham alguma vivência nesse nível de atenção no município do RJ ou em municípios de outros estados, embora alguns enfermeiros também tiveram atuações em serviços públicos de saúde especializados ou em outras áreas.

4.4 ESTRATÉGIAS DE PESQUISA E INSTRUMENTOS

O trabalho de campo deu início em maio/2018 com término em setembro/2018. Enquanto estratégias de pesquisa foram utilizadas entrevistas em profundidade e observação participante.

A entrevista é uma comunicação verbal, uma conversa a dois, realizada por iniciativa do pesquisador, investigador ou entrevistador. Ao ser realizada, provê a construção de informações pertinentes ao objeto de estudo. São *conversas com finalidade*, que neste estudo foram do tipo aberta ou em profundidade, de tal forma que “[...]o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar maior profundidade às reflexões” (MINAYO, 2012, p.64).

Tais reflexões tratam da própria realidade que o entrevistado ou informante vive. São construídas a partir do diálogo com pesquisador, investigador ou entrevistador, sendo necessário o envolvimento com entrevistado a fim do aprofundamento da investigação (MINAYO, 2012).

A entrevista é uma interação social atravessada pelo contexto da realidade do informante ou entrevistado. Além disso, como se trata de captar formalmente a fala acerca de um determinado tema, ao ser analisada, ela necessita incorporar o contexto de sua produção, e assim, quando houver possibilidade, deverá ser acompanhada e complementada com a estratégia de observação participante (MINAYO, 2012), tal como fizemos na pesquisa que aqui apresentamos.

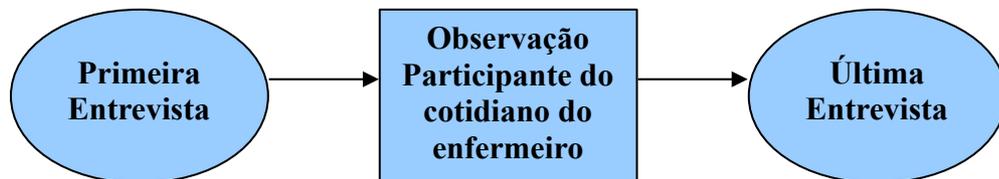
A observação participante possibilita retirar do roteiro questões irrelevantes para os entrevistados, bem como, permite ao pesquisador vincular os fatos a suas representações e, ainda, desvendar as contradições ou ambivalências entre as regras instituídas, explicitamente aceitas, e as práticas vividas no cotidiano de um grupo ou em uma instituição (MINAYO,

2012). Ela viabiliza “desmistificar a linguagem” entre informante e pesquisador, como diz Minayo (2006), sendo entendida como um processo pelo qual o pesquisador se põe como observador de uma situação social. A finalidade é o observador (pesquisador) manter uma relação direta com os informantes no espaço social da pesquisa, ou seja, participando da vida social dos mesmos a fim de compreender contexto dado ali. Desse modo, o observador faz parte do cenário da sua observação e modifica este cenário, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente (MINAYO, 2012).

Ressaltamos também que o diário de campo é o principal apoio da observação participante. Nada mais é que um meio escrito (caderno) em que se anota todas as impressões e informações que não fazem parte do material formal de entrevista. Tais “anotações” serão utilizadas, principalmente, para momento da análise do material empírico (MINAYO, 2012).

Em relação ao nosso trabalho de investigação com cada enfermeiro, o modo como foi operacionalizado se deu da seguinte maneira: primeiramente, realizamos uma entrevista inicial, seguida do acompanhamento do seu cotidiano na unidade por turnos e a finalização com uma nova entrevista (Figura 1). A seguir, detalharemos conteúdo de cada etapa e como foi desenvolvida.

Figura 1 – Fluxograma das estratégias de pesquisa



Fonte: Elaboração Própria.

A primeira entrevista

A sessão de entrevista inicial com cada enfermeiro, teve como objetivo explorar a narrativa no que diz respeito à sua compreensão da dimensão intersubjetiva do trabalho e a interface desta com a dimensão técnica. Ao mesmo tempo, buscamos conhecer sua rotina de trabalho, principais práticas de saúde, desafios e facilidades já bem consumadas.

Tal entrevista foi apoiada por um roteiro semiestruturado composto por questões abertas (APÊNDICE A). Ressaltamos que realizamos pré-teste desse instrumento com uma profissional de enfermagem de outra unidade de saúde, a qual enriqueceu o roteiro com acréscimo de questões abertas, bem como, com a revisão das outras já contidas no

instrumento.

A observação participante

Uma vez realizada a entrevista inicial, procedemos a observação participante do cotidiano do enfermeiro no que diz respeito ao cuidado diretamente aos usuários e famílias. A observação da rotina de cada enfermeiro foi pactuada por turnos (manhã e/ou tarde), devido ao próprio limite temporal dessa dissertação, bem como, a disponibilidade da pesquisadora e dos profissionais.

Desse modo, previamente com cada enfermeiro, agendamos turnos que pudessemos observar suas principais práticas de saúde, no que tange a, atendimentos em consultório, grupos e as visitas domiciliares.

Nossa observação foi apoiada por um roteiro sobre aspectos relacionados ao trabalho cotidiano do enfermeiro na ESF, considerando tanto os elementos objetivos quanto aos (inter)subjetivos (APÊNDICE C).

Durante essa etapa, anotações foram realizadas em um diário de campo sobre informações e impressões da pesquisadora sobre as práticas de saúde, bem como, as práticas do cuidado exercidas pelo enfermeiro na ESF. Tais anotações foram imprescindíveis, mostrando-se potentes para refletir sobre gestos e atitudes que revelassem sentidos e práticas do cuidado possíveis. Com isso, foram utilizadas como disparadoras na última entrevista, numa espécie de regaste das passagens dos cotidianos com enfermeiros.

Acompanhamos de cinco a seis turnos com cada enfermeiro com duração de 4 horas, o que totalizou aproximadamente de 20 a 24 horas de acompanhamento do cotidiano, com cada profissional. Reconhecemos que a limitação desse estudo se deu pela não possibilidade de acompanhamento por um prazo de tempo mais estendido, como uma semana ou um mês, o que possibilitaria certa complexidade na discussão do objeto. Ainda assim, os diários de campo produziram um total de 204 páginas.

A última entrevista

A terceira e última etapa da estratégia de pesquisa consistiu em mais uma sessão de entrevista com cada enfermeiro, buscando aprofundar reflexões sobre os sentidos de cuidado em seu cotidiano. Tal entrevista foi apoiada por um roteiro semiestruturado, com poucas questões abertas, sendo acrescidas por perguntas de apoio, a partir das anotações realizadas pela pesquisadora durante o período da observação participante (APÊNDICE B).

Além disso, resgatamos com cada enfermeiro as principais cenas observadas com usuários e famílias, além de ressaltar seus comentários e opiniões durante acompanhamento, anotadas em diário de campo.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os procedimentos éticos no desenvolvimento do estudo foram respeitados conforme as resoluções nº466/2012, que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos, e nº510/2016, que trata sobre análise ética de pesquisas na área de ciências humanas e sociais.

Segundo as orientações de Brasil (2012b) com o objetivo de avaliar o interesse em participar da pesquisa, foi efetuado contato prévio, e pessoalmente, com os participantes de maneira a esclarecê-los acerca do estudo. Nesse momento foi verificado o interesse em participação do estudo a partir da apresentação do TCLE (APÊNDICE D).

Vale ressaltar a importância do TCLE, imprescindível no procedimento de pesquisa com seres humanos, com intuito de oferecer segurança aos sujeitos participantes, a fim de não permitir nenhum tipo de imposição ou constrangimento caso resolvam abandonar ou não aceitar sua participação na pesquisa.

Mediante confirmação da participação e assinatura do TCLE pelos participantes, se pactuou o local e horário para efetivação de cada entrevista em profundidade, a qual contou com a presença apenas da pesquisadora e o próprio participante, de modo que os mesmos se sentiram à vontade para expressar suas opiniões. Nesse momento oportuno também foram agendados os turnos que realizaríamos a observação participante com cada enfermeiro.

O anonimato aos participantes deste estudo foi garantido sendo identificados com pseudônimos: Maria, Lara, Eliane, João e Diogo. Ressaltamos ainda que somente foram gravadas as entrevistas por aparelho eletrônico de voz, a partir da autorização antecipada pelo participante. O tempo de duração de cada entrevista (primeira e última), em média, duraram de 46 minutos a 1 hora e 20 minutos, o que produziu mais de 10 horas de áudio.

Também ressaltamos que foi garantido o anonimato dos usuários, famílias e outros profissionais de saúde que participaram das cenas observadas, não sendo identificados por seus nomes reais. Por estarem em algumas cenas da observação participante, identificamos sua presença de maneira genérica, anônima e sigilosa nos diários de campo. No entanto, novamente reiteramos que o estudo apenas objetivou observar as práticas de saúde e do cuidado em enfermagem, o que indicou confecção e assinatura do TCLE por apenas esses

profissionais.

Na minha avaliação, minha presença como pesquisadora não pareceu ter produzido desconfortos para enfermeiros ou outras pessoas envolvidas nas cenas observadas. Antes de qualquer cena iniciada, havia esclarecimento dos enfermeiros sobre minha presença e os objetivos do estudo, esclarecendo sempre a possibilidade da minha saída, caso houvesse algum tipo de constrangimento, ou, se as pessoas presentes assim desejassem.

Procedemos a solicitação da autorização para entrada em campo à coordenação da AP 3.1 a partir de uma carta (ANEXO C), a qual explicitou anuência para realizar do estudo nas unidades de saúde referente a região da Ilha do Governador pertencente AP 3.1. Posteriormente, com a carta de anuência assinada, o projeto de pesquisa foi apresentado e qualificado junto a uma banca examinadora em janeiro de 2018.

Após as alterações do projeto, mediante recomendações e sugestões da banca, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de Ensino proponente e em seguida, a Instituição co-participante, que liberaram pareceres, respectivamente, em fevereiro/2018 (nº2.496.758) e maio/2018 (nº2.644.775) (ANEXO A; ANEXO B).

Enquanto procedimento ético final, cumpre dizer que pretendemos entregar um relatório final do estudo ao CEP da Instituição Proponente no mês de março de 2019, indicando as principais análises e discussões desse estudo.

4.6 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Campos (2011) influenciada pela leitura de Gadamer (1997), afirma que o ato de compreender é um acontecimento pois pressupõe-se que estamos diante de uma atitude singular daquele que se empenha a interpretar algo ou alguma coisa. Desse modo, podemos dizer que o ato de compreender é um desafio, ao passo que se trata de desvelar sentidos nos discursos – em nosso caso também nas práticas – capazes de serem organizados coerentemente em uma narração à luz de um referencial teórico.

Campos (2011, p.1276) também diz que “O sentido não é nunca dado, ele tem de ser achado, descoberto, compartilhado em uma cadeia de significação que nos junta a outros humanos”. Desse modo, exercitamos releituras do nosso material a fim de captar os sentidos daquilo que foi dito nas entrevistas, como também, praticado no cotidiano dos enfermeiros e registrados nos diários de campo.

Para a hermenêutica filosófica, a compreensão é algo produzido em um diálogo com

aquilo que se quer compreender, e não algo reproduzido por um intérprete através de uma análise (DENZIN; LINCOLN, 2006). Além disso, baseado em Gadamer (1975), Denzin e Lincoln (2006), afirmam que a tarefa da interpretação está pautada em esclarecer as condições nas quais ocorre a compreensão e não em desenvolver um procedimento de análise propriamente dito. Desse modo, destacamos que “[...] a hermenêutica filosófica opõe-se a um realismo ingênuo ou objetivismo no que diz respeito ao significado, e pode-se dizer que defende a conclusão de que nunca existe uma interpretação definitivamente correta” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p.199).

Nessa direção, as interpretações estão sujeitas àqueles que as fazem e como fazem. Logo, uma visão não-objetivista do significado está em jogo, o qual segue sendo negociado mutuamente no ato da interpretação, ou seja, não é simplesmente descoberto, pois advém de um consenso produzido a partir da relação entre o pesquisador, com seus preconceitos e o campo empírico (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Sobre isso, reconhecemos como as tradições e preconceitos, que nos constituem como sujeitos sociais e históricos, compõem ao ato de compreender da tarefa hermenêutica. Miranda (2009), baseada em Gadamer (1997), diz que:

O reconhecimento de si mesmo como pertencente a uma tradição é uma condição para a hermenêutica, pois esta considera que a tarefa não é simplesmente desenvolver o procedimento da compreensão, mas esclarecer as condições sob as quais é possível compreender. Tais condições se referem à história que nos afeta e que nos cabe elucidar (p.26).

O material empírico desse estudo foi constituído pelas entrevistas transcritas e os diários de campo. Desde já ressaltamos que o ato de transcrever as entrevistas, bem como, redigir os próprios diários, permitiu uma apropriação gradual sobre todo material produzido nesse estudo.

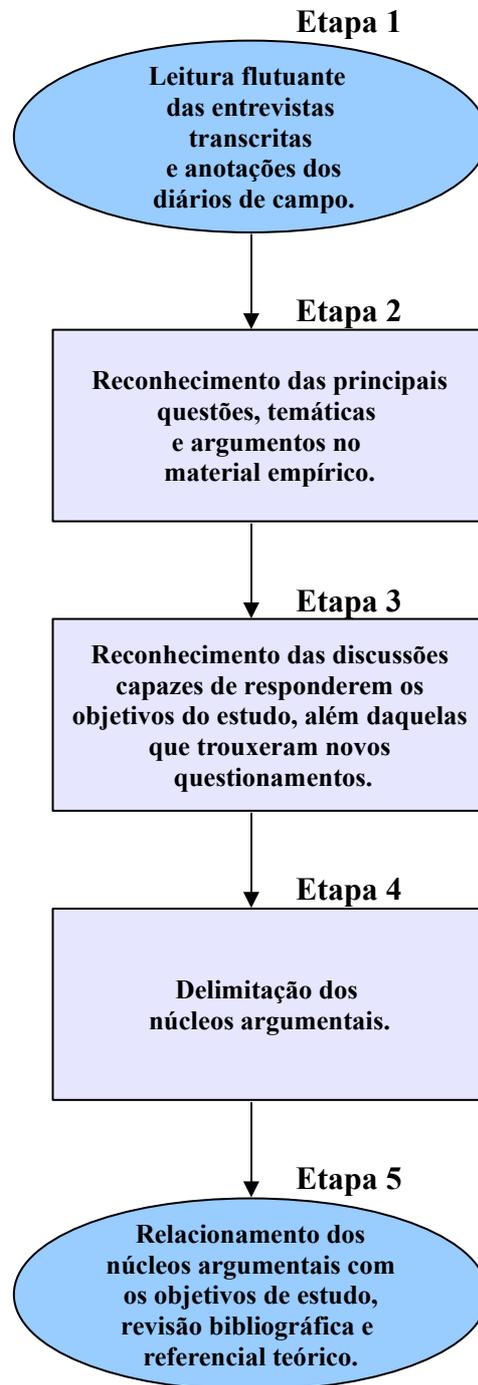
Após a transcrição, a organização e revisão do material, partimos para sua compreensão. Esta, tal como sugerem Cardoso, Santos e Alloufa (2013), deu-se a partir dos discursos relacionados às falas e experiências de cada participante, no ato da entrevista, relacionando-os ao contexto o qual foram produzidas, e mais amplamente, com tempo histórico no qual o entrevistado estava implicado.

Assim, para análise e discussão do material empírico, fizemos uma imersão nas transcrições das entrevistas e nas anotações do material de campo, lendo-as sucessivas vezes. Baseando-nos em Minayo (2006) demos luz ao significado do que é consensual, da mediação e do acordo, e também, procuramos dar atenção ao dissenso e ao singular. Com isso,

identificamos núcleos argumentais, que de acordo com Campos (2011, p.1278), trata-se de “[...] um conjunto de frases que não somente se referem a um tema, também tentam atribuir a ele algum tipo de explicação. Explicação no sentido de um porquê, de um para quê e de um como”.

Assim destacamos os argumentos e comentários que mais se repetiam, expressados pelos entrevistados com maior ênfase, que despertaram reações afetivas ao serem ditos, bem como, reconhecemos aqueles que contradiziam outras argumentações, colocados de modo isolados com menor elaboração e/ou aqueles que fugiam daquilo que foi perguntado pela pesquisadora.

Após esse reconhecimento, desenvolvemos um diálogo entre esses núcleos argumentais e os nossos objetivos de pesquisa, construindo alguns eixos de análise: “as práticas de saúde da enfermagem”; “sentidos de cuidado”; “as práticas possíveis do cuidado”; “as dificuldades atribuídas ao cuidado”; e “as facilidades atribuídas ao cuidado (APÊNDICE E). Estes foram então colocados em conversa com o referencial teórico e a revisão bibliográfica apresentada neste estudo. A seguir, ilustramos resumidamente as etapas do processo de análise desse estudo (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma da análise do material empírico

Fonte: Elaboração Própria.

5 O TRABALHO DE CAMPO: NOTAS SOBRE A EXPERIÊNCIA VIVIDA

Iniciarei¹⁰ a apresentação do material empírico a partir de uma retrospectiva das experiências mais impactantes vividas no trabalho de campo. Ao longo dos quatro meses de entrevistas e observações participantes, tomava notas de tudo aquilo que, de alguma maneira, repercutia em mim tanto no âmbito racional quanto emocional. Desse modo, organizei em três momentos diferentes os apontamentos sobre a experiência vivida no que tange a entrada e o trabalho de campo propriamente dito, a realização das entrevistas e a observação participante. As reflexões de cada momento que constituiu a experiência da compreensão dos sentidos de cuidado em enfermagem na ESF, me fez concluir que decisivamente esse estudo me afetou tanto como os enfermeiros.

5.1 A ENTRADA EM CAMPO: REVISITANDO UM “LUGAR (DES)CONHECIDO”

A CF Resistência era familiar devido à experiência da residência. Todavia, se tornara um lugar desconhecido, em função da nova postura que eu assumia ali, enquanto pesquisadora. As lentes com as quais observei práticas de saúde e cuidado dos enfermeiros, foram diferentes daquelas que tinha enquanto enfermeira e residente. Logo, um desafio particular estava lançado em relação assumir esse “novo papel”.

A curiosidade para desvelar o que poderia ser (des)construído sobre a Enfermagem, Cuidado e Saúde da Família, foi o afeto que surgiu naquele momento. Lembro com detalhes a primeira cena observada ao passar pela entrada principal da unidade: ao olhar à direita, seis guichês identificados com os nomes das eSF. Em cada um deles havia o profissional ACS sentado atrás de um computador assumindo ali, aparentemente, um posicionamento de “escuta” dos usuários; ao olhar à esquerda, muitas pessoas sentadas aguardando “pacientemente” sua vez: eram os usuários, que responderam em sincronia à minha entrada com um caloroso “bom dia”.

A primeira visita ao campo se deu em 11 de maio de 2018. Após a liberação dos pareceres de ambos os CEP, entrei em contato com a gerente da unidade para agendar nosso primeiro encontro, a fim de apresentar o projeto de pesquisa. Encontramo-nos rapidamente já que, o cotidiano de uma gerente de CF, naturalmente, é preenchido por muitos compromissos.

¹⁰Ainda que essa dissertação tenha sido construída em diálogo com a orientação, em alguns momentos, a redação foi marcada na 1ª pessoa do singular para evidenciar passagens vividas e/ou narradas apenas pela pesquisadora.

Em 10 minutos, apresentei o projeto formalmente. Ela se mostrou bastante receptiva e disse que a unidade, comumente, recebe muitos estudantes, pois é uma “unidade escola”. E realmente essa CF recebe acadêmicos de enfermagem e medicina de duas universidades, bem como uma residência de medicina de família e comunidade – a qual apoia e compõe as eSF atualmente.

Após a conversa com a gerente, olho rapidamente a unidade como um todo e percebo que não mudou tanto desde a última vez que estive lá, em janeiro de 2015. A primeira imagem que impacta para quem entra naquela CF é o grande jardim central. Esse cenário, durante a observação participante, pude perceber como uma “fuga emocional” para o esgotamento mental e físico, claramente perceptível entre os trabalhadores ao final de um dia exaustivo de trabalho. Lembro com clareza que em uma tarde qualquer, ao encerrar mais um expediente, um pôr do sol fez contraste com esse jardim. Esta paisagem tornou-se pano de fundo de uma foto tirada entre os enfermeiros e médicos naquele entardecer. Inferi que aqueles profissionais, de modo inconsciente, criaram espontaneamente um tipo de apoio, amparo entre eles já que “tirar uma foto” significa um momento de interrupção para um dia atribulado pelas responsabilidades advindas do trabalho em saúde. Ou seja, tornou-se um meio de suporte para sofrimento produzido no cotidiano da ESF por diferentes fontes. A seguir, apresento uma impressão (e reflexão) anotada no diário de campo.

Ao sair do auditório, a clínica tem um entardecer muito impressionante pela sua beleza. As cores no céu convidam a uma foto. A enfermeira Maria olha aquele cenário e pensa em tirar uma “*selfie*”. Chama a médica da sua equipe, o enfermeiro João, com o médico da sua equipe, para entrarem naquela foto também. Um clima amistoso, ao final de um dia cansativo, traz paz para a saída dos profissionais da unidade (Diário de campo. Segundo turno com enfermeiro João).

A partir da apresentação e o aceite do estudo na CF, conversei com a gerente sobre como poderia entrar em contato com os enfermeiros para apresentar o estudo. Então, a mesma me convidou para participar de uma reunião com a equipe de enfermagem, no dia 16 de maio, para que assim pudesse ter um espaço de fala e fazer o convite. Importante salientar que duas enfermeiras estavam de férias naquele momento, com retorno previsto para final de junho.

Retornei no dia agendado e descobri que a reunião dos enfermeiros com a gerência não ocorreria. Desde já, percebi que reunir os quatro enfermeiros para uma conversa seria difícil, devido as diferentes práticas com que estavam envolvidos naquele dia. Ainda assim, em pares, conversei sobre o projeto, e felizmente, todos aceitaram participar. Já sai com as

entrevistas agendadas.

Destaco já nesse momento os desabafos dos enfermeiros ao ouvirem a apresentação do estudo. Um deles, por exemplo, falou sobre a satisfação de participar da pesquisa, mas já antecipou observações sobre seu cotidiano em relação a sobrecarga de trabalho, com alto número de atendimentos pela chamada “demanda espontânea” - exemplifica que em um turno de 4 horas, já atendeu até 40 usuários. Já outro enfermeiro mostrou sua preocupação sobre a renovação dos contratos de gestão das OS na APS do município do RJ em outubro/2018.

Dentre esses desabafos, João chama atenção ao dizer que entraria de férias em junho, pela primeira vez, desde que ingressara na unidade, há três anos. Não pode tirar férias em anos anteriores em função dos prazos de expiração dos contratos de gestão, que acabaram por afetar o período de férias não somente desse enfermeiro, mas de vários outros profissionais nas CF do município do RJ. Esse fato me fez pensar sobre a saturação desse profissional até aquele momento, bem como, quais foram os possíveis efeitos dessa não interrupção do cotidiano em suas práticas de saúde e de cuidado. Perguntas, por hora, sem respostas.

Retomando aos convites para participação do estudo, ainda faltavam duas enfermeiras. Em julho, após retorno das férias, entrei em contato com as mesmas. Apresentar-lhes o estudo se mostrou um desafio, pois, quase sempre, ambas estavam imersas em suas atividades do cotidiano, sem uma pausa para uma conversa.

Mas, por fim, durante um turno em que já fazia a observação participante, conversei com as profissionais. Uma delas, infelizmente, recusou-se a participar da pesquisa, por motivos que não exibirei aqui, tal como acordado com ela. Entretanto, cabe dizer que em seu discurso de recusa, surgiram elementos capazes de nos interrogar como o modelo de gestão da ESF no município do RJ acaba por impactar diretamente à saúde do trabalhador daqueles que constituem as eSF, em nosso caso, da enfermagem.

A recusa da participação em um estudo para um pesquisador, talvez nunca seja esperada, entretanto, pode ocorrer. Lembro-me como imediatamente fiquei triste pelo fato de um profissional da enfermagem não participar desse estudo com objetivo de problematizar o cuidado na ESF. Diante da frustração, ainda precisava retomar o fôlego e prosseguir com trabalho de campo. Alguns dias depois, busquei a última enfermeira e felizmente, obtive uma resposta afirmativa.

Com o aceite dos participantes, iniciei o trabalho de campo, desenvolvendo as primeiras entrevistas em maio de 2018 com quatro enfermeiros, sendo que com uma

enfermeira, realizei em julho/2018 devido ao retorno das suas férias. Insta frisar que dei por encerrado o trabalho de campo no dia 01 de setembro de 2018, com a última entrevista realizada com João.

Permaneci por quatro meses no campo devido às imprevisibilidades relacionadas tanto à rotina do profissional de enfermagem, como período de férias, adoecimento e reuniões externas (esta última, somente para enfermeira Responsável Técnica de Enfermagem), como ao território, onde ocorreram alguns episódios de violência iniciados em função de operação policial. Desse modo, algumas vezes, o cronograma sofreu readequações para conciliar com as agendas dos enfermeiros, o que oportunizou estar mais tempo do que previsto no cenário de estudo.

Ao longo do tempo, os efeitos da minha presença com aqueles enfermeiros foram sendo notados pela intimidade construída. Os abraços e apertos de mãos a cada novo encontro, ou mesmo, as conversas informais nos cafezinhos entre os atendimentos em consultório, eram sinais de que consegui borrar os limites da formalidade científica entre pesquisador e “pesquisado”. Desejei isso até para que os enfermeiros pudessem agir de maneira mais espontânea possível em seus cotidianos.

Pude, algumas vezes, ser alguém capaz de realizar uma escuta ativa sobre comentários e desabafos daqueles enfermeiros, não somente sobre a rotina na unidade, mas sobre o próprio contexto de desmonte da ESF no município do RJ. Cabe fazer parênteses sobre o contexto político municipal à época para minimamente explicar tais afetos desses profissionais. A gestão eleita em 2016, estabeleceu sucessivas revisões dos gastos públicos com setor saúde, o que afetou a APS carioca orientada pelo modelo da Saúde da Família.

Os atrasos recorrentes dos repasses financeiros da prefeitura às OS iniciaram já no começo de 2017, porém, os pagamentos foram regularizados ainda no primeiro semestre. No entanto, a partir de agosto desse mesmo ano, essa situação novamente aconteceu, havendo ameaça, inclusive, de fechamento de onze clínicas da CF na Zona Oeste do RJ. Fechamento este que não ocorrera porque, principalmente através de grande mobilização dos profissionais das clínicas, o caso alcançou grande repercussão na mídia, sensibilizando a população carioca e, por conseguinte, levando a prefeitura a recuar da decisão.

A mobilização dos trabalhadores e da mídia não fora suficiente, no entanto, para que a gestão municipal cessasse atrasos nos pagamentos e benefícios de alimentação e transporte, além da precarização das condições básicas para trabalho em todas as CF. Desse modo, os

profissionais de saúde da ESF carioca entraram em greve em outubro de 2017, como uma estratégia de reivindicação aos direitos dos trabalhadores. Como um modo de não desassistir a população completamente, os grevistas pactuaram que uma pequena parcela de médicos e enfermeiros mantivessem seus atendimentos às linhas de cuidado prioritárias, quais sejam, gestantes, crianças, usuários com tuberculose e hanseníase.

Os repasses apenas foram regularizados às OS em março/2018, devido à pressão dos sindicatos, bem como da população carioca. Até o encerramento do trabalho de campo, não houve mudança nesse cenário – situação diferente no momento da construção dessa dissertação, quando os atrasos voltaram a ocorrer.

Entretanto, mesmo após a greve, a insegurança dos trabalhadores sobre futuro da ESF no município do RJ surgia recorrentemente já que não havia confirmação sobre a renovação do contrato de gestão para outubro/2018 – como já mencionado. Acolhi tal afeto muitas vezes ao longo da observação participante, sendo assim, ao longo de toda experiência, oferecia, de certa maneira, um suporte ou algum *holding*, aos enfermeiros (FIGUEIREDO, 2009).

Com efeito, essa oferta de suporte pode ter ajudado no fato de que toda a experiência, desde a entrevista inicial, passando pela observação participante e a última entrevista, foi referida pelos cinco enfermeiros como relevante para cotidiano do exercício das práticas do cuidado, ainda que estas fossem entendidas de diferentes maneiras por cada um, como será apresentado e discutido mais à frente. Eliane, por exemplo, em um encontro ao acaso, após encerramento do estudo, me confidenciou: “[...] vou pensar mais sobre cuidado”. E Diogo que, na última entrevista, me disse que participar do estudo possibilitou “[...] um momento também que dá para gente refletir também um pouco e ver no que dá para melhorar”. Já João trouxe uma reflexão sobre como meu papel de enfermeira e pesquisadora, fomentou a sua necessidade de retorno aos estudos para “evoluir na área do cuidado”:

[...] a gente acaba tendo esse outro profissional e vendo a evolução acadêmica, te estimula, te traz a necessidade, a te enxergar a necessidade de continuar estudando, [...] pesquisando [...] e você acaba enxergando o quanto que você precisa evoluir para aquela área que você escolheu trabalhar: a tua área do cuidado (Segunda entrevista com enfermeiro João).

Relatos como o exposto acima, responderam aos anseios de quem pretendia sair do campo com expectativas de ter contribuído, minimante, para disparar reflexões sobre as possibilidades do cuidado, além de como (re)criá-las com os usuários. Por certo, apenas acompanhando-os ao longo do tempo, poderia notar quais foram as consequências dessa vivência, dessa reflexão sobre exercício do cuidado por tais profissionais.

Seguirei esmiuçando as reflexões e repercussões sobre modos de interação com os participantes desse estudo, que se deu através das entrevistas individuais e observação participante.

5.2 ENTREVISTANDO OS ENFERMEIROS: A OPORTUNIDADE DE REFLETIR SOBRE O CUIDADO EM ENFERMAGEM NA ESF

As entrevistas se revelaram como um momento criativo para os trabalhadores de enfermagem. Convidei-os a reflexões que habitualmente não fazem, devido à sobrecarga do trabalho do próprio cotidiano do serviço de saúde e da vida, cada vez mais acelerada. Desse modo, proporcionei um espaço que permitiu-lhes (re)criar opiniões e ideias, bem como, experimentar (re)interpretações dos fatos e da realidade vivida diariamente naquela CF, com aquele território e usuários.

Os roteiros mapeavam os caminhos nas entrevistas, mas quem as conduziam eram os enfermeiros, a partir das suas reflexões traduzidas em palavras, ora alinhadas, ora desarticulados com as questões abertas que lhes eram lançadas. Ainda assim, a cada resposta, uma nova oportunidade era dada para criar investigações sobre como aqueles enfermeiros não somente significavam, mas praticavam o cuidado na ESF, sobretudo, naquela unidade de saúde.

Já sabia que produzir uma pausa no cotidiano dos enfermeiros para uma entrevista não seria fácil, já que eles ocupavam lugar central na organização da rotina da eSF e da unidade. Assim, algumas interrupções aconteceram, como na primeira entrevista com Eliane, quando uma ACS entra na sala e solicita orientações sobre um acidente de trabalho com material perfurocortante. Ou como na segunda entrevista com Diogo, quando uma técnica de enfermagem chamou auxílio do profissional para ajudar com um usuário que não estava se sentindo bem. Esses fatos chamaram atenção para começar a pensar no papel do enfermeiro naquela unidade de saúde, o qual pode ser entendido desde já como aquele profissional que atende toda e qualquer solicitação/intercorrência.

Como já dito, duas entrevistas foram realizadas com cada enfermeiro. A intenção no primeiro e último encontro tinham distintos objetivos. A primeira entrevista me aproximou de quem era aquele enfermeiro, através do conhecimento de suas experiências acadêmicas e profissionais pregressas, bem como, de suas elaborações pessoais sobre as práticas de saúde e

o cuidado naquela CF.

Percebi que discorrer sobre cuidado trouxe certas dificuldades para produzir respostas imediatas para alguns enfermeiros. Além disso, já imaginava que as respostas desse primeiro encontro poderiam estar, de certa forma, moldadas para uma pesquisa acadêmica, ou seja, perfeitamente construídas por um conteúdo teórico das práticas na ESF e da Enfermagem, sem grandes problematizações ajustadas à própria realidade vivenciada naquela unidade de saúde.

De certo modo, já esperava para primeira entrevista respostas padronizadas dos enfermeiros, devido ao próprio constrangimento de falar sobre a unidade e território onde trabalhavam, bem como, explicitar críticas à gerência ou mesmo, à gestão da ESF no município. Tal constrangimento, contudo, não era explícito. Apenas uma enfermeira mencionou algum receio de que o conteúdo da entrevista fosse mostrado à “chefe” (gerente da unidade). Acredito que o asseguramento do anonimato, a explicação dos objetivos da entrevista, além de manter uma postura acolhedora diante dos possíveis anseios, permitiram que esse afeto não atrapalhassem sua participação no estudo.

Percebi que os limites da primeira entrevista foram ultrapassados com a última entrevista. A partir da observação participante, levei para segunda entrevista elementos objetivos e (inter)subjetivos do cuidado observados durante as cenas com os usuários. Esses elementos fomentaram críticas em relação às respostas dadas na primeira entrevista, afinal, parte do que fora dito não poderia ser praticado cotidianamente e vice-versa. Desse modo, a última entrevista possibilitou ressignificações das práticas de saúde e o exercício do cuidado, a partir daquilo que me chamou atenção na observação participante do cotidiano de cada enfermeiro na CF. Posso dizer que esse encontro se baseou na atitude de *reconhecer e espelhar* para os enfermeiros os modos de ser e agir em suas práticas diárias, a partir do olhar de “alguém de fora” (FIGUEIREDO, 2009). Na condição de pesquisadora, eu estava, portanto, exercendo um modo da presença implicada junto àqueles profissionais de saúde.

Ainda a respeito da segunda entrevista, iniciava com uma espécie de resgate das cenas de interação com os usuários e famílias que mais chamaram atenção durante os “turnos de acompanhamento”. Relatava ao enfermeiro aquilo que observei sobre sua interação também com a própria eSF, os desabafos, os comentários informais sobre o trabalho e o trabalhar no modelo ESF. Notei que enquanto narrava, alguns risos, semblantes de surpresa e concordância surgiram como reação para o que ali estavam sendo escutado por eles.

Entendi que certos efeitos foram produzidos com essa narração, como dito por Lara “coisas que eu faço e nem percebo” ou por Diogo “a gente para, para retomar coisas que a gente faz e passa despercebido”. Com essas falas, acredito que talvez tenha *espelhado* (FIGUEIREDO, 2009) um pouco modo como os profissionalmente se posicionam e interagem com usuários e a equipe durante exercício do cuidado, fosse na unidade ou no território.

Sobre isso, acredito também que a última entrevista despertou inquietações e mobilizou significativamente os enfermeiros. Faço essa afirmação amparada no fato de que quando o gravador era “desligado”, cada enfermeiro da sua maneira, trazia não somente como aquela última entrevista os afetou pelo resgate das cenas observadas do contato dos usuários e famílias em atendimentos no consultório, no corredor, nos grupos ou nas visitas domiciliares, mas como participar do estudo produziu em si reflexões as quais há algum tempo não faziam ou mesmo, nunca fizeram.

O que pude notar ao final do trabalho de campo que, ambas as entrevistas, se transformaram numa espécie de pausa em meio ao cotidiano de tarefas e responsabilidades do enfermeiro numa CF. Além desse efeito, reconheci outros atrelados a esfera emocional do trabalhador, quando lágrimas vieram à tona durante as entrevistas. Sobre isso, dois momentos chamaram atenção: na primeira entrevista, quando uma enfermeira chorou, porque acreditava que o território não a reconhecia como profissional de referência da equipe; e na segunda entrevista, quando outra enfermeira chorou ao ouvir o relato que fiz de uma cena observada em que usuário chorou sutilmente, sem que ela percebesse.

Destaco que não somente os participantes do estudo se emocionaram, mas eu também me emocionei em diferentes momentos ao longo do trabalho de campo. Talvez o mais marcante tenha se dado na última entrevista com João, ao testemunhar sua emoção por acreditar não praticar em seu cotidiano o modelo ESF, e sim, de um Pronto-Atendimento.

As entrevistas se tornaram parte fundamental do material empírico desse estudo. Contudo, a observação participante do cotidiano dos enfermeiros, construiu as conexões da realidade vivida entre argumentos e opiniões ditos nas entrevistas. Assim, a seguir descreverei a experiência da observação participante caracterizada, em grande medida, por desafios relacionados tanto ao campo quanto ao meu próprio papel de pesquisadora.

5.3 ACOMPANHANDO OS ENFERMEIROS NA CLÍNICA DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

As entrevistas com roteiros semiestruturados não seriam capazes isoladamente de captar o que desejava enquanto sentidos de cuidado. A observação participante se revelou como uma estratégia capaz de aprofundar a compreensão sobre o objeto de estudo. Ao mesmo tempo em que as cenas observadas, de certa forma, traziam conflitos entre o que foi dito pelos enfermeiros na primeira entrevista e as tradições/contradições vividas na prática real de uma CF, também foram capazes de reconhecer modos de interação singulares com usuários, inéditos até aquele momento para mim. Não à toa, os diários de campo se tornaram instrumentos potentes para analisar e discutir objeto de estudo.

Pude percorrer com os enfermeiros o cotidiano que atravessava, e também constituía, o exercício das práticas de saúde e do cuidado. O roteiro proposto ajudou a direcionar a atenção aquilo que não poderia nos escapar: a interação, a relação do enfermeiro com os usuários e famílias. Entretanto, me permiti inúmeras vezes, não me “aprisionar” ao roteiro e captar as cenas que aconteciam em torno desse profissional de enfermagem. Assim, observei cenas de cuidado entre enfermeiros e usuários, mas também entre os primeiros e os ACS, técnicos de enfermagem e administrativos, gestor e médicos. Tomava nota no diário de campo das características e conteúdos dessas relações. Contudo, entendendo os limites da discussão desse estudo, aproveitei apenas as anotações que pudessem compor a interpretação do objeto.

A observação participante trouxe outros desafios, como por exemplo, os limites de interação-ação da pesquisadora nas cenas observadas. Já no primeiro dia de acompanhamento com Maria, percebi o quanto seria “fracassada” se tentasse anular minha presença nas cenas observadas. Agir apenas observando não seria uma opção frente as dúvidas, as conversas, desabafos chamados não somente pelos enfermeiros, como também, pelos usuários – estes últimos sempre prontos para comentar e perguntar quem eu era, o que fazia ali ou mesmo dizer sobre suas fontes de sofrimento e dor.

Para entender melhor esse desafio, retomei a inspiração teórica do método, a hermenêutica filosófica. O pesquisador, de maneira inata, traz consigo sua história de vida e preconceitos adquiridos através das suas experiências. Desse modo, admite-se que não há uma neutralidade científica do pesquisador sobre qualquer que seja o objeto estudado. Haverá uma influência cultural e social em nossas ações e atitudes, frente ao outro ou alguma situação

vivenciada em campo.

Um exemplo dessa postura se deu durante a observação participante. Lara me perguntou como procederia para localizar uma usuária em outro território, fora da AP 3.1, pois deveria comunicar um diagnóstico de uma possível lesão precursora de câncer de colo de útero. Obviamente fiz uma sugestão ao caso, participando mais ativamente daquela cena.

Assim, toda vez que era chamada à cena, me sentia acolhida pelos enfermeiros e até mesmo valorizada. Com o passar da observação participante, insistia em uma presença mais reservada, silenciosa, encorajada pela leitura de Figueiredo (2009), e talvez, tenha conseguido quando, por exemplo em algumas cenas, o enfermeiro já não me apresentava para os usuários, ou seja, “esqueciam” de quem estava ali.

O desafio da implicação da pesquisadora ao cenário de estudo fez com que imediatamente surgisse um outro: o modo como minha presença era entendida pelos participantes do estudo. Em diferentes momentos no período em campo, assumia distintos papéis, não somente para os enfermeiros, como também, para os profissionais da CF. Havia um reconhecimento visual de quem eu era através do meu crachá com função e a instituição que representava. Todavia, fui nomeada a partir dos seguintes papéis: de pesquisadora, enquanto observava as cenas com os enfermeiros e usuários; de “enfermeira de Saúde da Família”, quando escutava os usuários e conduzia certa relação terapêutica; de “avaliadora do cuidado”, a partir de uma fala de Diogo durante momentos da observação participante; de “GPS” por uma técnica administrativa da unidade por ser estudante da ENSP/Fiocruz e “estar ligada em tudo”; e de “psicóloga”, como fui chamada por Eliane em sua primeira entrevista, por acolher desabafos profissionais que me foram revelados naquele momento.

Sobre o chamado papel de “psicóloga”, talvez os participantes tenham muitas vezes me percebido dessa maneira pois assumia, em diferentes momentos, uma posição de escuta a fim de acolher seus comentários, desabafos e fontes de sofrimentos em relação ao cotidiano profissional e pessoal. João, no segundo dia de acompanhamento, percebendo essa possibilidade, perguntou se poderia falar sobre a experiência profissional como ACS e acrescentou: “Posso falar? Porque você é da CAP também né?”. A meu ver, o fato de trabalhar na Coordenação de Atenção Primária 3.1 (CAP 3.1), durante o desenvolvimento dessa dissertação, não trouxe prejuízos no agir dos enfermeiros durante o trabalho de campo, como será visto na apresentação e discussão do material empírico. Todavia, a interrogação de João foi uma surpresa, como também, o receio de outros enfermeiros em serem prejudicados por

terem participado do estudo, comentado por Maria na segunda entrevista. Ela me confessou que refutou as ideias de seus colegas de trabalho pois entendia os objetivos da pesquisa. Para ambos os enfermeiros, reforcei que meu papel ali era de uma pesquisadora investigando o cuidado em enfermagem no contexto ESF no município do RJ, explicitando mais uma vez as considerações éticas desse estudo.

Falando ainda sobre papéis assumidos, o posicionamento empático fazia parte da rotina de observação. Muitas vezes, me colocava no lugar daqueles enfermeiros, e sem muito esforço, via-me sentada naquela cadeira do enfermeiro no consultório, dialogando com os ACS nas “andanças” pelo território ou falando naquele grupo de educação em saúde. Mas logo voltava para meu papel de pesquisadora. Algumas vezes, escapava apressadamente um comentário sobre alguma conduta que tomaria em determinado caso com usuário. Ações inevitáveis cometidas por uma pesquisadora que se deixava envolver pelo contexto do cuidado com usuário e, cada vez mais, com afeto de pertencimento ao campo, tal como pode ser exemplificado numa passagem no diário de campo:

[...] Após a primeira semana de acompanhamento da rotina de uma enfermeira, acabo me sentindo mais pertencida a dinâmica daquela unidade [...] Olhando panoramicamente o pátio/jardim do lugar onde estou fazendo minha observação, consigo olhar e escutar a dinâmica daquele lugar: uma criança chorando (ou por vacina ou porque o profissional de saúde está avaliando no consultório – não sei ao certo de onde vem aquele choro); os usuários esperando para entrar nos consultórios e o morador de rua aguardando com seus dois cachorros e um copo de café. Continuo aguardando a enfermeira [...] (Diário de campo. Quinto turno com enfermeira Maria).

No contexto do cuidado com usuários, espaços de conversa surgiram quando os enfermeiros se retiravam da sala (e não foram poucas vezes). Atuava ali como uma curiosa para saber um pouco mais das histórias de vida daqueles usuários (e quantas eu escutei). Nessas rápidas interações, pude perceber o quanto ainda não conseguimos, como trabalhadores de saúde, (re)conhecer as necessidades dos nossos usuários do modelo ESF, quiçá, do SUS em seus diferentes níveis de atenção. Apontamentos para caminhos de novos estudos.

Retomando a experiência da observação participante, o estado de alerta para todas as cenas envolvidas com enfermeiro, contextualizadas no cenário, me trouxeram certo desgaste emocional e físico já ao final do trabalho de campo. Em um turno à tarde, acompanhando atendimentos em consultório com a última enfermeira da observação participante, após uma manhã movimentada, tive um desejo de escape daquele lugar e uma reação orgânica de

“pressão baixa”. Pedi licença e andei um pouco pela unidade para apenas respirar “ar puro”. Por respeito a enfermeira e ao usuário, retornei ao consultório, agora, um pouco mais disposta. Pensando nesse momento, posso dizer que o que aconteceu ali foi uma “saturação” de minha disponibilidade para o trabalho de campo, após quatros meses.

Ao relatar esses desafios, dou-me conta de qual seria o principal dentre eles: redigir e discutir sobre dia a dia de uma unidade, do trabalho em saúde e do cuidado elaborado por aqueles enfermeiros. Durante acompanhamento do cotidiano da enfermagem, Maria, ao me encontrar no corredor, espontaneamente, fala sobre sua ansiedade por fazer a última entrevista e ler posteriormente o estudo. Isso revelou as expectativas dos participantes para finalização do estudo, o que implicava diretamente na minha responsabilidade no desenvolvimento e conclusão dessa dissertação.

A experiência do trabalho de campo proporcionou afetos de prazer e pertencimento ao cenário de estudo, mas a ansiedade de encerrar o campo era cada vez mais intensa para que assim pudesse iniciar interpretação e discussão do material empírico. Ainda assim, encerrei o trabalho de campo em tempo oportuno e sem maiores contratempos.

O vasto material empírico produzido a partir da transcrição e organização das entrevistas e observação participante, trouxe um novo desafio, agora em relação interpretação e discussão daquilo que atenderia os objetivos desse estudo. É o que passo apresentar na próxima parte da dissertação.

6 DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Apresentarei a discussão do material empírico, cuja organização se deu em três eixos: “As práticas de saúde da enfermagem em uma unidade de saúde do tipo A no município do Rio de Janeiro”; “Sentidos e práticas possíveis do cuidado em enfermagem em uma unidade de saúde do tipo A no município do Rio de Janeiro”; e “Dificuldades e facilidades do cuidado em enfermagem em uma unidade de saúde do tipo A no município do Rio de Janeiro”.

6.1 AS PRÁTICAS DE SAÚDE DA ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO TIPO A NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Entendemos que as práticas de saúde são um conjunto de atividades e tarefas atreladas ao agir de uma categoria profissional, segundo o nível de atenção à saúde que estas são produzidas. Tendo em vista essa interpretação, aliamos aquela dada por David et al. (2018) inspiradas pela leitura de Bourdieu (1994) sobre a prática como *práxis*: um ato aliado à razão e ação contextualizado no cenário social, cultural e político em que transcorre. Destarte, as práticas de saúde são construídas e transformadas a depender de quem, como, quando e onde as fazem.

Sobre as práticas da enfermagem na APS, podemos dizer que são orientadas fortemente pelas políticas ministeriais e resoluções emitidas pelo Conselho Federal (COFEN) e Conselhos Regionais (COREN). Como afirmado por David et al.(2018), ainda não temos estabelecido um “núcleo de saber” exclusivo para trabalho do enfermeiro nesse nível de atenção – diferentemente da atenção hospitalar, para a qual já existem eixos teóricos a respeito. De todo modo, as autoras sistematizaram as atividades desempenhadas pelo enfermeiro na Atenção Básica em campos, como: promoção da saúde; prevenção de doenças e agravos/rastreamento; diagnóstico/tratamento/cuidado; reabilitação; vigilância da saúde; educação permanente; informação e comunicação; e planejamento e gestão. Por essa breve sistematização, já podemos afirmar a complexidade nas práticas desenvolvidas pela enfermagem nesse nível de atenção.

Visto isso, para discutir as práticas de saúde na CF Resistência, resgatamos a portaria nº648/GM publicada em 2006 que aprovou a PNAB estabelecendo a organização da Atenção Básica a partir do modelo PSF (BRASIL, 2007), bem como a portaria nº 2488 de 2011 que

revisou as normas e diretrizes desse nível de atenção e implementou modelo ESF (BRASIL, 2011a).

De maneira geral, segundo as publicações de 2006 e 2011, as principais atribuições que competem a todos os profissionais de uma equipe de saúde, são: realizar o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação; manter atualizado cadastro da população e famílias adscritas; realizar cuidado em saúde da população adscrita, indivíduos e famílias, conforme suas necessidades de saúde em espaços dentro e fora da unidade; realizar trabalho interdisciplinar e em equipe; realizar atividades de educação em saúde; participar das atividades de educação permanente (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012a).

Em relação as atribuições específicas do enfermeiro, reconhecemos sutis mudanças da PNAB publicada em 2006 e 2011. Pela PNAB publicada em 2006, as ações previstas para enfermeiro chamavam a responsabilidade sobre assistência integral às pessoas e famílias diante de uma atuação para além da Unidade de Saúde da Família (USF), como em domicílios e espaços comunitários. Além disso, já havia a ratificação das atividades de consultas de enfermagem com ênfase na solicitação e prescrição de medicações, de acordo com os marcos legais da profissão e protocolos vigentes (BRASIL, 2007). Outra atribuição exclusiva do enfermeiro era a coordenação do trabalho do ACS e a realização de atividades de educação permanente com auxiliar de enfermagem, inclusive, com Auxiliar de Consultório Dental (ACD) e Técnico de Higiene Dental (THD) (BRASIL, 2007).

Em 2011, a PNAB manteve as orientações sobre atenção integral à saúde aos indivíduos e famílias, mas passando a considerar as diferentes fases do desenvolvimento humano. Essa prática não poderia deixar de ser um trabalho interdisciplinar, o qual ocorreria além do espaço físico da unidade, logo, em ambientes comunitários como escolas e associações, mas ainda mantendo ações nos domicílios (BRASIL, 2012a).

Nessa revisão, as atividades de coordenação e avaliação do trabalho dos ACS ainda eram atribuição exclusiva do enfermeiro, embora a eSF possa colaborar. Além disso, a coordenação e realização das atividades de educação permanente para todos os membros da equipe, ainda se manteve como responsabilidade da equipe de enfermagem (BRASIL, 2012a).

A principal mudança colocada pela revisão da PNAB de 2011 foi a atribuição, tanto para enfermeiro quanto para eSF, a atenção às demandas programadas e espontâneas – conceitos que explicarei mais adiante. Essa prática fora importante ser considerada à medida que Atenção Básica, porta de entrada prioritária do SUS, precisaria atender a toda e qualquer

necessidade dos usuários e famílias (BRASIL, 2012a).

Reconhecemos que a enfermagem ganhou certo destaque na eSF pelas atribuições exclusivas que lhe foram competidas. Não por acaso, hoje, a categoria tem reconhecimento nas eSF por suas práticas em saúde, principalmente, no município do RJ.

Por certo, a revisão da PNAB proporcionou a expansão ampla da ESF pelo país, embora este ainda não abranja grande parte dos municípios (DAVID et al., 2018). Esse movimento impôs a necessidade de certa padronização das práticas de saúde na Atenção Básica. Ainda que políticas, cadernos e guias rápidos já tivessem sido lançados pelo Ministério da Saúde em anos anteriores, tornou-se fundamental a revisão do trabalho em saúde para “nova reorientação” da Atenção Básica. Nesse contexto, a partir de 2010, o Ministério da Saúde iniciou a revisão dos chamados “Cadernos de Atenção Primária” – cuja primeira publicação se deu como “Cadernos de Atenção Básica”. O objetivo era orientar tecnicamente as atividades e estratégias dos profissionais nas unidades básicas de saúde do SUS, a partir de diferentes temáticas como: Rastreamento (2010); Procedimentos (2011c); Acolhimento à Demanda Espontânea vol.1 (2011b) e vol.2 (2013d); Saúde da Criança (2012c); Práticas Integrativas e Complementares (2012d); Hipertensão Arterial Sistêmica (2013a); Diabetes Mellitus (2013b); Saúde Mental (2013c); Pré-Natal de Baixo Risco (2013e); Controle dos Cânceres do Colo do útero e da Mama (2013f); NASF (2014a); Estratégias para Cuidado da Pessoa com doença crônica – obesidade (2014b) e pessoa tabagista (2015b).

As políticas ministeriais foram norteadoras para os documentos locais, cujos protocolos e normativas municipais acabaram por conduzir o trabalho da enfermagem na Atenção Básica (DAVID et al., 2018), como no caso do RJ. Em 2012, o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, lançado pelo COREN-RJ em parceria com SMSDC-RJ, foi publicado com intuito de estabelecer as atividades para enfermeiro nas unidades de saúde como as CF, organizadas de acordo com “ciclos de vida” e as condições crônicas/agudas com importância epidemiológica, previstas para serem acompanhadas na Atenção Básica. Com a revisão do documento em 2018, as ações de enfermagem foram arrançadas somente pelos ciclos de vidas - Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Homem e o Cuidado com a Pessoa Idosa - as quais preveem as condições crônicas e/agudas frequentes para cada grupo (COREN, 2018).

Outro documento importante para as práticas da enfermagem na ESF no município do

RJ foi a “Carteira de Serviços”, lançado em 2011 pela SMS-RJ. Esse documento orienta os serviços prestados pelas unidades da Atenção Básica carioca. Com a revisão em 2016, uma orientação estabeleceu a organização da agenda semanal para as eSF, chamada “Agenda Padrão da SMS” (SMS, 2016). Assim, as agendas semanais das equipes deveriam ser compostas pelas seguintes práticas de saúde “[...] atendimentos programados; atendimentos à demanda espontânea; as visitas domiciliares; a reunião de equipe; as ações de promoção de saúde e intersetoriais; e outras atividades pertinentes ao cuidado” (SMS-RJ, 2016, p.18).

Uma vez apresentadas as orientações ministeriais e municipais às práticas de saúde da enfermagem na Atenção Básica, passarei a discorrer sobre Abordagem do Acesso Avançado, organização de trabalho específica de algumas CF, entre as quais estava a CF Resistência.

Acesso Avançado

Sumariamente, o Acesso Avançado consiste numa experiência bem-sucedida na Atenção Primária à Saúde (APS) internacional, como em países da Europa e Estados Unidos, cujos sistemas de saúde e realidades populacionais são distintas do Brasil. Entretanto, em alguns municípios do país, sobretudo na Atenção Básica da região Sul, precisamente em Curitiba, a abordagem mostrou bons resultados em relação ao acesso e uso dos serviços de saúde na Atenção Básica (MURRAY; BERWICK, 2003; PREFEITURA DE CURITIBA, 2014).

O Acesso Avançado estrutura uma reorganização do acesso dos usuários às unidades de saúde, a fim de garantir certos atributos da Atenção Básica, como acesso, resolutividade dos serviços e continuidade do cuidado – termos polissêmicos que discutiremos com material empírico. A abordagem é valorizada sob o argumento de que: “Uma APS forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada àquela equipe consiga um atendimento quando precisa, no horário mais adequado e com a forma de agendamento mais confortável” (PREFEITURA DE CURITIBA, 2014, p.4).

A ideia principal dessa abordagem está baseada numa reestruturação das agendas dos profissionais das eSF, cujo trabalho passa a ser pautado em “agendas de consultas para o mesmo dia, dia seguinte ou no máximo uma semana” (PREFEITURA DE CURITIBA, 2014, p.4). Murray e Berwick (2003) apontam algo fundamental nessa abordagem:

O princípio nuclear do acesso avançado é que o paciente que solicita agendamento de consulta médica (equipe) recebe uma vaga no mesmo dia.

Acesso avançado não é sustentável se a demanda de pacientes por consulta é permanentemente maior do que a capacidade médica (equipe) de oferecer consultas (p.14).

Segundo o documento publicado pela prefeitura de Curitiba, o modelo prevê um passo-a-passo referente “como fazer” a mudança de uma agenda tradicional para “avançada”, além de apresentar “cálculos práticos” para mensurar tempos de atendimentos aos usuários, considerando suas diferentes necessidades – os “tempos” oscilam entre 10, 15 e 30 minutos. Sobre isso, uma ressalva importante foi realizada pelo documento:

As necessidades das pessoas na APS são diferentes, portanto, os tempos de consulta precisam ser diferentes. É prudente oferecer consultas mais rápidas para quem procura com problemas pontuais, e mais longas para casos mais difíceis, procedimentos ou visitas domiciliares. Ao oferecer uma consulta rápida, a US não está se transformando numa UPA, pois conhece o paciente e pode revê-lo brevemente, diferente do que acontece na UPA, na qual é atendido sem continuidade do cuidado (PREFEITURA DE CURITIBA, 2014, p.10).

Visando orientar os profissionais da ESF do município do RJ, Albuquerque (2014) explica que o Acesso Avançado também pode ser chamado de “acesso aberto, agenda diária ou consulta no dia”, onde se prevê uma agenda aberta das equipes com porcentagem maior que 50%. Albuquerque (2014), baseado em Murray e Tantau (2000), traz o “lema” dessa estratégia: “Faça o trabalho de hoje, hoje”. No entanto, importante destacar que, o contrato de gestão compartilhado com OS e prefeitura RJ, já orientava a organização das agendas das equipes, com minimamente, 40% dos seus atendimentos reservados para demanda espontânea, ou seja, sem marcações prévias (ALBUQUERQUE, 2014).

A organização dos serviços da Atenção Básica carioca, a partir dessa estratégia, prevê que as equipes devem organizar suas agendas entre demanda espontânea e programada – termos que também discutiremos adiante. Em última análise, Albuquerque (2014, p.70) concluiu que: “[...] não há distinção de valor clínico entre consultas de rotina e consultas de urgência (demanda espontânea e demanda programada), todas as consultas são importantes e conduzidas para melhor resultado”. Importante destacar que não vimos nessa apresentação ministrada por Albuquerque (2014), qualquer orientação institucional sobre o tempo estimado para atendimento à demanda espontânea ou programada.

Frisamos que não houve exploração profunda sobre a discussão do tema Acesso Avançado, em perspectivas históricas, ou modo de implementação no município do RJ, tampouco a relação oferta-demanda. Reservamo-nos em destacar os principais elementos

dessa abordagem a fim do leitor melhor interpretar a análise e discussão do material empírico. Enfatizamos desde já que na CF Resistência, o Acesso Avançado influenciou as práticas de saúde da enfermagem, bem como, sentidos e práticas possíveis do cuidado por esses profissionais.

As agendas semanais dos enfermeiros

Na CF Resistência, pudemos observar que os enfermeiros exerciam, ao longo da semana, as práticas de saúde previstas pela agenda padrão da SMS-RJ, as quais eram: atendimentos à demanda programada e à espontânea, as visitas domiciliares, ações coletivas em formato de grupos, as reuniões de equipe e os turnos de registros¹¹ (este último exceto para Lara). A seguir, exibimos como tais práticas eram organizadas nas agendas semanais dos profissionais¹².

Quadro 3 – Agenda Semanal da Enfermeira Maria

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	<i>Day Off</i>	Atendimentos	Visita Domiciliar	Turno de Registros	Atendimentos
Tarde		Grupos	Reunião (Equipe ou Módulo)	Atendimentos	Atendimentos

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 4 – Agenda Semanal da Enfermeira Lara¹³

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Visita Domiciliar	Atendimentos	Atendimentos	Atendimentos	Grupos
Tarde	Atendimentos	Atendimentos	Reunião (Equipe ou Módulo)	Atendimentos	Atendimentos

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 5 – Agenda Semanal do Enfermeiro Diogo

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Atendimentos	Grupos	Atendimentos	Atendimentos	Atendimentos
Tarde	Visita Domiciliar	Atendimentos	Reunião (Equipe ou Módulo)	Atendimentos	Turno de Registro

Fonte: Elaboração própria.

¹¹O chamado “turno de registro” consistia em um turno para lançar e encerrar registros no prontuário eletrônico sobre as práticas de saúde realizadas ao longo da semana.

¹²A carga horária semanal dos enfermeiros era de 40 horas, mas com horários de entrada e saída diferentes entre si, o que possibilitava *Day Off* (Folga) para alguns profissionais.

¹³A enfermeira Lara tinha um turno de atendimento extra na sua agenda já que como Responsável Técnica (RT) de Enfermagem, algumas vezes, não estava na unidade para comparecer em reuniões externas ou outros compromissos referentes à função.

Quadro 6 – Agenda Semanal do Enfermeiro João

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Manhã	Atendimentos	Atendimentos	Atendimentos	Atendimentos	<i>Day Off</i>	Turno de Registro
Tarde	Grupos	Atendimentos	Reunião (Equipe ou Módulo)	Visita Domiciliar		

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7 – Agenda Semanal da Enfermeira Eliane

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	<i>Day Off</i>	Turno de Registros	Atendimentos	Grupos	Visita Domiciliar
Tarde		Atendimentos	Reunião (Equipe ou Módulo)	Atendimentos	Atendimentos

Fonte: Elaboração própria.

6.1.1 Atendimentos à demanda espontânea e programada

As práticas de saúde observadas na CF Resistência foram similares àquelas verificadas nos estudos de Lemos (2012) e Kawata et al. (2013), que trataram, respectivamente, das práticas do cuidado do enfermeiro na rede básica de saúde do município do RJ, a partir de Centros Municipais de Saúde, e, do desempenho da enfermeira em unidades de ESF no município de Ribeirão Preto em São Paulo. A consulta de enfermagem, a prática educativa e a visita domiciliar foram as práticas de saúde identificadas como iguais entre os estudos.

Na CF Resistência, verifiquei que as semanas dos enfermeiros eram preenchidas, prioritariamente, por atendimentos, organizados e classificados pelo motivo segundo o qual os usuários buscavam à unidade. Diante disso, as maneiras como os usuários acessam os serviços da unidade, na ESF, têm sido nomeadas de demanda espontânea ou programada.

Sobre a palavra demanda, encontramos na literatura uma discussão ampla, pautada por diferentes perspectivas teóricas. Todavia, para este estudo, baseado no Caderno de Atenção Primária sobre “Acolhimento à Demanda Espontânea” (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013d), partimos do pressuposto que demandas e necessidades de saúde são construções sociais, ou seja, “[...] não têm uma essência imutável e não devem ser naturalizadas” (p.13). Ainda de acordo com Brasil (2011b, p.13): “[...] é recomendável considerar que diferentes sujeitos e atores sociais produzem, com interesses e formas variados, o que são demandas e necessidades de saúde, e que esses diferentes entendimentos sejam explicitados e colocados em diálogo”. Assim, entenderemos sucintamente “demanda” tudo aquilo apresentado pelo

usuário como “necessidades” pois “[...] o usuário define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima” (p.20).

Entendemos que necessidades não são enquadradas apenas por um caráter objetivo, cientificamente explicadas por uma clínica e resolvida pelo binômio queixa-intervenção profissional. Necessidades podem ser expressas por diferentes formas, a depender das histórias de vida e as experiências daqueles que buscam os serviços de saúde.

Diante dessa perspectiva, observei que grande parte dos atendimentos foram caracterizados pela chamada “demanda espontânea”. Esta se caracterizou pela busca aos serviços da unidade através de atendimentos não agendados previamente, motivados por uma necessidade apresentada pelo usuário. Na maioria das vezes, observei que os usuários expressavam tais necessidades através de “queixas” clinicamente descritas como “agudas”, ou seja, sinais e sintomas clínicos, as quais produziam um atendimento no consultório para o enfermeiro, seguindo-se ao encaminhamento para atendimento médico, quando julgado necessário. Essas “queixas” trazidas pelos usuários, muitas das vezes, eram descritas pelos próprios enfermeiros como “demandas agudas”.

Os atendimentos à demanda espontânea quando pautavam-se em responder apenas as “queixas clínicas agudas” dos usuários, me permitiram observar como se dava a divisão técnica do trabalho em saúde na Atenção Básica, no que diz respeito aos enfermeiros e médicos. Lara, por exemplo, me descreveu o motivo pelo qual a maioria dos atendimentos à demanda espontânea eram encaminhados ao profissional médico:

Pelas questões de protocolo mesmo de enfermagem né?! Casos agudos em adultos, geralmente, a gente deixou isso bem estruturado e pontuado na nossa equipe, né. Se chega adulto com alguma queixa aguda que vai demandar algum tipo de atendimento para médico, se o médico está na casa, automaticamente vai para o atendimento médico. Diferente no dia em que eu tiver no turno e sem médico, aí todas as demandas agudas vão passar pela enfermagem. E aí sim, eu vou direcionar para algum médico que esteja de apoio na casa (Segunda entrevista com enfermeira Lara).

Lara disse que os atendimentos à demanda espontânea, motivados por “queixas clínicas agudas”, ainda que fossem atendidos pelo profissional enfermeiro, frequentemente, eram encaminhadas para profissional médico, pois os enfermeiros acreditavam que era importante uma avaliação clínica para posterior prescrição medicamentosa, caso assim fosse pertinente.

É interessante sinalizar que João e Diogo mostraram-se incomodados com a limitação dos tipos de medicamentos cuja prescrição do profissional de enfermagem é permitida. Durante um atendimento à demanda espontânea de uma criança, com “queixa aguda” de hiperemia numa região do corpo, Diogo levantou uma reflexão sobre ampliação da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro com objetivo de otimizar o “tempo do usuário”, como destaquei na cena a seguir em uma passagem no diário de campo.

[...] A mãe diz sobre uma queixa de “vermelhidão” na região genital da criança. Nessa cena percebo que é uma avaliação mais rápida. Diogo registra a queixa. Pergunta sobre as vacinas se estão em dia e pede para mãe deitar a criança na maca e tirar fralda para ele ver. Faz a avaliação e pede para ela deixar a criança deitada pois vai pedir para médica “vir dá uma olhada”. Fico ali com aquela mãe, faço gestos com a criança brincando mas, menos que dois minutos, a médica vem avaliar. Pergunta para mãe se a criança fica na creche e a mãe diz que uma pessoa “cuida” dela enquanto trabalha. A médica diz que era provavelmente uma dermatite de contato, muitas vezes relacionada a criança ficar muito tempo com a fralda urinada. Prescreve dexametasona tópica e orienta a mãe passar para “cuidadora” trocar mais vezes a fralda. Assim, ela abre seu *login* no prontuário, faz a prescrição, imprime, carimba e dá para mãe. Se despede, sai do consultório e o enfermeiro agradece. O enfermeiro reforça as orientações e a mãe assim, sai do consultório também. Às 10 horas 20 minutos se encerra a cena [tempo da consulta: 10 minutos]. Depois o enfermeiro comenta sobre o atendimento da médica em relação a prescrição: “Não havia necessidade da médica olhar se o enfermeiro pudesse prescrever aquela medicação (corticoide tópico)”. Ele diz que poderia evitar com que a médica viesse e assim, agilizaria o tempo. Pergunto “para quem?” e o enfermeiro responde “Para o usuário”. Ele chama o próximo (Diário de Campo. Terceiro turno com enfermeiro Diogo).

Diogo considera problemático o fato de não poder prescrever uma medicação porque “atrasa” o próprio usuário pois, a seu ver, não é aceitável o “tempo de espera” que o mesmo leva para um atendimento do profissional médico – no caso citado apenas dois minutos. Ressaltamos que a Enfermagem, na Atenção Básica, ainda que haja *expertise* para traçar diagnósticos e prescrever condutas medicamentosas, tem limitação para esse tipo de conduta pelas próprias leis relacionadas a regulação profissional. Além disso, chama atenção como “prescrever uma medicação” no cenário da saúde ainda ocupa um lugar de poder pela tríade diagnosticar-tratar-curar, incomodando o enfermeiro.

Sobre “tempo do usuário” e a relação com a limitação da atuação da enfermagem na Atenção Básica, Eliane lembrou, na primeira entrevista, de uma liminar emitida pela Justiça Federal de Brasília, a partir da ação movida pelo Conselho Federal de Medicina em setembro de 2017, que tratava da atuação dos enfermeiros no SUS. O documento, sumariamente, proibia a categoria profissional de fazer diagnósticos e solicitar exames, sem prévia

autorização médica (COFEN, 2017). Imediatamente, medidas judiciais foram tomadas pelo COFEN e Ministério da Saúde por entenderem, principalmente, os prejuízos ao atendimento à população na Atenção Básica, sendo a liminar então derrubada em outubro de 2017. Ao falar sobre esse processo judicial, Eliane observou como a atuação da enfermagem ao solicitar e realizar exames, beneficia “tempo do usuário”, em suas palavras: “agiliza para paciente”.

[...] Isso para mim é uma facilidade: você atender o paciente, poder solicitar um exame, poder fazer acompanhamento dele, uma avaliação, te dá liberdade e agiliza para paciente porque 1 médico para 3 mil e poucas pessoas, 4/5 mil, dependendo de cada equipe, o médico não vai atingir todo mundo [...] (Primeira entrevista com enfermeira Eliane).

De modo geral, as “queixas clínicas agudas” atendidas pelos enfermeiros sem encaminhamento para avaliação médica, foram aquelas em que, a partir dos protocolos municipais de enfermagem, permitiam solicitação de exames ou prescrição de certas medicações. Como exemplo, temos o atendimento feito por Lara.

[...] A enfermeira chama a próxima. Uma adolescente, 16 anos, acompanhada da mãe [...] A enfermeira pergunta qual motivo que trouxeram elas ali e a adolescente diz que há alguns dias vem sentindo congestão, coriza, mas sem febre. A enfermeira faz mais algumas perguntas como por exemplo, se está usando alguma medicação. A mãe respondeu que um antialérgico de 12 em 12 horas. A enfermeira diz que esse fármaco, especificamente, deve ser tomado apenas 1 vez ao dia. As duas ficam surpresas e dizem “é sério?”. A enfermeira diz sim e continua a digitar no prontuário. Nesse momento, a enfermeira avalia garganta e língua, temperatura e ausculta os pulmões. Orienta manter a medicação que já está fazendo uso e dá orientações de um resfriado comum para adolescente. A enfermeira pergunta se a adolescente está fazendo a lavagem das narinas com jato de soro por seringa. A adolescente diz que sim. A enfermeira pergunta “tem seringa?”. A adolescente diz “não”. A enfermeira então orienta que ao sair da sala, se direcionem para sala de observação clínica e solicitem o material para alguma técnica de enfermagem. Então a enfermeira diz para manter a conduta e caso não melhore para buscar a unidade novamente para uma reavaliação. A adolescente e a mãe agradecem (Diário de campo. Quarto turno com enfermeira Lara).

É notório como o paradigma biomédico, dominante no trabalho em saúde, está vividamente presente na Enfermagem, ainda que aplicada à Atenção Básica, nível de atenção em que espera-se a predominância de ações em promoção da saúde e prevenção de doenças. Com essa passagem do cotidiano, reconheci que o fenômeno da *medicalização*¹⁴ assume alguma centralidade nas práticas de saúde do enfermeiro: não há encaminhamento para o

¹⁴Sobre a medicalização, baseada na leitura de Melo e Mattos (2018), entendemos como um ato de interpretar todos os fenômenos da vida a partir da ótica biomédica. Isto compete não somente tomada excessiva de medicações, como também, a redução de problemas de saúde em doenças ou riscos que são clinicamente passíveis de intervenção médica ou mesmo, politicamente pelo Estado.

médico, mas quando podem adotar uma conduta tipicamente médica, ou seja, de solicitação de exame e prescrição de medicação, o fazem, sem quaisquer práticas ligadas à promoção de saúde, por exemplo.

Outro aspecto que percebi nos atendimentos às demandas espontâneas, baseados nas “queixas clínicas agudas”, foi uma aceleração no tempo do encontro entre enfermeiro e usuário, que, em geral, durava em torno de 10 minutos. Notei que os enfermeiros aceleravam esses atendimentos sempre pautados na preocupação com a espera dos outros usuários fora do consultório. Consequentemente, a atenção acabava não se voltando para usuário integralmente, mas para os sinais e sintomas que apresentavam.

O ritmo do atendimento às demandas espontâneas pode estar relacionado, entre outras coisas, as questões socioculturais. Sob influência de Azevedo (2013), apoiada pela leitura Aubert (2003), reforçamos novamente a observação de que na contemporaneidade, cada vez mais, somos pressionados a acelerar nossas experiências pessoais e profissionais para que “nossos sucessos” sejam imediatamente alcançados. “Perder tempo” é improdutivo na lógica capitalista, por isso, precisamos, cada vez mais fazer mais coisas, em menos tempo e com menos pessoas para atender a urgência da vida. Não se trata de uma escolha individual, mas de uma tendência cultural e, muitas vezes, de uma exigência organizacional. Nesse sentido, contribuem para tal aceleração também aos indicadores e metas relacionadas à produção de enfermagem no município do RJ, bem como alguns protocolos que preveem tempos curtos de atendimentos.

Observei que os enfermeiros conseguiam oferecer mais atenção aos usuários, deixando de pautar sua ação pelo modelo “queixa-conduta”, apenas quando as consultas eram destinadas à reavaliação de usuários com demandas agudas já tratadas, avaliação dos resultados de exames laboratoriais ou de imagem de usuários para controle e prevenção das condições crônicas, no acompanhamento de usuários de Saúde Mental, e, aos atendimentos à demanda programada, principalmente, voltados para as “linhas de cuidado”¹⁵ prioritárias. Portanto, a demanda espontânea pareceu ser um dos fatores de pressão e aceleração do trabalho.

Como exposto, quadro diferente se construía em torno das demandas programadas,

¹⁵De acordo com apresentação da SMS-RJ (2018, p.4), sucintamente, as linhas de cuidado: “[...] pressupõe o estabelecimento de “percursos assistenciais” com diretrizes clínicas voltadas ao atendimento dos problemas de saúde, fases do ciclo de vida e/ou grupos populacionais”. Alguns exemplos de linhas de cuidado dados nessa apresentação foram: “Doenças crônicas não transmissíveis: diabetes, hipertensão, câncer; Doenças transmissíveis: AIDS, Hepatites Virais, Hanseníase, Tuberculose; e Ciclos de Vida: Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher” (SMS-RJ, 2018, p.10).

cujos atendimentos eram previamente agendados e mantidos na agenda semanal dos enfermeiros. Estas eram relacionadas, principalmente, às linhas de cuidado prioritárias, segundo a Carteira de Serviços da SMS-RJ, pois tais linhas preveem atendimentos com certa regularidade, como por exemplo, para Saúde da Criança, através das consultas de puericultura, e, para Saúde da Mulher, nas consultas de pré-natal, considerando período gravídico-puerperal da mulher. João, Eliane e Maria comentaram que os atendimentos ligados às linhas de cuidado são práticas de saúde que exigem atenção e tempo. Exemplo disso é a primeira consulta de pré-natal, mencionada por Maria.

Então, se você for pensar que eu vou iniciar um pré-natal: iniciar um pré-natal é, bota de um tempo assim, no mínimo 40 minutos, para você dar todas as orientações, solicitar exames, fazer teste rápido, enfim, é muita coisa. Às vezes tem mulheres que não vêm com questionamentos nenhum, mas tem mulheres que vêm com milhões de questionamentos normais, entendeu?! [...] (Primeira entrevista com enfermeira Maria).

Os atendimentos dessas linhas de cuidado no município do RJ são orientados pelos “Guias de Referência Rápida” (2016), os quais compreendem os modos técnicos-clínicos de assistir os usuários na APS carioca. Por exemplo, nesses guias há recomendações além do número de consultas preconizados para acompanhar grupos como crianças, gestantes, pessoas com tuberculose e hanseníase, modo como conduzir tecnicamente tais atendimentos. Desse modo, percebi que os atendimentos dos enfermeiros às linhas de cuidado seguiam o protocolo, o procedimento técnico, como um modo de assegurar as orientações municipais.

Mas vale ressaltar que haviam agendamentos de atendimentos para enfermagem não alinhados somente às linhas de cuidado prioritárias. Exemplo disso foram os atendimentos a usuários com questões relacionadas à Saúde Mental. Aponto a experiência de Eliane, que manteve contato com uma usuária que apresentou uma crise com pensamentos suicidas – abordaremos esse caso novamente na discussão sobre as práticas possíveis do cuidado. Nesse caso, a enfermeira lançou mão de atendimentos em consultório, agendados semanalmente através das consultas de enfermagem, às vezes, em interconsultas com a médica e/ou psicóloga do NASF.

De modo geral, contudo, a minha percepção do cotidiano da enfermagem era de certa prevalência dos atendimentos por demanda espontânea em relação à programada. Fato que pode, em grande parte, ser explicado pela organização do acesso aos serviços da CF Resistência a partir, do “Acesso Avançado”, cuja orientação para organização da agenda deveria, minimamente, compor 50% de atendimentos à demanda espontânea.

Nesse contexto, pude perceber que os enfermeiros, às vezes, anulavam outras práticas de saúde em detrimento dos atendimentos em consultório. Essa “pressão silenciosa” da demanda espontânea foi verificada mais claramente nos acompanhamentos de João. Em alguns turnos de 4 horas, o número de usuários que chegou à unidade sem agendamento prévio e foram atendidos por ele, totalizaram dezessete (17). Conseqüentemente, muitas vezes, esse enfermeiro, por exemplo, não conseguia realizar outras práticas de saúde, como ações em coletivas em formato de grupos ou visita domiciliar. Mesma situação ocorria com Eliane, que também abdicava dos turnos de registros para realizar os atendimentos à demanda espontânea.

Não foi raro escutar desses enfermeiros que na CF Resistência era “alta a demanda” referente a demanda espontânea. Para Maria, a abordagem do Acesso Avançado, proporcionou um aumento expressivo de usuários buscando serviços da unidade e sem agendamento prévio.

[...] a partir do momento que a gente tem uma demanda, que é uma demanda, é um acesso avançado né, a gente tem o acesso avançado aqui na unidade, se eu não me engano há 2 anos, 1 ano alguma coisa. E aí, a partir do momento que a gente entra com esse acesso avançado, eu acho meio que se perdeu em algum momento, sabe...é a demanda ficou muito grande [...] (Primeira entrevista com enfermeira Maria).

Mas não apenas o Acesso Avançado produziria esse fenômeno nessa unidade de saúde. Para João e Diogo, a insuficiência dos serviços de urgência e emergência na Ilha do Governador, levava os usuários a buscarem a CF. Em função desse quadro, Diogo passou a apelidar a CF como “UPA da Família”.

A partir de 2016, com a política de contenção dos gastos públicos com políticas públicas de saúde e sociais no contexto brasileiro, já era esperado uma retração do repasse de recursos financeiros para SUS. Esse cenário acabou produzindo sucateamento dos serviços públicos de saúde, em diferentes níveis de atenção à saúde, como no caso do município do RJ. O reflexo produzido na saúde municipal foi de “[...] unidades de pronto atendimento (UPA) com recursos e número de profissionais reduzidos, com conseqüente aumento da demanda reprimida tanto na Atenção Básica como, pelo agravamento de condições não atendidas nas grandes emergências” (DAVID et al., 2018, p.363).

Ainda sobre as dificuldades dos atendimentos à demanda espontânea, para Lara, trabalhar em uma unidade com Acesso Avançado, acarretou resistência da equipe em concordar com a inserção da agenda para organizar a semana. A problematização da eSF era a possível limitação do acesso dos usuários aos serviços da CF, caso os profissionais estivessem

comprometidos com uma agenda pré-definida. A estratégia da enfermeira para convencer toda equipe partiu dos indicadores do processo de trabalho do modelo ESF, que preveem atendimentos à demanda programada, ou seja, agendados.

Além de Lara, Eliane apontou como os atendimentos agendados são importantes nas práticas de saúde da enfermagem na unidade de saúde, não desconsiderando os atendimentos espontâneos da agenda semanal. A enfermeira, por exemplo, afirmou que não ter atendimentos agendados pode levar os profissionais a “perder controle” em relação ao acompanhamento das linhas de cuidado. A meu ver, isso também gera insegurança e sensação de impotência nos enfermeiros, visto que, historicamente, ocupam uma profissão responsável pela organização e administração do trabalho em diferentes serviços de saúde.

[...] eu acho Acesso Avançado bem interessante mas se você não agendar os pacientes, eles se perdem. Você perde o controle de uma gestante, de uma criança, de um paciente que é diabético, de um paciente grave que requer um maior cuidado. Então mantenho o agendamento desses pacientes. Mas o acesso é livre. Ele veio hoje para consulta mas se ele voltar amanhã, ele vai ser atendido e assim vai (Primeira entrevista com enfermeira Eliane).

A principal vantagem, atribuída pelos enfermeiros ao Acesso Avançado, é a facilidade dos usuários usarem os serviços prestados pela CF, uma vez que não há dias preestabelecidos para realizar atendimentos e procedimentos, ao exemplo da coleta de “preventivos” em mulheres de 25 a 64 anos.

Ainda sobre acesso, Maria entendia que os usuários cadastrados no Programa de Transferência de Renda Bolsa Família, não deveriam precisar de agendamento de consultas. Para eles, a equipe deveria ter “agenda aberta”, atendendo-os por demanda espontânea. Essa estratégia se fazia necessária em função da dificuldade de agendar atendimentos para acompanhar as condicionalidades em saúde – como avaliação antropométrica e imunização – desses usuários.

Outra estratégia de acompanhamento dos usuários traçada pelos enfermeiros, agora para atender os indicadores e metas do contrato de gestão, especificamente da variável 2, era oportunizar, nos atendimentos às demandas espontâneas, os acompanhamentos das linhas de cuidado prioritárias, caso os usuários estivessem inseridos em alguma delas. Essa conduta foi mencionada tanto por Diogo quanto por João.

Na abordagem do Acesso Avançado, recomenda-se fortemente às equipes trabalharem com “listas de acompanhamento”, em nosso caso, as linhas de cuidado, para organizarem agenda, sobretudo, em seus atendimentos à demanda programada (ALBURQUERQUE,

2014). Não por acaso, ao longo da observação participante, os enfermeiros relatavam como organizavam a semana de atendimentos a partir das listas dos grupos que precisavam de uma consulta de enfermagem e/ou médica para atender os indicadores, rotineiramente “lembrados” pela gerência. Por exemplo, indicadores importantes às eSF eram mensurados pela “porcentagem de mulheres entre os 25 a 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos”, e, “porcentagem de diabéticos, com pelo menos, duas consultas registradas nos últimos 12 meses” (SMS-RJ, 2014).

Ainda sobre os atendimentos à demanda espontânea, comumente os enfermeiros usavam a palavra “acolhimento” dos usuários nessa prática de saúde. Sobre esse momento, durante a observação participante, me pareceu que se tratava do encontro inicial do enfermeiro com usuário que costumava ser conduzido de maneiras distintas pelos profissionais. No que se refere a dois dos enfermeiros, observei que os ACS lhes repassavam informações sobre as necessidades apresentadas pelos usuários que chegavam à unidade espontaneamente. A partir do repasse dos ACS, conforme vimos anteriormente, os enfermeiros encaminhavam os usuários para atendimento médico, em função de alguma urgência clínica, ou os direcionavam para atendimento com eles mesmos, quando se tratava de necessidades fora dessa classificação. Já os outros enfermeiros recebiam no consultório todos os usuários que chegavam à unidade sem agendamento prévio, para avaliação de encaminhamento ao médico ou não.

Ao contrário do que pude observar, sobre acolhimento, entendemos como uma postura ética do profissional de saúde no encontro com usuário, baseado na perspectiva de Ayres (2009c, p.91):

A esta capacidade de ausculta e diálogo tem sido relacionado um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento [...] É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta.

Todavia, na maioria dos serviços de Atenção Básica, o acolhimento acaba sendo incorporado como uma etapa do processo de trabalho das equipes, associado ao atendimento à demanda espontânea, reduzindo-o algo como uma triagem (DAVID et al., 2018). Como dito anteriormente, na CF Resistência, percebi que os enfermeiros relatavam o exercício do acolhimento associado a uma etapa prévia ao atendimento à demanda espontânea. A meu ver, em grande parte das situações, os enfermeiros não realizavam acolhimento, tal como

entendemos por Ayres (2009c), porque centravam a atenção apenas à queixa específica do usuário, na qual pautavam suas condutas.

Até aqui, apontei que as práticas de saúde predominantes dos enfermeiros na CF Resistência, consistiam, em grande medida, nos atendimentos em consultório, pautados, predominantemente, pelas “queixas clínicas agudas”, mas ainda combinados às “linhas de cuidado prioritárias”. Enquanto os atendimentos às demandas espontâneas eram marcados pela pressa, as consultas programadas, ainda que contassem com mais tempo reservado, mostravam-se estruturadas, predominantemente, por protocolos e tarefas técnicas. Todavia, no próximo eixo de discussão, apresentarei cenas nas quais pude observar formas de cuidado, não centradas, essencialmente, numa tarefa técnica e protocolar.

6.1.2 Grupos e visitas domiciliares

Os grupos e as visitas domiciliares também faziam parte do cotidiano dos enfermeiros. Podemos dizer que tais práticas caracterizam ESF devido à oportunidade de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças com usuários e famílias, considerando suas condições sociais, culturais e econômicas face ao território em que vivem.

As ações coletivas são previstas como práticas de saúde para as eSF, de acordo com a carteira de serviços da SMR-RJ e a agenda semanal padrão (2016). Esta prática poderá ser em formato de “[...] grupos, oficinas, vídeos e outros, a fim de promover saúde ou reduzir riscos” (p.20).

Na CF Resistência, com Maria e Diogo, observei as práticas de grupo com usuários que apresentavam as condições crônicas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, conhecido nas CF como “HiperDia”. Já com Lara e Eliane, tive oportunidade de acompanhar práticas educativas no âmbito da escola através do Programa Saúde na Escola (PSE).

Ressalto que com João, tentei agendar por, pelo menos, três vezes, o grupo de educação em saúde HiperDia, durante observação participante. Entretanto, por problemas relacionados aos episódios de violência na comunidade, férias de quatro ACS e recepção dos acadêmicos de enfermagem no mês agosto, não foi possível o acompanhamento de um grupo até o encerramento do trabalho de campo.

Embora tenha observado apenas dois grupos, os enfermeiros nos relataram que haviam

planejamento de práticas para outros grupos, como puericultura, gestantes, planejamento familiar ou beneficiários do programa bolsa família. Considerando todos esses grupos, o mais conhecido entre as eSF nas CF do município do RJ é o grupo HiperDia. Na CF Resistência era uma prática de saúde realizada, pelo menos, uma vez por mês na agenda semanal da enfermagem. Isso se explica pelo alto número de usuários com tais condições crônicas. Desse modo, além das consultas de enfermagem e médica, a dinâmica do grupo se oportunizava como uma maneira de encontrar esses usuários, todavia, em maior número.

Maria acreditava que o grupo HiperDia, ao longo do tempo, tornou-se um tipo de “consulta coletiva”, devido à pressão do indicador em acompanhar os usuários com hipertensão e diabetes, previsto inclusive no contrato de gestão entre OS e SMS-RJ.

[...] a questão do grupo que você participou de um grupo que eu, eu, Maria, eu não gosto de fazer consulta coletiva. Para mim, é muito consulta coletiva entendeu. É, eu acho muito assim: vamos desafogar uma variável e vamos atender o máximo de pessoas possíveis, entendeu? Então eu vejo muito isso, vejo muito a questão é... é, esses grupos são muito para isso, para números, entendeu? [...] (Segunda entrevista com enfermeira Maria).

No grupo que pude observar, nos primeiros dez minutos, Maria ouviu as dúvidas dos usuários sobre hipertensão e diabetes e apresentou algumas informações. Logo após, começou atendimentos individuais para avaliar a necessidade de transcrição medicamentosa, avaliar peso e altura, bem como, medir circunferência abdominal. Alguns usuários apresentaram pressão alta no momento da avaliação, sendo conduzidos para sala de observação clínica, para avaliação médica. Anotei no diário de campo impressões sobre esse grupo.

[...] Pelo que parece a dinâmica do grupo até aqui consistem em escutar as dúvidas dos usuários, trazer algumas explicações sobre as doenças hipertensão e diabetes. Bem direcionada. A partir da explicação da enfermeira sobre porquê há amputação, chega-se no tema da dieta e alimentação. A enfermeira complementa que nossa alimentação deve ser em intervalos regulares: “Tem que comer de 3 em 3 horas” ela diz. Nesse momento, um usuário levanta a mão e diz que ele está sentado e sua perna está doendo muito. O usuário, adulto com idade aproximada de 50 anos diz “por favor, preciso marcar uma angiologista!”. Nessa hora, me pareceu uma urgência a enfermeira encerrar o grupo e atender aquele usuário. Ela diz “alguém tem alguma dúvida?(todos ficam calados). Então vem o sr.” A partir daí começaram os atendimentos. A enfermeira num canto do auditório chamava um usuário por vez, enquanto os outros, estavam aguardando no mesmo lugar, ou seja, não havia privacidade. O grupo durou das 14 horas 55 minutos até 15 horas 10 minutos (Diário de Campo. Quarto turno com enfermeira Maria).

Sobre a relação entre desenvolvimento de grupos e cumprimento de indicadores, Diogo relatou que o planejamento dos grupos dependia dos indicadores de acompanhamento

das linhas de cuidado, ou seja, aquelas com baixo número de atendimentos de enfermagem e/ou médico. Assim, o enfermeiro disse que “[...] ou é grupo de hipertenso, ou é grupo de diabético, ou é grupo de criança ou com beneficiários do bolsa [programa bolsa família]” (Primeira entrevista com enfermeiro Diogo). Afirmou ainda que no próprio grupo identificava aqueles que precisavam de um atendimento em consultório e já os agendava, o que imediatamente ajudava a atingir a meta de atendimentos à demanda programada.

As práticas em grupo nem sempre são desejadas pelos usuários, segundo Eliane. Na primeira entrevista, a enfermeira relatou que houve uma necessidade momentânea dessa prática de saúde ser substituída por visitas domiciliares, não somente para atender os indicadores de acompanhamento desses usuários com condições crônicas, como Hipertensão e Diabetes, mas para respeitar aquilo que os usuários desejavam receber da eSF: atendimentos individuais.

Ainda que haja impasses na realização do grupo HiperDia, as potencialidades desse tipo de prática foram consideradas por Diogo, por exemplo. Ele acreditava que o grupo propiciava um encontro para compartilhar experiências: “[...] o grupo facilita assimilação porque ali os outros usuários tão ali também compartilhando experiência e informação. A informação pode chegar mais fácil entre os usuários do que entre profissional e usuário” (Segunda entrevista com enfermeiro Diogo). Durante a observação participante do grupo HiperDia conduzido por ele, pude refletir sobre o modo como os grupos de uma maneira geral são conduzidos pela enfermagem na CF Resistência.

Uma percepção minha desta unidade e com os enfermeiros que acompanhei até aqui: os grupos, como já observado, tem características gerais e semelhantes entre si. Não há novas falas ou estratégias-dinâmicas. Será uma roda de conversa inicial com temas disparados pelos enfermeiros e construídos pelos usuários com suas dúvidas. Percebo que a pressão do tempo para atender não os deixam sempre disponíveis para esse planejamento. No caso desse enfermeiro, por duas vezes, já me relatou que sua intenção nos grupos é uma “roda de conversa” e não uma “consulta coletiva”. Diz que aborda temas que estão relacionados ao grupo e espera que os usuários participem com suas dúvidas. Ele, após a roda de conversa, chama um por um para verificar pressão arterial e receita, verificar quanto tempo falta para próxima consulta médica. Me dá a impressão que é o possível ser feito pois os usuários buscam “esses serviços” no grupo. Cabe ao enfermeiro oferecer, mas antes, a roda de conversa é realizada. E esse é o grupo como ação coletiva (Diário de Campo. Quinto turno com enfermeiro Diogo).

Como já mencionado, por ser tratar de uma prática de saúde obrigatória ao enfermeiro na Atenção Básica, o trabalho em grupo faz parte da agenda semanal. Mas, nem todos os

enfermeiros, como Lara, conseguem desenvolvê-la regularmente. Ela por exemplo, apontou que sua participação regular nos grupos acaba sendo comprometida pois, quinzenalmente, precisa realizar atendimentos em consultório no turno dedicado para tal prática educativa. Isso ocorre pois o médico residente, que estaria em atendimento em consultório, precisava participar do *matriciamento*¹⁶ com outros profissionais de medicina residentes.

Observei também grupos na escola a partir do PSE. Diogo, Lara e Eliane mencionaram que havia um planejamento semestral com a direção das unidades escolares. Nessas reuniões pactuavam os temas que as eSF desenvolveriam enquanto ações em grupo, seja com estudantes ou responsáveis.

As ações programadas com a escola coberta pela equipe da enfermeira Lara, por exemplo, particularmente em 2018, foram conduzidas pela equipe de Saúde Bucal a partir de uma necessidade levantada pela direção da unidade escolar. Observei que a enfermeira fez orientações sobre atualização da caderneta de imunização com os adolescentes mas não explorou outros temas – os adolescentes também não levantaram dúvidas.

Já com Eliane, presenciei uma prática educativa pautada em orientações gerais para os pais quanto a prevenção de impetigo, todavia, foi uma ação que durou até 10 minutos, sem dúvidas levantadas pelos participantes. De modo geral, observei que nem tudo o que os enfermeiros chamam de grupo consiste numa prática grupal realmente. Algumas práticas de saúde observadas foram de “consultas coletivas”, realizadas de modo bastante rápido. Entre os grupos que acontecem, alguns parecem propiciar maior compartilhamento de informações entre participantes, enquanto que outros seguem um modelo informativo, que compreende os usuários como receptores passivos do conhecimento técnico.

A última prática de saúde observada da enfermagem foi a visita domiciliar. Observei visitas com todos os enfermeiros, mas com diferentes objetivos, como por exemplo, imunizar idosos restritos ao domicílio, acompanhar um curativo de usuário com uma perna amputada, realizar vigilância epidemiológica de um agravo em saúde e realizar avaliação clínica e social de idosos ou adultos jovens acamados.

Desse modo, como as visitas domiciliares tinham diferentes objetivos, pude identificar posturas distintas dos enfermeiros. Diogo, por exemplo, ao visitar um casal de idosos, apenas

¹⁶Baseada na leitura de Melo e Miranda (2018), apoio matricial ou matriciamento, pode ser entendido como o ato de apoiar ao outro ao compartilhar responsabilidades e saberes pelos casos, quer individuais, quer coletivos, através de práticas conjuntas entre os apoiadores e as eSF, sejam por atendimentos, discussão de casos, construção compartilhada de projeto terapêutico singulares, entre outros. Na CF Resistência, os residentes de medicina tinham quinzenalmente um turno para encontro com apoiadores para discussão de casos.

observou e escutou os usuários; Lara que realizou atentamente o procedimento técnico da imunização nos idosos restritos ao domicílio; Maria ensinou como fazer um curativo de uma perna amputada de um idoso à sua companheira; João também escutou uma idosa, restrita ao domicílio, “abandonada”, mas lembrada por uma vizinha que, agora, ajudava em sua higiene pessoal e alimentação; e Eliane que avaliou uma adulta restrita ao domicílio e identificou escabiose nela e nos outros membros da família.

Sobre a visita domiciliar que pude acompanhar com Eliane, além daquelas que pude estar com os demais enfermeiros, me chamou atenção a vulnerabilidade do território, visível nas casas humildes com telhas e madeiras, nos becos com esgoto a céu aberto e lixo espalhado pelas vielas. Além disso, reconheci as VD como uma prática de saúde que, de fato, acessa o espaço do núcleo familiar dos usuários, identificando problemas que não seriam revelados em atendimentos nas unidades. Como exemplo, apresento uma passagem no diário de campo em que Eliane, visitou uma mulher jovem com sequelas de um Acidente Vascular Encefálico.

Entramos na casa [...] Uma mulher, deitada em um colchão encardido, com cobertor grosso. A casa tem a telha à mostra e há frestas em que bichos ou a própria água da chuva pode entrar facilmente. A casa é escura. Mas tem uma TV de plasma, a qual contrasta com o lugar humilde que encontro ali. A usuária está deitada de lado. A filha a chama. A enfermeira olha aquela cena. [...] A enfermeira abaixa e tenta falar com ela. Nesse momento, a usuária começa a chorar e a enfermeira, junto com ACS, a levanta para sentar. A usuária chora e grita como se tivesse sentido muita dor. A enfermeira verifica a pressão e observa que há uma ferida purulenta, pequena, em seu pulso esquerdo. A enfermeira então pega na sua bolsa, luvas e um pacote de gaze. Ao chegar mais perto, começa observar várias feridas, manchas e pequenas bolhas no corpo dela, inclusive, está coçando no momento. A enfermeira chama atenção da filha para isso. A filha diz que todo mundo está assim na casa. Nesse momento, uma criança pequena, de aproximadamente 1 ano e alguns meses, vem correndo e pisa no colchão, sentando no sofá. As crianças estavam assim [...] A enfermeira olha para mim e diz 'acho que é escabiose' (Diário de Campo. Quinto turno com enfermeira Eliane).

Além das práticas de saúde mencionadas, haviam outras responsabilidades assumidas pelos enfermeiros como RT de Enfermagem por Lara; referência para Sala de Curativos e Imunização, respectivamente Eliane e Maria. Além disso, havia uma responsabilidade atribuída a Diogo, João e Eliane enquanto preceptores de graduandos de enfermagem na unidade.

Ao longo do trabalho de campo, percebi que os enfermeiros dedicavam-se continuamente para exercer com responsabilidade e ética suas práticas de saúde, principalmente, para não deixar de atender ou acompanhar os usuários e famílias. Isso é

importante para demonstrar, desde já, como a enfermagem significava aquele território, aquela unidade, ainda que cada um dos cinco o faça à sua maneira.

Esse eixo de discussão permitiu uma aproximação das práticas de saúde exercidas no cotidiano dos enfermeiros na CF Resistência. Levantei as principais características que as compõem contextualizadas aos modos como eram pensadas e conduzidas pelos enfermeiros. Uma vez descritas, avançarei na discussão do exercício do cuidado possível no dia a dia dos enfermeiros, explorando quais foram os sentidos atribuídos ao cuidar em saúde.

6.2 SENTIDOS E PRÁTICAS POSSÍVEIS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO TIPO A NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Prosseguirei a discussão apresentando os principais sentidos de cuidado atribuídos pela enfermagem buscando, quando possível, paralelamente explicitar as limitações observadas no cotidiano. Posteriormente, analisaremos à luz do referencial teórico, as práticas possíveis do cuidado em enfermagem nos encontros com usuários e famílias no dia a dia do trabalho em saúde.

Consideramos fundamental resgatarmos que os sentidos dados às coisas, às experiências, aos fenômenos da vida são produzidos socialmente, naturalmente construídos enquanto uma tarefa humana (CARVALHO; LUZ, 2009). Baseado em Figueiredo (2009), ao nascermos, já somos embalados em um “berço” de preconceitos, tradições e culturas, as quais repercutem em nossos modos de pensar sobre nossa existência. Ainda assim os sentidos são reconstruídos ao longo do tempo pelas influências e por nossas experiências em sociedade.

Por essa complexidade que envolve as construções dos sentidos humanos, interpretá-los em relação a algo (o cuidado, no caso desta pesquisa) a partir de indivíduos que pertencem a um mesmo grupo (enfermeiros), implicou em uma tarefa árdua na compreensão do próprio sentido do material empírico. A respeito disso podemos dizer que os sentidos não são expressos unicamente pela linguagem verbal imediatamente assimilados e percebidos, mas também são reconhecidos em gestos e atitudes (CARVALHO; LUZ, 2009).

Desse modo, em nosso estudo, nos coube não somente interpretar as entrevistas, mas mas colocá-las em diálogo com o que observamos dos modos de presença dos enfermeiros frente aos usuários e/ou famílias, a partir das cenas observadas no dia a dia. Assim, paulatinamente identificamos as tradições e contradições vividas pela enfermagem no cenário do cuidar na ESF.

6.2.1 Sentidos de cuidado

Cabe resgatar certo sentido inerente ao exercício profissional da enfermagem: o cuidado. De maneira geral, na história da profissão, podemos identificar como o cuidado foi apropriado gradualmente pela enfermagem numa busca de reconhecimento e legitimidade ao exercício profissional. Baseado na leitura de Figueiredo, Tonini e Melo (2007a), ousamos a dizer que a enfermagem se encarrega do cuidado com a vida, seja de pessoas, seja de coletivos, através de uma filosofia própria cujo saber-fazer lhe é autêntico. Essa tarefa intersubjetiva parte do reconhecimento da complexidade do ser humano e como esse outro, afeta e inquieta aquele que se empenha em cuidar. Segundo os autores: “Mas cuidar da vida é o objetivo principal da enfermagem e de sua equipe, que tem como princípio básico o encontro com outro - o corpo espaço mínimo com sentidos e linguagens próprias, com estranhamentos, que responde, reage, foge, chega e vai embora” (FIGUEIREDO, TONINI, MELO, 2007a, p.88).

Se admitimos que o cuidado confere sentido à profissão de enfermagem, logo devemos considerar que no processo de formação, o ensino do cuidado humano é imprescindível. Todavia Waldow (1998) problematizou tal cuidado “ensinado” historicamente pelas instituições: “[...] não existem receitas ou manuais que “prescrevam” ou ensinem o cuidado humano, pois este deve ser 'vivido””(p.10). Figueiredo (2009), a partir de uma perspectiva psicanalítica, traz reflexões semelhantes, indicando que o exercício do cuidado depende do modo como cada indivíduo introjeta criativamente, as funções de cuidado. Tal introjeção depende de suas relações com as figuras cuidadoras, que se estendem desde os pais, até professores, profissionais de saúde, amigos e outros atores sociais.

Entendemos que o cuidado ensinado nos cursos de graduação em enfermagem depende daquele vivido pelos futuros profissionais. Conseqüentemente, cada enfermeiro terá uma forma singular de compreender e praticar o cuidado. Desse modo, a pesquisa nos permitiu identificar diferentes sentidos associados pelos enfermeiros ao exercício do cuidar. A seguir, passaremos a apresentá-los separadamente, mas é importante já esclarecer que todos coexistem no discurso e na prática cotidiana.

O cuidado holístico

Alguns enfermeiros relacionaram o cuidado à maneira integral que percebem os

usuários, não reduzindo suas necessidades às queixas clínicas e prescrições medicamentosas, mas buscando entender como aspectos sociais e familiares influenciavam em seus estados de saúde-doença. Destacamos algumas passagens nos discursos dos enfermeiros durante as primeiras entrevistas.

[...] ver a pessoa como um todo mesmo, sabe?! [...] eu tô aqui atendendo a Luísa, e eu conheço a Ana que é avó, conheço a Joaquina que é prima. Enfim, então saber daquele meio. Saber o porquê, de repente, a Mariana chega aqui com a pressão alta porque eu sei que o filho dela é usuário de drogas, trabalha no tráfico, que a filha é, enfim, não quer estudar, sabe?! [...] Eu não vejo só aquilo ali, por exemplo, chegou aqui “eu tô com dor de cabeça”, tá bom, tchau, toma uma dipirona e vai embora. Então sabe?! o envolvimento que a gente tem com paciente diariamente [...] (Primeira entrevista com enfermeira Maria).

Maria e Lara, por exemplo, afirmaram que o cuidado relacionado à prática de uma visão integral à pessoa também se dá pelo próprio princípio da ESF, que prevê o acompanhamento de famílias no território. Isto é: por conhecer a composição, a dinâmica e os conflitos de um núcleo familiar, consegue inferir certos nexos causais às queixas clinicamente descritas dos usuários e determinar certa relação.

Uma interpretação de cuidado alinhada com tal visão integral do usuário também foi identificada com Diogo, que mencionou um exemplo de acompanhamento de puérperas e seus recém-nascidos. Dedicar atenção às necessidades não somente da criança, mas também da mulher, não a reduzindo apenas à função materna, mas reconhecendo retorno à sua vida sexual, é uma visão integral tomado como cuidado por ele.

[...] Por exemplo, puérpera: ela vem em consulta de acolhimento mãe-bebê, já faz a consulta normal né?! Pós-alta da maternidade da mulher, consulta a criança também e nesse momento já oferece os métodos contraceptivos que ela pode ter né?! Aproveito o momento que tá trocando a roupa da criança ali para poder fazer a pesagem da forma correta e já vou brincando: “e aí, vamos fazer outro pré-natal quando?” “quer fazer? não quer?” [...] Às vezes na tensão que a mãe tá ali com bebê de pensar só no bebê, só no bebê, mas primeiro a mulher, depois o bebê né?! Porque se ela não tá bem, como ela vai cuidar de um recém-nascido ali? [...] E aí a gente aproveita a oportunidade [...] não é só olhar a criança, não é só olhar a mulher ali no pós-alta mas ela vai voltar a vida sexual ativa dela daqui a pouco. Então já é uma outra oportunidade para já pensar que ela pode ficar grávida daqui a pouco de novo né?! [...] às vezes, não pensa nisso e que pode engravidar mesmo amamentando (Primeira entrevista com enfermeiro Diogo).

O cuidado como fruto de uma visão holística também se observou associado relações intersubjetivas. Lara mostrou a associação entre cuidado e relações intersubjetivas de confiança ao contar sobre o acompanhamento de uma mãe. Esta recorria à unidade com

grande frequência porque sentia-se insegura no cuidado com o filho. Em vez de criticar a excessiva presença da mãe, Lara entendeu que seria necessário ter paciência para orientá-la, mesmo em questões mais simples, e compreender o que desencadeia a insegurança dela.

Na mesma direção, alguns enfermeiros mostraram que o cuidado envolve atenção a aspectos subjetivos dos usuários, exigindo certa sustentação de um encontro apropriado. Maria enfatiza que cuidado significa dar atenção ao usuário, e João destaca a importância da oferta de alívio ao sofrimento, sem desconsiderar outros aspectos da vida do usuário.

Ao falar sobre o atendimento a uma idosa hipertensa, Lara destaca como a escuta e atenção naquele momento possibilitou que a usuária reconhecesse sua atuação como enfermeira, bem como, iniciou a construção de uma relação de confiança entre ambas.

[...] seria, a princípio, se ela [idosa] não tiver sido acompanhada pela enfermagem, a enfermagem avalia, faz a consulta dela do Hiperdia e dependendo do caso, vai para uma avaliação do médico por conta né de uma dor na nuca, uma dor de cabeça. E aí eu, nesse caso, achei importante acolher para eu tentar entender melhor o que que tava acontecendo. E aí quando chega aqui para atendimento, uma senhora muito fragilizada que tava acompanhando no particular e com vários exames [...] quando chega aqui para você, você já logo pensa que é uma demanda que deveria ser médica [...] Ela vem com uma fala de que tá com uma né, várias questões e que ela não tava dando conta daquilo. E como foi importante minha atuação naquele momento, né? De poder conversar, tranquilizar. Imagina se eu tivesse dito para ela voltar na segunda-feira? Ia ter perdido essa oportunidade. E aí muito preocupada com os exames porque o médico do particular pediu para ela tirar dois nódulos que ela tá na tireoide. De que ela não tá entendendo porque os exames dela da tireoide estão normais: não tá com hiper e nem hipo. E por qual motivo ela tem que retirar porque é algo dela e ela precisava ser ouvida naquele momento. E aí ouvir né?! [...] eu consegui tranquilizá-la, acolhi aquela demanda que ela tinha naquele momento. Falei que a gente ia, sim, tentar resolver qual era a queixa dela naquele momento mas que a gente precisava que ela voltasse em um outro momento com médico da equipe e que eu ia sim, passar o caso para médica que estaria de suporte. [...] Ela saiu daqui mais tranquila porque a gente conseguiu dar outros leques, porque na verdade, os médicos que a estavam acompanhando eram um endocrinologista, um outro psicóloga, a outra nutricionista, o outro era o cardiologista e o outro ortopedista. Então assim, ela veio com várias queixas. Aí nesse momento, a médica foi certa que a gente precisa conhecer a fulana de tal que a gente não tinha como ver ela fragmentada. Então isso foi extremamente importante para gente naquele momento. E ela saiu daqui muito agradecida e aí nesses momentos que a gente consegue fazer vínculo e entender né, qual o nosso real papel aqui (Primeira entrevista com enfermeira Lara).

A nosso ver, os discursos dos enfermeiros revelaram certa concepção de integralidade pautada naquela relacionada ao cuidado enquanto “visão holística do usuário”. Acreditamos que isso se explica por certa influência da formação acadêmica desses profissionais. De

acordo com Waldow (1998), o processo do cuidar/cuidado em enfermagem considera o homem como um todo, enquanto um ser biopsicossocial e espiritual. Desse modo, as ações de enfermagem enfocam uma dimensão integralizadora do ser humano, a qual valida um discurso holístico.

Todavia, acompanhando a rotina dos enfermeiros, identifiquei que houve limites no exercício desse cuidado chamado de *holístico*. Conforme descrevi no eixo de discussão anterior, durante os atendimentos em consultório, e frente a expressiva demanda espontânea, os enfermeiros, muitas vezes, acabavam assumindo apressadamente uma postura focalizada na avaliação das queixas agudas, ou mesmo, nos modos de operacionalizar os protocolos de enfermagem referentes as “linhas de cuidado”. Ao presenciar processos como esses, me parecia que eram consequência do fato de os enfermeiros serem constantemente pressionados pela “urgência” dos usuários ao atendimento, bem como, a pressão constante do número de usuários aguardando “fora do consultório” - que aumentava gradativamente ao longo de um turno.

Trago como exemplo, um turno, em que Maria atendeu nove usuários que, em sua maioria, chegaram por demanda espontânea. Em um momento, logo entre o primeiro e segundo usuário atendido, a profissional entrou no consultório, com semblante de irritada e me perguntou “não estou atendendo rápido?”. Maria estava mobilizada com uma idosa, que reclamou sobre a espera para ser atendida. Identifiquei que havia ali uma “urgência” por atendimento, inicialmente por parte dos usuários, mas depois assumida pela própria enfermeira.

No mesmo turno acima relatado, fui junto à Maria até a sala de curativos para que pudesse atender o quinto usuário do dia: um idoso com uma lesão grave no dedo do pé. Após uma avaliação da enfermeira, a mesma decide solicitar uma avaliação médica, mas já antecipou ao idoso que precisaria encaminhá-lo naquele dia para emergência. Havia um histórico de amputação de dedos por sua diabetes descompensada.

O idoso demonstrou uma postura de resistência para ser encaminhado à unidade de emergência. A enfermeira, preocupada com a possibilidade de uma nova amputação, reafirmou importância do encaminhamento por ambulância, sem construir ali uma posição de escuta ao idoso sobre seus receios, inclusive, expressos em choro.

A partir da avaliação médica, houve a confirmação da necessidade do encaminhamento do idoso para emergência. Percebendo a irritação da enfermeira, associada à

preocupação com os riscos de uma nova amputação, o idoso aceitou ir de ambulância para hospital. A enfermeira saiu da sala para atender os quatro outros usuários que estavam à sua espera. Registrei em diário de campo minha percepção sobre essa cena.

[...] Outro momento importante que percebi contradições entre a primeira entrevista e a prática foi na cena de cuidado com idoso na sala de curativos: a enfermeira disse na entrevista que, cuidado é perceber a história e a vida do usuário. Na prática, ao termos uma cena que o usuário solicita ir em casa e voltar, ela não concorda, trava um embate e o responsabiliza por essa atitude caso o tenha: *“qual necessidade do sr. voltar para casa?”*. Talvez sua preocupação maior seria com o “pé” do usuário – uma nova amputação dos dedos, talvez – caso ele fosse para casa e não voltasse à clínica (Diário de Campo. Primeiro turno com enfermeira Maria).

Na segunda entrevista resgatei tal passagem com Maria. A mesma reconheceu suas limitações em proporcionar atenção aos afetos do idoso naquele momento, pois havia atendimentos em consultório para serem conduzidos. Assim, entendemos como a dinâmica cotidiana ininterrupta da CF, devido ao número de atendimentos em consultório a serem realizados, proporciona certo entrave para implementar sentido de cuidado de uma visão holística ao usuário.

[...] E aí tem um paciente na sala e levanto para avaliar um curativo e quando a gente fala da vaga zero [solicitação de uma ambulância], eu sinto que tem um desespero dele [o idoso] até porque quando ele veio para cá, ele veio e foi levado para uma amputação, entendeu? Então para ele, essa questão de sair daqui com vaga zero, ele remete muito a questão da amputação dele. Então já acha que vai ter que perder mais algum membro. E eu não ter o tempo para dar uma atenção maior para ele, isso é muito ruim entendeu?! [...] E aí eu falo para ele que ele vai de vaga zero e no momento que ele precisou ali eu não falei, não conversei com ele mais [...] eu lembro que ele realmente chorou e não lembro de ter falado muito, de ter dado realmente mais atenção para ele (Segunda entrevista com enfermeira Maria).

Lara também entendia cuidado como “ver usuário como um todo”, principalmente, aqueles que faziam curativos na CF Resistência. Busanello et al.(2013) reconheceu como cuidado de usuários com feridas na APS não pode escapar, além da dimensão técnica para o tratamento da lesão, a atenção ao sujeito a partir de uma relação interpessoal mediada pela escuta e interesse.

Por certo, percebi que a sala de curativos era um espaço na unidade cuja técnica e raciocínio clínico da enfermagem eram predominantes, tanto pela avaliação minuciosa às características das lesões, quanto pelas escolhas das coberturas para cada tratamento. Na primeira entrevista, Lara disse sobre como orientava outros enfermeiros sobre tal exercício de cuidado de maneira holística.

[...] Então me pedem para avaliar curativo [...] Mas eu tento, eu tento ver o que é melhor, eu peço para que eles [enfermeiros] olhem também a questão, não só da lesão né?! Quando eles [usuários] chegam aqui, para tentar ver um todo, como é que tá a relação familiar, como é que tá os últimos exames porque não é só tratar a lesão deles né?! [...] (Primeira entrevista com enfermeira Lara).

Contudo, em meio às diferentes tarefas do cotidiano de trabalho, desenvolver essa visão holística nem sempre é fácil, tal como podemos notar no relato abaixo.

[...] a técnica de enfermagem solicita a presença da enfermeira para avaliar uma lesão. A enfermeira diz que vai até a sala de curativos. Aqui já percebo que a enfermeira acaba por interagir de maneira diferente com o usuário, um adulto mais maduro, com uma ferida na região da tíbia. Ela orienta sobre a possível cobertura que a técnica poderia usar após sua avaliação da ferida. Ela se vira para o usuário e orienta que tem que ter uma alimentação com proteína para ajudar na cicatrização, comer ovo por exemplo mas “não pode comer ovo frito!” [...] A técnica faz uma limpeza em que a enfermeira avalia. A enfermeira então já está se virando para a porta para ir embora (percebo que está ansiosa para sair da sala). Ela não percebe pois está atenta à lesão e à limpeza da técnica de enfermagem mas o usuário acaba por chorar sutilmente. Ela então se vira e sai da sala (Diário de Campo. Terceiro turno com enfermeira Lara).

Na segunda entrevista levei à Lara a reflexão sobre como a função de RT de Enfermagem, agregada ao cargo de enfermeira de eSF, influenciava (ou não) no cotidiano com os usuários. A enfermeira afirmou que não havia prejuízos na interação com os usuários, já que a “demanda de enfermagem” para sua equipe era menor. Logo após sua resposta, mencionei a particularidade da cena acima descrita. Ela então comentou:

[...] eu realmente não lembro que chorou. E aí então provavelmente estava envolvida com aquela lesão e esqueci dele né. Foi uma falha [...] Devia ter percebido. Eu não estava atenta. Ai desculpa (choro). Eu fico me culpando. [...] Porque a gente tem que parar e tentar né, ver. Não é só mecânico. A gente também precisa sentir e eu não percebi. Eu realmente naquele dia eu não percebi. A gente tá cheia, sobrecarregada mas a gente precisa tá atenta a essas questões [...] Isso ai realmente foi uma falha que a gente precisa estar melhorando (Segunda entrevista com enfermeira Lara).

Lara se afetou ao saber que não tinha percebido choro do usuário – inclusive chorou em certo momento da entrevista. Reconheceu como a predominância da atenção focalizada à lesão e não ao usuário protagonizou aquela cena, traçando elementos de uma atenção mecanizada. Do mesmo modo como Maria, percebemos efeitos de intervenção da pesquisa que propiciou reflexão sobre cuidado que está sendo possível.

A partir dessas ilustrações do cotidiano de Maria e Lara, concluímos que os enfermeiros, muitas vezes, não conseguiram avançar na construção do cuidado com usuários

de modo holístico, embora resolvessem situações emergenciais e realmente importantes (como o encaminhamento rápido ao hospital ou a instrução correta do modo de fazer um curativo). A orientação metodológica com que trabalhamos impõe que essa e outras dificuldades devem ser compreendidas de modo contextualizado, considerando-se as questões socioculturais e organizacionais do cenário onde os profissionais se situam. De imediato, o que saltava aos olhos era o sentimento de urgência para realizar os atendimentos, fosse devido à quantidade de usuários com “pressa” em resolver suas necessidades, ou mesmo à sobrecarga de funções do enfermeiro da ESF – como RT de Enfermagem, a responsabilidade por salas técnicas, preceptorias e coordenação da equipe.

Como já dito anteriormente, percebíamos que os usuários buscavam resolver suas necessidades cada vez mais apressadamente, mas também os enfermeiros, “tentavam” responder às necessidades dos usuários cada vez mais rapidamente, sem permitirem-se pausar e refletir sobre que precisam fazer.

Cecílio (2012) nos ajuda compreender certos problemas teórico-práticos na Atenção Básica. O autor destaca os conflitos entre os diferentes atores sociais desse cenário – gestores, equipes de saúde e usuários – cujos entendimentos e modos de acessar o serviço são distintos. O usuário, por exemplo “[...] quer ter acesso, da forma mais rápida qualificada ao cuidado que ele sente/avalia que precisa [...]” (p.285). Não há deslegitimação nesse comportamento do usuário pelo autor – nem por nós – à medida que a experiência da doença (e do sofrimento) pressiona essa busca rápida para resolver os problemas.

Além disso, pensamos ser possível correlacionar tal postura “apressada” do usuário nos serviços de saúde com algumas características da contemporaneidade, marcada pela busca dos indivíduos em viver experiências contínuas de prazer e pela dificuldade em tolerar sofrimento e frustrações. Assim, a experiência do adoecimento ou do sofrimento tende a ser demasiadamente dolorosa e até insustentável ao sujeito. Enriquez (2013, p.84) nos ajuda a concluir essa dinâmica psíquica social e individual, lembrando que: “O homem é feito para realizar o programa do princípio do prazer, e não para renunciar a seus desejos”. Como todos somos frutos e produtores da cultura em que nos inserimos, poderíamos pensar que para profissionais e usuários tende a ser difícil adiar a resolução de uma queixa porque, em parte, é difícil tolerar o sofrimento durante o tempo necessário para compreendê-lo. Sem tal adiamento, acabam por resolver apenas a queixa, em detrimento da complexidade biológica e psicossocial que a envolve. Ou seja, não conseguem operacionalizar a visão holística que

defendem.

Nessa direção, essa dificuldade de sustentar a visão holística também pode ser correlacionada com culto da urgência na contemporaneidade, fenômeno que atravessa diferentes campos da nossa vida (AZEVEDO, 2013).

[...] o século XX, em mais um dos seus efeitos surpreendentes, transformou o tempo em falta de tempo. A urgência torna-se a base para um novo domínio da vida coletiva, no qual tempo se associa ao dinheiro, à rentabilidade. Sob a compressão do tempo surge a necessidade de fazer mais coisas em menos tempo, com menos pessoas – que devem ser mais polivalentes (AZEVEDO, 2013, p.54).

Baseado nessa citação de Azevedo (2013), podemos pensar que a organização dos serviços na atualidade é consonante com os padrões culturais, que estimulam aumento contínuo da produtividade através, entre outras coisas, da constante imposição de competição entre pares. Considerando os serviços da Atenção Básica no município do RJ, o mesmo padrão se repete uma vez que a pressão pelo cumprimento de metas, que nem sempre foram construídas com a participação das equipes, por vezes, nem lhes fazendo sentido, acabaram por estimular aumento da produtividade entre trabalhadores, o que de certa forma, vem distanciando cada vez mais de reflexões sobre a intersubjetividade intrínseca do trabalho em saúde.

Ao fazer essas colocações sobre a cultura de urgência não estamos desconsiderando que há situações de saúde que requerem atenção imediata. Estas, em geral atendidas nas unidades de urgência, precisam ser consideradas em qualquer nível de atenção, inclusive na Atenção Básica. Também não estamos negando os efeitos de urgência por cuidado, produzidos, ainda que indiretamente, pela precariedade social e as condições de vulnerabilidade que envolvem os usuários da CF Resistência. Ou seja, a situação é complexa e precisa ser entendida por diferentes ângulos. A dimensão sociocultural é apenas um deles. As precárias condições de trabalho e o número insuficiente de profissionais é outro, certamente.

Ainda a respeito das dificuldades ligadas a visão holística, com base na leitura de Waldow (1998), também podemos inferir certa relação com as próprias instituições formadoras que “ensinam” cuidado integral mas, acabam se contradizendo, ao fundamentar práticas educacionais por uma fragmentação clínica-biológica do ser humano. Por certo, essa também é uma outra discussão que requer aprofundamento em sua discussão e análise no cenário atual da formação no ensino superior em enfermagem.

O cuidado como “tudo”

Outro sentido de cuidado atribuído pelos enfermeiros pode ser traduzido pela expressão “tudo aquilo que fazem em seu cotidiano”. Nesse caso, o cuidado foi tomado como algo indiferenciado e possível de ser realizado em todas as práticas de saúde. Eliane, em sua segunda entrevista, dá suporte para essa interpretação.

Você cuida e não para para pensar no que você tá fazendo assim, o que é uma prática de cuidado né? Tudo que você faz tem ali uma prática de cuidado. O cuidado é muito diversificado. Mas às vezes a gente não consegue parar para pensar sobre isso, sobre se você está conseguindo fazer de fato aquilo ali, algumas perguntas aqui me deixou, pensativa (*risos*) (Segunda entrevista com enfermeira Elaine).

Ferracioli e Acioli (2017), em um estudo com enfermeiros de Centros Municipais de Saúde no município do RJ, identificaram também que os profissionais afirmavam a presença do cuidado em seu cotidiano, entretanto, não o identificavam ou percebiam claramente, uma vez que estavam atrelados às suas práticas de saúde. As autoras concluíram que: “Os enfermeiros afirmam realizar o cuidado em suas atividades diárias, no entanto, essas dimensões do cuidado, seus significados e práticas, parecem não estarem muito bem definidos” (p.34).

O processo de cuidar também é entendido como algo intrínseco ao exercício da profissão, o que foi revelado com certa obviedade para Diogo: “[...] todo momento dá porque eu acho que o foco da gente enfermeiro é praticar o cuidado, então, independentemente de ser cinco ou dez minutos, a gente sempre consegue” (Segunda entrevista com enfermeiro Diogo). Logo, ser enfermeiro garantiria imediatamente, a prática do cuidado.

Lara disse que cuidado também foi identificado como algo possível em qualquer prática de saúde exercida pela enfermagem na Atenção Básica, esclarecendo: “[...] Em todo momento você está fazendo alguma, algum tipo de cuidado: seja orientando, seja fazendo exame físico, seja fazendo uma atividade em grupo. Acho que todo momento é o momento de fazer uma prática do cuidado” (Segunda entrevista com enfermeira Lara).

Os enfermeiros relacionaram cuidado como algo indissociável às suas práticas de saúde, mas não conseguiram esclarecer exatamente o que seria. Uma vez que o cuidado não é possível de ser definido, também será difícil identificar cenas e posturas de descuido da própria enfermagem.

No entanto, se pensamos que o cuidado atravessa nossa possibilidade de existir como discutido por Figueiredo (2009), ao narrar sobre como somos embalados pelas funções

cuidadoras, desde nascimento até envelhecimento, talvez a dificuldade em falar sobre ele, se deva ao fato de que só o percebemos quando ele nos falta – assim como ocorre quando adoecemos e perdemos saúde, como pensado por Canguilhem (2010). O autor, ao discutir saúde como um “valor silencioso”, apontou como acabamos por não refletir sobre ela quando a possuímos. Destarte, valorizamos (e até cobiçamos) a saúde, apenas em nossos estados de doença, quando somos tomados por uma outra “norma de vida”, diferente daquela que vivíamos em outrora, ou seja, com saúde. Se tomarmos essa reflexão para cuidado, talvez seja coerente o motivo pelo qual os enfermeiros conseguiram mais facilmente apontar cenas de descuido nas segundas entrevistas, quando relatei passagens do cotidiano em que vivemos juntos.

A nosso ver, o risco de considerar o cuidado como “tudo” consiste na possível dificuldade de reconhecer aquilo que é descuido. Tal risco será menor quanto maior forem as oportunidades de reflexão sobre o processo de trabalho.

O cuidado como tarefa técnica

Ao longo da observação participante, verificamos que, muitas vezes, a prática possível do cuidar acabava se reduzindo apenas a uma tarefa técnica, bem-feita, nos atendimentos, como prescrever uma medicação, solicitar um exame, ou mesmo, seguir estritamente as ações de enfermagem preconizadas em protocolos municipais para cada linha de cuidado.

Maria, por exemplo, conduzia perfeitamente seus atendimentos, segundo os protocolos da enfermagem para as linhas de cuidado, não deixando de ser parte da tarefa de cuidado. Em um atendimento no consultório pude observar como, sua atenção à avaliação cardiopulmonar do usuário permitiu-lhe identificar um ritmo diferente nos batimentos cardíacos, encaminhando-o para realizar um eletrocardiograma na unidade. Após interpretação médica do exame, um infarto agudo do miocárdio foi identificado. Portanto, tratou-se de um cuidado restrito à tarefa técnica, mas eficaz e imprescindível.

A respeito do predomínio das tarefas técnicas, podemos considerar certa influência do paradigma biomédico. A nosso ver, o discurso da ciência que racionaliza e mensura a vida, invade espaços de atuação em saúde como Atenção Básica onde, cada vez mais, as intervenções técnicas, cientificamente descritas nos protocolos, protagonizam os encontros entre profissional e usuário.

Alberti (2014), num estudo com enfermeiros de uma unidade de Saúde da Família em Santa Maria (Rio Grande do Sul), reconheceu como as práticas do cuidado revelavam uma

dimensão técnica, com certa fragilidade ao reconhecimento dos elementos intersubjetivos dessa relação entre profissional e usuário. A autora apontou ser pertinente a necessidade de revisitar as formações acadêmicas da enfermagem, para desenvolver habilidades capazes de compreender a intersubjetividade do cuidado. Como já descrito, essa recomendação foi algo já levantado por Waldow, em 1998.

De nossa parte, reforçamos que a tarefa do cuidar é perpassada por uma técnica, um procedimento, mas não se limita a ele (AYRES, 2009c). A atenção ao procedimento técnico, o reconhecimento dos sintomas no processo de adoecimento, o diagnóstico e tratamento adequado, fazem parte do cuidado e não podem deixar de habitar essa tarefa. Entretanto, o desafio permanente é conseguirmos perceber os elementos (inter)subjetivos, sociais e culturais em nossos encontros com outro. A seguir, João explorou o sentido de cuidado nessa perspectiva, ou seja, além da tarefa técnica, explorando causas sociais, inclusive.

[...] Essa interação com o paciente, relações, trocar informações, conversar, o contato direto com a paciente. Não limitar ele apenas apresentar uma queixa dentro do consultório. Você ter essa comunicação aberta com ele, você, muitas das vezes, você consegue pegar o que você precisa saber para formar uma ferramenta importante e oferecer um cuidado melhor, uma informação melhor para aquele paciente. Então eu acho que a prática de cuidado é exatamente isso: é você ter essa troca em relacionamento com o paciente, para você de alguma maneira, organizar essas ferramentas e aí, você oferecer questões para ele e reduzir aquela exposição dentro de um território, dentro de uma condição social já preexistente. Entendeu? (Segunda entrevista com enfermeiro João).

Eliane também reconheceu que a tarefa técnica é importante no exercício do cuidado, como, por exemplo, nos espaços como a sala de curativos. Entretanto, complementou que o cuidado é o enfermeiro não deixar de avançar e reconhecer as necessidades do usuário, para além do tratamento de uma lesão a partir de um procedimento.

Sobre apropriação da tarefa técnica e a importância de integrá-la à dimensão intersubjetiva da atenção à saúde, vale retomar, Campos (2005). A autora aponta que conhecimento clínico e o desenvolvimento de habilidades técnicas podem ser elementos potentes para permitir que o profissional de saúde se lance, de modo criativo e espontâneo, na função do cuidar. A autora reconhece que a insegurança, frente à execução de um procedimento, ou protocolo técnico, gera sofrimento e, se torna um obstáculo a qualquer encontro (inter)subjetiva. Assim reafirmamos que para exercício do cuidado, envolve sempre a integração entre dimensões técnicas e objetivas com dimensões intersubjetivas.

O cuidado parcial e integral

A influência do paradigma biomédico no modo como os enfermeiros significam o cuidado pode ser identificado novamente, quando Diogo, na segunda entrevista compreendeu dois tipos de cuidado: parcial e integral. Ele me explicou que o alto número de atendimentos à demanda espontânea lhe impunha uma restrição do tempo em consultório para cada usuário, o que o levava a se exigir um desenvolvimento de atenção parcial e focalizada, somente naquilo que usuário trazia como necessidade, geralmente, as queixas agudas. Com isso, a elaboração de uma atenção para outras necessidades, não explicitadas naquele momento pelo usuário, acaba sendo algo a ser visto pelo enfermeiro em outros encontros agendados. Neste sim, seria possível exercer “cuidado integral”.

Na mesma entrevista, quando estimulado a falar mais sobre esses sentidos de cuidado, Diogo fez mais uma associação: passou a dizer que o “cuidado integral” ocorre quando é possível executar o protocolo de enfermagem corretamente. Citou o exemplo de uma gestante jovem com a qual fez consulta de pré-natal de primeira vez e, no primeiro encontro, apenas solicitou exames de rotina do 1º trimestre, bem como, os testes rápidos associados as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Nesse primeiro encontro, o cuidado teria sido parcial porque se tratou de uma consulta de enfermagem incompleta (segundo protocolo do pré-natal de baixo risco pela SMS-RJ). Para completar o cuidado, Diogo reagendou um novo encontro para proceder com as orientações do pré-natal e conversar com parceiro, já que o teste de sífilis em gestante tinha positivado. Através dessa segunda consulta teria sido possível construir o cuidado integral. Diogo ainda complementou, pontuando que o cuidado sempre será parcial pois haverá ajustes a serem desenvolvidos ao longo do tempo com aquele usuário.

[...] E o cuidado eu acho que ele sempre vai ser parcial, porque a gente vai sempre ter algo para poder orientar, para ajustar, para complementar ou rever e fazer um cuidado que não deu certo, que pode acontecer, ou que não foi tão eficaz para aquela pessoa, para aquele usuário e fazer um novo cuidado, refletir sobre o cuidado feito e o cuidado nunca é finalizado: ele sempre vai ter algo que vai poder ser visto e sempre ajustado. É ser humano né? não é máquina (Primeira entrevista com enfermeiro Diogo).

O cuidado parcial e integral, referenciado por Diogo, não se aproxima daquele preconizado no referencial teórico que apresentamos no início desta dissertação, mas, ainda assim, pareceu que havia uma preocupação com o outro, ainda que fosse para garantir as ações técnicas e protocolares preconizadas. Além disso, ao dizer que o cuidado sempre será ajustado e nunca finalizado, também identificamos a intenção de acompanhar o usuário ao

longo do tempo.

Desse modo, o cuidado integral foi ora associado à visão holística, ora à implementação correta de técnicas e protocolos. Esse quadro indica a coexistência de diferentes orientações teóricas no campo da saúde, pois observa-se que o paradigma biomédico coexiste com o psicossocial. O predomínio da influência de um ou de outro depende de uma gama de fatores, entre os quais estão a formação acadêmica, as condições organizacionais, o tipo de demanda direcionada aos profissionais e as condições socioculturais tanto de profissionais quanto de pacientes.

O cuidado como “mercadoria”

Ainda que mais pontualmente, o cuidado também foi associado como algo que pode ser consumido, ou que pode oferecer um benefício objetivo ao usuário, revelando certa lógica mercantil ou capitalista. Diogo explica bem essa compreensão: “Se ele [usuário] vem, ele quer ter algo de volta. Então, ele quer um benefício, seja ele o remédio, seja ele uma orientação para não ficar doente de novo [...]” (Primeira entrevista com enfermeiro Diogo). Na segunda entrevista Diogo reafirmou tal interpretação sobre o cuidado, mas também mencionou suas tentativas de produzir mudanças desse entendimento junto ao usuário da CF: “[...] tento sempre trazer para usuário essa reflexão de que não é só chegar como se fosse comprar algo no mercado: vem, chega, compra, paga e beleza, atendeu a necessidade ali daquele momento que seria a busca de alguma coisa [...]” (Segunda entrevista com enfermeiro Diogo).

A cultura da sociedade contemporânea revela uma introjeção da lógica capitalista, ou seja, a valorização do dinheiro, a oferta e o consumo de mercadorias, principalmente de tecnologias de comunicação (CARRETEIRO; ENRIQUEZ, 2013). Esse modo de subjetivação na sociedade vem afetando a postura do homem com o outro, uma vez que suas próprias relações se tornaram um “livre-comércio” pois, oferece-se algo esperando algum ganho, algum tipo de benefício. Nessa direção, se tudo é negociável a partir de uma “troca” ou “compra”, observamos também que a saúde tornou-se um “tipo de mercadoria” que pode ser “comprada” por consultas, procedimentos, exames de rotina (*check-up*) e medicações.

Desse modo, talvez, o que Diogo estivesse defendendo fosse que o usuário tem visto a “saúde”, cada vez mais, como uma “mercadoria”. Conseqüentemente, ao conseguirem uma medicação ou um exame, saem da unidade com suas necessidades atendidas, em nossas palavras, “satisfeitos”, mostrando uma relação do tipo “comercial”.

O cuidado prescritivo e o cuidado compartilhado

A maioria dos enfermeiros também relacionou cuidado como algo referente às tentativas de mudança de hábitos e comportamentos dos usuários, geralmente materializadas nas práticas educativas.

Observei essa questão ao testemunhar as orientações alimentares e incentivos a atividades físicas, dadas pelos enfermeiros durante atendimentos em consultório ou grupos, como HiperDia. Por vezes, as práticas de cuidar eram desviadas para uma espécie de “controle” em relação às escolhas de vida do outro, num tipo de relação verticalizada do profissional com o usuário. De certo modo, parecia que as orientações dadas não eram pensadas de acordo com as histórias e condições concretas de vida dos usuários. Esse tipo de postura pode ser observado em um atendimento à demanda programada com um idoso hipertenso.

[...] A enfermeira faz orientações não medicamentosas ao idoso (que falou poucas vezes nesse atendimento). A enfermeira orientou sobre a Academia Carioca. Seu Aécio diz que, pelo menos, faz sua caminhada até ao mercado. A enfermeira diz que não é uma atividade física e reforça “se o sr. quiser, eu dou encaminhamento para senhor e segunda você vai conversar com a professora na Academia”. O idoso diz “ah tá bom”. Aquela resposta não traduziu o interesse, nem o desinteresse (não disse que sim e nem não) mas fez com que a enfermeira não encaminhasse. A enfermeira então complementa “olha e fazer uma alimentação mais saudável tá? Menos fritura, menos gordura, menos açúcar”. E continua registrando no prontuário. Penso qual foi motivo de não ter perguntado sobre a história de vida, os hábitos alimentares, os costumes [...] A preocupação do usuário era renovar a receita e a enf.^a fez aquele atendimento seguindo as diretrizes do protocolo de acompanhamento [...] (Diário de campo. Terceiro turno com enfermeira Maria).

Figueiredo, Santos e Leite (2007c) apontam que ainda são presentes, na linguagem dos profissionais nos serviços de saúde, vozes de comando e controle, em especial, de proibições. Assim, é comum dizerem “[...] 'você tem que perder peso', 'você tem que andar', 'você deve deixar de fumar', 'você deve deixar de consumir álcool' [...]” (2007c, p.68). Na perspectiva desses autores, esse tipo de voz de comando indica certa preocupação do profissional com outro. Entretanto, os autores enfatizam que os profissionais precisam saber que essa linguagem repercute decisivamente naqueles de quem cuidamos, não podendo desconsiderar os costumes do outro “[...] marcados em sua pele, seu corpo, seu pensamento, sua memória” (2007c, p.69).

Concordamos com os autores a respeito da identificação das vozes de controle e até com a possibilidade de que os profissionais tenham a intenção de exercer um cuidado por

meio delas. Mas, acreditamos também que a mudança desse tipo de postura não se dá apenas com a lembrança da necessidade de consideração à singularidade social, cultural, biológica e subjetiva do outro. É preciso questionar que visão de usuários os profissionais têm: usuários que podem pensar criticamente e construir, junto deles, planos de cuidado; ou usuários desinformados ou incapazes, que precisam apenas receber dos profissionais. Isto é: os “projetos de felicidades” de cada sujeito lhe são singulares, cabendo ao profissional de saúde criar facilidades para alcançá-los e não construir novos, a partir de sua perspectiva (AYRES, 2009c).

Maria, na primeira entrevista, disse que cuidado é “[...]plantar uma sementinha para alguma mudança do bem [...]”. Esse sentido foi atribuído a partir de suas práticas educativas que se operacionalizavam, geralmente em orientações sobre alimentação balanceada e prática de exercícios físicos regulares. A respeito disso, na segunda entrevista, ao fomentar reflexão sobre o que representaria práticas de cuidado durante cotidiano, a enfermeira citou o grupo “Mudança de Estilo de Vida”.

[...] É um grupo em que eu estou presente, a educadora física está presente, a nutricionista está. São pessoas que estão com algumas alterações nos exames, poucas alterações: o colesterol um pouquinho alto, alguma coisa assim. E a gente chama de MEV pela mudança de estilo de vida. E a gente conversa, a gente destrincha o exame, explica para eles cada tópico o que que é um triglicerídeo, um colesterol. Enfim e fala da importância da alimentação saudável e da prática de atividade física, entendeu?! Então é um grupo que eu amo fazer [...] Não existe um grupo MEV que [...] pelo menos um paciente, um usuário sai e fala assim “Poxa adorei esse grupo. Quando tiver outro cê me chama?” (Segunda entrevista com enfermeira Maria).

Desse modo, a valorização que os usuários atribuem ao grupo pode indicar que ele abriga, ao mesmo tempo, práticas prescritivas e bons encontros intersubjetivos. Portanto, o controle parece coexistir com a construção conjunta do cuidado.

Na ESF, as práticas educativas, individuais ou coletivas, são uma oportunidade de construir criativamente com os usuários modos de promover saúde e prevenir doenças, considerando os aspectos sociais e culturais singulares às histórias de vida. Desse modo, entendemos que o cuidado também é visto, em alguns momentos, como parte de uma responsabilidade compartilhada entre profissional e usuário.

Diogo esclarece sobre sentido da responsabilidade mútua na atenção aos usuários, por exemplo, no acompanhamento de curativos: “[...] ai a gente fortalece ainda mais essa responsabilidade para ele de que ele é responsável mais do cuidado dele do que a gente. A

gente tem a nossa parcela mas se não tiver essa corresponsabilidade, não adianta curativo no mundo que sare [...]” (Primeira entrevista com enfermeiro Diogo). Na segunda entrevista, complementa suas reflexões sobre esse sentido de cuidado, agora, mencionando papel do profissional como “cúmplice do cuidado”.

[...] Acabamos sendo cúmplice, né, do cuidado. A gente acaba fazendo parte da vida daquela pessoa de alguma forma porque ela vem aqui confiando na gente seja no médico, no enfermeiro. E ela tá esperando da gente algum recurso para ela lidar com aquilo, seja reforçando que ela já pensa, se é isso mesmo, seja a gente trazendo algo novo para ela se restabelecer [...] (Segunda entrevista com enfermeiro Diogo).

Maria também aborda a responsabilidade compartilhada do cuidado, por exemplo, no papel do usuário em comparecer às consultas na unidade semestralmente para acompanhamento das condicionalidades no Programa Bolsa Família, mas também no papel do enfermeiro, responsável pelos atendimentos, em qualquer momento, dos beneficiários do programa – a partir da “agenda aberta”.

Em alguns momentos, contudo, o cuidado compartilhado é traduzido como transferência de responsabilidades. Maria, por exemplo, diz que o usuário é o responsável exclusivo por comparecer nos atendimentos que são condicionados ao benefício Bolsa Família. A culpa pela perda do benefício seria apenas dele. Por outro lado, a enfermeira também sinaliza que a gerência da unidade culpabiliza os enfermeiros que não fizeram o número esperado de atendimentos ligados ao programa bolsa família. Ou seja: percebemos uma sequência de culpabilizações e não de responsabilidade compartilhada.

6.3.2 Práticas possíveis do cuidado

Após apresentar os diferentes modos como o cuidado era compreendido pelos enfermeiros, passarei a chamar atenção para algumas práticas do cuidado possíveis de serem exercidas. Primeiramente, as possibilidades do exercício do cuidar foram reconhecidas em práticas como a visita domiciliar. Eliane, na segunda entrevista, comentou:

Principal prática de cuidado [*Risos*] [...] Primeiro porque muitos usuários não tem condições de vir a unidade são idosos ou são acamados [...] não conseguem sair sozinhos ou porque tá com alguma debilidade física, não enxerga, não anda direito. O lugar é muito alto, muito alto mesmo a minha área. Eles não têm quem traga, não têm familiares ou se tem familiares, o familiar não tem como trazer porque tem que acabar pagando um carro para trazer aqui e às vezes, não tem condição. E aí por isso que eu falei que por mim eu estaria mais na rua do que na unidade. O paciente que vem para o

atendimento, ele não é um paciente que preocupa. Ele pode estar com estado de saúde agravado mas ele está procurando um atendimento. E na maioria das vezes, os pacientes que mais me deixa preocupada são aqueles que não vêm a unidade. E aí quando você encontra, muita das vezes está numa situação bem crítica saúde, como por exemplo, os idosos desidratam rápido, infecção urinária. E aí se você não vai fazer essa visita, não faz esse controle, não orienta os familiares para determinadas coisas, aí o caso acaba se agravando (Segunda entrevista com enfermeira Eliane).

No turno de visita domiciliar, verifiquei que território coberto pela equipe de Eliane era de difícil acesso, por estar localizada no alto de um morro, inclusive, com certas áreas a presença marcante do tráfico, fortemente armado. Mesmo com esse cenário, identifiquei que em suas visitas, priorizava atenção e escuta aos usuários, sem aparentar pressa. A enfermeira visitou idosos com problemas de mobilidade física, inclusive uma senhora com 102 anos com lesão no calcâneo, bem como uma adulta jovem com sequelas de um Acidente Vascular Cerebral que, ao fazer exame físico dessa usuária, reconheceu escabiose. Além disso, o que se destacava em suas visitas era a utilização de uma abordagem familiar, ou seja, havia uma preocupação com todos os indivíduos daquele lar. Tratava-se, porém, de certa atenção específica aos problemas clinicamente observados e passíveis de alguma intervenção.

João, na segunda entrevista, identificou a visita domiciliar como uma prática de cuidado possível, porque, ao entrar na casa do usuário, o profissional pode se aproximar dele. Ele reconheceu a visita domiciliar como a oportunidade de perceber as vulnerabilidades associadas à dinâmica social do território e familiar.

[...] A visita domiciliar é uma prática de cuidado porque você diretamente entra no domicílio do paciente, conhece o território onde ele mora e ali você observa as vulnerabilidades dele. Ali a todo momento você está pensando em alguma estratégia para poder diminuir, reduzir aquela exposição [...] (Segunda entrevista com enfermeiro João).

Durante acompanhamento de uma visita ao domicílio, João e uma ACS visitaram cinco famílias. Destaco uma visita “surpresa” que realizaram a uma mãe e seu filho, que possuíam questões relacionadas à saúde mental. Ambos estavam sob cuidados de uma adulta jovem. A proposta dessa visita era saber como os usuários estavam após um episódio de denúncia de maus tratos intra-domiciliar. De maneira sutil, percebi a intimidade entre enfermeiro e usuário pelo abraço tímido trocado. Além disso, notei a atenção do enfermeiro ao domicílio, para identificar sinais de negligência ou abandono.

[...] A pedido do enfermeiro fomos visitar os usuários, mãe e filho. Chegamos na casa. Uma mulher adulta nos atende. A casa tem dois andares.

A sala é pequena. A casa também fica perto da contensão da maré [...] O enfermeiro então pergunta como estão os usuários. A mulher diz “impossíveis”. Ela diz que no atendimento com médico, ele mudou toda a medicação dos dois. Ela pega receituário e vai mostrando para enfermeiro. Ela reforça que algumas medicações do rapaz estão faltando e ele fica muito nervoso sem elas, principalmente, antes de dormir. O enfermeiro pega as receitas e diz que vai conversar com médico para rever as prescrições. [...] O enfermeiro então pergunta onde eles estão. A mulher os chama. O rapaz desce bem tímido, pois haviam muitas pessoas na casa – ACS, enfermeiro e eu. Mas o enfermeiro tenta descontrair e pergunta como ele está, o chama “vem aqui falar comigo, me dá um abraço” e o rapaz desconfia mas chega e dá um abraço no enfermeiro.[...] O enfermeiro pergunta da mãe do rapaz [...] Ela então desce mas fica na escada. Ela era uma adulta, em torno de 30 anos com problemas psiquiátricos [...] O enfermeiro então diz que vai ver a questão das medicações com o profissional médico e dá um retorno. Ele se despede de todos [...] (Diário de Campo. Terceiro turno com enfermeiro João).

Na segunda entrevista, perguntei ao João sobre essa visita domiciliar “surpresa”. Ele identifica a visita como uma prática de cuidado pois: “[...] É ali dentro daquele momento foi observado toda a questão social em que os pacientes estão inseridos. Uma condição de saúde, a condição de segurança, a condição de moradia, saneamento [...]” (Segunda entrevista com enfermeiro João). Perguntei também se conseguiu cumprir com as promessas feitas em domicílio com aquela cuidadora e usuários. João respondeu que sim, inclusive, narrou sobre as ações já encaminhadas aos usuários.

[...] a gente já conseguiu inseri-los aqui dentro da unidade, em um grupo de convivência aonde quem conduz esse grupo é equipe NASF, a psicóloga. Eles estão ativos, atuando nesse grupo. O médico da equipe depois dessa visita, ele retornou aquele domicílio, aquela casa e realizou uma consulta em domicílio. E a gente já pensa em programar agora, a partir do momento em que tem um bom relacionamento dentro do grupo de convivência, uma confiança, a família ver que os dois pacientes têm sim condição de sair, de vir à unidade, trazê-los aqui para dentro da unidade, o médico acompanhá-los aqui também essa questão da saúde mental [...] (Segunda entrevista com enfermeiro João).

O cumprimento das promessas feitas por João certamente contribui para reforçar seu vínculo com a família e a cuidadora, bem como, a relação de confiança construída. A exemplo de João, outros enfermeiros expressaram desejo de que as visitas domiciliares sejam resolutivas. É o caso de Eliane que comentou algo durante observação participante: “A enfermeira diz que não quer fazer mais visitas domiciliares na sexta pois se ela vê algo que precisa de alguma ação imediata, apenas poderá fazer na segunda. Isso é ruim. Ela se preocupa com os usuários” (Diário de campo. Sexto turno com enfermeira Elaine).

Entendi que cumprir rapidamente as promessas feitas aos usuários em uma visita domiciliar, torna-se algo relacionado ao sentido de resolutividade do cuidado esperado pelo enfermeiro. Eliane esclareceu, na segunda entrevista, a relação da identificação das necessidades dos usuários nas visitas domiciliares e a impossibilidade de encaminhamento para avaliação médica.

A resolutividade do cuidado é algo pertinente para Eliane, assim como para João. Este, contudo, surpreendeu ao reconhecer, durante a segunda entrevista, a contradição vivida em seu cotidiano, em função dos atendimentos à demanda espontânea.

[...] se você tem dentro da sua equipe a prática de Saúde da Família, você consegue ter a solução do problema. Se você tem dentro da sua equipe um atendimento de pronto atendimento, você não tem a resolutividade porque muitas das vezes a questão envolvida não é apenas aquela queixa apresentada. É toda uma condição social preexistente. Se você apenas atende aquela questão apresentada, logo depois ela vai se expor a condição pré-existente, aquela queixa vai voltar e ela vai vir novamente a apresentar [...] Então, a resolução hoje dentro da atenção primária para o cenário em que eu vivo, ela é prejudicada porque a gente trabalha dentro de um pronto atendimento. A gente não consegue desenvolver Saúde da Família [...] (Segunda entrevista com enfermeiro João).

Ainda nessa mesma narrativa, João se emocionou ao reconhecer que não há como discutir resolutividade a partir do seu dia a dia, porque ele apenas oferece ações em resposta às queixas agudas dos usuários. Atribui esse fato, principalmente, ao número de atendimentos à demanda espontânea. O enfermeiro trouxe uma reflexão suscitada pela lembrança de uma cena vivida junto a uma adolescente, que buscava uma medicação tópica corriqueiramente na unidade em função de problema dermatológico.

[...] Um exemplo que você citou: a moça com problema de pele. Ela veio, falou a prescrição porque algum profissional já havia feito essa prescrição para ela mas eu sei que aonde ela mora tem uma maré, tem uma praia contaminada, não tem um saneamento, aí de repente não tem uma higiene, anda com os pés descalços e isso tudo são fatores em que pré dispõe o aparecimento, o reaparecimento daquela condição e aí se ela procura a unidade para pegar aquele creme e eu realizo o atendimento de pronto atendimento, ela vai se expor novamente aquela condição e com passar o tempo, ela vai aparecer novamente na unidade com aquela mesma queixa. E ela já fica *expert* no assunto que ela já vem com a prescrição pronta de tanto que ela vem aqui porque eu não tenho essa condição de Saúde da Família, eu tenho uma condição hoje de pronto atendimento [...] Não deixa eu falar muito não se não eu vou chorar [Choro] (Segunda entrevista com enfermeiro João).

João apontou fatores ambientais e sociais que influenciavam a doença dermatológica

daquela adolescente. Mas, admitiu sua impossibilidade naquele momento, de construir estratégias de cuidado para prevenir que o mesmo problema não apareça futuramente. Conclui com João que a resolutividade implica em resolver problemas específicos, mas também acompanhar ao longo do tempo as condições de vida e viver do indivíduo.

Ao analisar o discurso de João, identifiquei certa culpabilização de si aos “fracassos” do trabalho, como por exemplo, o fato da usuária rotineiramente buscar atendimento para mesmo problema dermatológico. Percebi como o enfermeiro refletiu sobre essa postura frente ao usuário, sem considerar o próprio cenário do trabalho em saúde, sobretudo, na Atenção Básica, que hoje, enfrenta uma grave crise na manutenção e organização dos serviços, principalmente, no município do RJ.

Além da precariedade dos serviços, outras questões contribuem com a baixa eficácia da Atenção Básica, observada em algumas circunstâncias (a despeito dos resultados positivos que a implementação da ESF apresentou nos últimos anos). Utilizando a expressão “a quimera da atenção básica”, Cecílio (2012) reconhece como esse nível de atenção mantém certos princípios norteadores como, resolutividade e integralidade do cuidado, mas ainda não consegue operacionalizá-los no cotidiano, devido à complexidade dos problemas:

[...] a difícil fixação do médico e o seu não “encantamento” com o projeto de construção do SUS como política pública generosa e inclusiva; a eterna defasagem entre a oferta de serviços que, por mais que seja ampliada, parece nunca dar conta de uma demanda sem fim, que nos provoca e desafia; a percepção desta demanda interminável, pelos trabalhadores, como impeditivo para que realizem o bom cuidado, causando sofrimento e frustração para aqueles alinhados com um projeto de SUS de qualidade; [...] a impotência das equipes de saúde diante dos “problemas sociais” que invadem suas agendas, etc. (p.283).

A despeito do reconhecimento das dificuldades em desenvolver um cuidado resolutivo, os profissionais citaram outras possibilidades de cuidar. Além da visita domiciliar, outra prática de saúde mencionada pelo enfermeiro, agora por João, como possível forma de exercer o cuidado foram os grupos. O enfermeiro reconhece os grupos como uma prática possível de cuidado, porque oportunizam abordagens diferentes daquelas feitas no consultório, tais como ações coletivas de promoção da saúde com os usuários, envolvendo a troca de informações, a construção de conhecimento e a possibilidade de compartilhar histórias de vidas.

[...] o grupo eu acho uma prática de cuidado porque é um momento de levar uma mensagem, abordar um tema sobre aquela questão da linha de cuidado ou de hipertensão ou diabetes ou dentro de uma puericultura. Aonde o

paciente ele faz os saberes, traz as crenças e ali é feito um momento de bate-papo, uma roda de conversa, onde o tema trazido para o grupo atende uma quantidade muito maior de paciente para aquele momento. Então, atividade em grupo eu acho muito produtiva porque são abordados temas que muitas das vezes, dentro de uma construção de vida, dentro da alfabetização, dentro de uma consulta em consultório, de repente você não vai ter um tempo hábil, legal para poder discutir sobre uma questão alimentar, sobre a questão da prática física, sobre uma questão de hidratação, sobre uma questão da prescrição médica, uma questão do descarte para os insulino-dependentes dos insumos (Segunda entrevista com enfermeiro João).

Durante a observação participante, acompanhei um grupo de HiperDia com Diogo. Percebi como enfermeiro conhecia as histórias de vida dos usuários, o que implicava no modo como interagia com eles. Reconheci como as orientações relacionadas aos hábitos alimentares e atividades físicas foram construídas a partir de brincadeiras que consideravam o cotidiano daqueles usuários. Além disso, um comentário disparado por Diogo, ao final desse grupo, revelou que ele considerava o grupo como uma prática de saúde importante, porque durante seu desenvolvimento não precisava se preocupar com o tempo.

O enfermeiro, então, reforça o espaço do grupo: “Aqui ficamos despreocupados, não ficamos preocupados com o tempo como lá na consulta da Clínica da Família que sempre tem mais um para atender ou alguém entra no consultório. Por isso é importante que venham e chamem outras pessoas” (Diário de campo. Quinto turno com enfermeiro Diogo).

Já Maria e Lara reconheceram também, enquanto prática possível do cuidado, o encontro do usuário dentro do consultório, ou seja, os atendimentos. Ambas explicaram que o momento a sós com usuário em consultório proporcionavam intimidade e liberdade para estes expressarem seus problemas. Para as enfermeiras, isso não seria possível, por exemplo, em grupos com outros usuários presentes, ou mesmo, numa visita domiciliar, pela presença do núcleo familiar.

O acompanhamento de casos isolados configurou-se como outra forma a partir da qual pudemos reconhecer o cuidado exercido pelos enfermeiros. Ilustrarei dois casos que, segundo os enfermeiros, foram bem cuidados. Felizmente, pude também observar atendimentos feitos a ambos.

Primeiro caso: João nos contou sobre um usuário com questões de saúde mental que acompanhava há algum tempo, com quem julgou, já na primeira entrevista, desenvolver um cuidado. Em um turno de observação participante, João falou um pouco mais sobre história desse usuário.

Ele [João] então conta do caso de Saúde Mental que acompanha na equipe

(inclusive referenciou como cena de cuidado na entrevista) [...] um usuário, adulto, com idade mais avançada mas ainda não idoso. Criado por uma mãe de consideração e padrasto. Consome álcool e drogas na comunidade. Em ocasiões agredia os pais. Consumia muitas drogas que acabavam por prejudicar sua condição psíquica. O enfermeiro relatou que andava sem roupa pela comunidade [...]. Nesse momento, muitos moradores queriam agredi-lo por acharem que não era um condição psíquica e sim “safadeza”. O enfermeiro então pediu que ele viesse todos os dias na unidade para que ele saísse da comunidade, não ficasse tão perto do lugar que lhe ofereciam as drogas. Além disso, para controlar e garantir o uso adequado da tomada de medicação, o enfermeiro passou a dá-la pessoalmente todo dia. Disse que por um tempo ficou “tranquilo”. Por um certo tempo, o enfermeiro conseguiu com que ele ficasse na colônia Juliano Moreira, inclusive, ele fez visita com assistente social. Mas Cássio não pode mais permanecer e retornou à comunidade. Um dia, o usuário apareceu passando muito mal na unidade (esse ano ainda). A partir de uma avaliação médica, descobriram que ele estava infartando. Ele foi levado por ambulância para o hospital de emergência de referência. Mas alguns dias depois, o enfermeiro descobriu que ele tinha abandonado o hospital. Depois desse dia não foi mais visto. Estava fazendo dois meses que o enfermeiro não tinha mais visto e a ACS disse que ele estava na comunidade. Mas naquela tarde, por acaso, ele iria aparecer (Diário de campo. Segundo turno com enfermeiro João).

A estratégia de agendar encontros regulares com usuário foi tomada como algo capaz de singularizar cuidado. Ao identificar certo risco à vida do usuário, João acionou os dispositivos da rede de atenção à saúde para encaminhá-lo ao tratamento de sua dependência de álcool e outras drogas. Percebemos no relato do enfermeiro, uma presença implicada junto ao usuário durante todo o tempo, um *holding*, de certa forma oferecido (FIGUEIREDO, 2009). João disse que, durante 8 meses, manteve essa postura com tal usuário, que não apresentara mais crises até então. Apesar disso, o usuário fora internado por um infarto agudo do miocárdio, sendo que alguns dias depois, conseguiu fugir. Após essa fato, desapareceu da unidade, mas reapareceu em um turno à tarde, enquanto eu realizava a observação participante. O reencontro aconteceu quando enfermeiro estava na sala de reunião, buscando resultados de exames no computador. O usuário entrou para pegar um copo descartável e se deparou com João.

O enfermeiro João olha e diz “Chega ai!”. Ele [o usuário] entra. Um adulto, beirando uma idade próxima aos 60 anos, com regata larga e bermuda suja, calçando chinelos brancos encardidos. Unhas das mãos e pés grandes e bem sujas. Estava muito suado. O enfermeiro olha e pede para ele ir lavar as mãos (enquanto isso está olhando para o computador). O usuário me olha e vai lavar as mãos. [...] Ele retorna. O enfermeiro João me apresenta. Então ele se direciona a mim para um aperto de mão. Retribuo o aperto dizendo “Muito prazer!”. Percebo certa dificuldade na dicção, mas escuto “Prazer”. Ele se posiciona bem na minha frente e fica paralisado. O enfermeiro então diz “Anda sumido”. Ele diz “Não”. O enfermeiro diz “Eu senti saudade. Não

vem mais me vê” (ainda olhando o computador). Então o usuário diz “Você estava de férias por isso não vim mais”. João diz “mas fiquei só um mês de férias. Por que não veio antes?”. Ele ficou calado. O enfermeiro diz “Me aguarda ali fora. Não vai embora sem falar comigo”. Ele sai, olhando todos. [...] o enfermeiro continua buscando os resultados dos usuários. [...] Em silêncio, saímos da sala de reunião. Ao sairmos, vejo que o usuário sentou e pegou um livro para ficar olhando. Estava folheando. Saímos em direção aos usuários para entregar os resultados de exame (Diário de Campo. Segundo turno com enfermeiro João).

Nesse turno, o enfermeiro estava sobrecarregado de atendimentos à demanda espontânea. Para que não perdesse a oportunidade de entrar em contato, solicitou que o usuário o aguardasse. O usuário aguardou por trinta minutos. Como João não o atendeu, ele avisou que iria embora. O enfermeiro entendeu e pediu para ele retornar na outra semana. Ele concordou e se despediu.

A sobrecarga de atendimento à demanda espontânea naquele turno impediu o enfermeiro de entrar em contato com aquele usuário. Percebi que João admitiu sua limitação na escuta do usuário apenas quando o próprio avisou que não poderia aguardar mais. Além disso, esse contato superficial me fez interrogar sobre as possibilidades de seu cuidado no cotidiano, ainda que tenha percebido certa intimidade entre profissional e usuário, o que apontou para uma relação de confiança estabelecida ao longo do tempo.

O segundo caso, identifiquei a partir da observação participante com Eliane. Nosso primeiro contato com a usuária se deu em um turno à tarde a partir de um atendimento programado pela enfermeira. A seguir detalharei o início da construção de cuidado a partir de uma intervenção em crise.

Segundo caso – durante acompanhamento do cotidiano de Eliane, presenciei os atendimentos com essa usuária, uma mulher adulta jovem com questões de saúde mental. Pude observar o atendimento desenvolvido pela psicóloga do NASF junto da enfermeira. Esta estava vendo a paciente pela segunda vez, pois na semana anterior a havia recebido em uma situação de crise, em que dizia ter desejo de tirar a própria vida.

A usuária entrou no consultório de cabeça baixa, vermelha e inchada (sinais clássicos de algum tipo de reação alérgica). Eliane me apresentou e perguntou se haveria algum problema em relação à minha presença no atendimento. A usuária disse que não. Registrei em diário de campo minhas breves impressões sobre aquela cena.

[...] Foram 30 minutos de muita dor, medo e sofrimento. A psicóloga faz perguntas e a usuária vai respondendo de cabeça baixa, chorando muito. A enfermeira se emociona. Se balança na cadeira. Bate a perna. Levanta e

entrega papel para enxugar as lágrimas em um momento. Ficou em silêncio por todo tempo naquela interconsulta. A psicóloga agiu fazendo perguntas, como: como ela estava, o que tinha acontecido e se poderia dar detalhes, o que ela tem sentido, quem são as pessoas que apoiam [...] (Diário de Campo. Segundo turno com enfermeira Eliane).

Nessa interconsulta, a usuária nos contou sua história. Reconheci suas fontes de sofrimento, como a perda recente da sua mãe e dificuldades relacionadas aos seus filhos. Reforçou que são muitos “problemas em sua cabeça”. Disse-nos que tem visto e escutado sua mãe pedindo ajuda. Desse modo, vinha fortalecendo o desejo de estar com ela para ajudá-la, e somente tirando sua própria vida poderia encontrá-la.

Contou também que o remédio prescrito (psicotrópicos) no primeiro atendimento tem ajudado a dormir e não ver mais sua mãe, entretanto, ainda pode escutá-la. Ao falar sobre isso, conta como é ruim não vê-la, mas assume que gosta de dormir para “esquecer os problemas”.

No último momento da consulta, a psicóloga perguntou sobre a rede de apoio e a usuária respondeu: “Eu não tenho ninguém para conversar. Só aqui mesmo”. Chamou atenção esse reconhecimento do espaço de atendimento, o que já apontava para uma relação de confiança construída entre enfermeira e usuária, bem como, com a psicóloga.

Na segunda entrevista de Eliane, retomei a cena da interconsulta, bem como esse caso. Eliane identificou acompanhamento dessa usuária como uma prática de cuidado.

[...] [a usuária] é uma paciente que requer um cuidado psicológico muito importante. Ela tá bem melhor hoje mas se a gente, por mais que a gente se esforce, eu fazer esse acompanhamento, a especialidade é uma parte fundamental. Então a gente acaba, outro cuidado, desenvolvendo outras habilidades que são importante para o usuário para poder tentar ofertar esse cuidado para ele quando não tem o profissional que realmente deveria tá dando esse apoio. Então eu acho que isso é um cuidado que a gente tem pela vida nesse caso do paciente né?! (Segunda entrevista com enfermeira Eliane).

Eliane narrou o desafio de compartilhar casos de Saúde Mental com NASF, devido a certa limitação na agenda dos profissionais para marcarem interconsultas. A enfermeira reconheceu que, certas vezes, precisou lidar com casos complexos sem apoio. Uma vez reconhecido esse limite, percebemos que Eliane usou a mesma estratégia mencionada por João para singularizar cuidado: agendar encontros regulares em consultório com usuário para acompanhá-lo.

Recentemente, Eliane compartilhou, numa rede social, sua satisfação com esse caso: postou a foto de um presente que a usuária lhe dera (estetoscópio e esfigmomanômetro) em reconhecimento e gratidão pelo cuidado recebido. Esse pareceu um elemento sutil de

validação da possibilidade de construção e sustentação do cuidado, a despeito das dificuldades cotidianas.

Sobre a longitudinalidade do cuidado pode ser entendida, segundo documentos oficiais do ministério da saúde, como algo que se inicia a partir da adscrição dos usuários a uma equipe. A partir disso, espera-se a construção de uma relação clínica dos profissionais da equipe com a população adscrita, através de vínculo e corresponsabilização pela saúde, que se fortalece ao longo do tempo. Para tanto, é necessário que a equipe aproprie-se das histórias de vida dos usuários, acompanhando as intervenções realizadas junto aos mesmos, a fim de rever condutas sempre que necessário. Assim, a equipe se mantém como o conjunto de profissionais de referência à população adscrita (BRASIL, 2012).

Na segunda entrevista, convidei os enfermeiros a pensarem sobre como poderia ser visto o princípio da longitudinalidade no cotidiano. Maria e Eliane o associaram às linhas de cuidado, destacando o Pré-Natal e a Puericultura, processos que lhe permitiam, ao longo do tempo, acompanhar a evolução de uma gestação, bem como, crescimento de uma criança em uma família.

[...] eu vejo das mães que estão fazendo pré-natal e hoje vejo as crianças aí correndo [...] Por exemplo, o Antônio porque é Antônio José. O Antônio Alberto é o nome do pai, Antônio também. E agora, mãe tá grávida e eu fiz o pré-natal do segundo. E o primeiro filho dela eu acompanhei quando era pequenininho e agora, o do meio tá com 2 aninhos. E aí esse maiorzinho onde ele me vê no corredor ele me para, se me ver fora daqui, ele me para e fala “Tia Maria, Tia Maria”. Então assim: esse vínculo, essa questão de, de da pessoa saber que eu estou aqui e de alguma maneira eu possa tentar resolver alguma coisa, entendeu. [...] Eu tô aqui, entendeu, então eu vou andando e vou caminhando juntos com eles. O que eu puder fazer para melhorar e para conseguir, para a gente obter resultados positivos para saúde de, da maioria, pelo menos entendeu? [...] (Segunda entrevista com enfermeira Maria).

Durante a observação participante, percebemos o contato e a intimidade da enfermeira com as gestantes, bem como com as crianças, inclusive, chamando-as por apelidos. Mas também percebemos que havia certa proximidade com outros usuários associados às outras linhas de cuidado, como acompanhamento de usuários hipertensos e diagnosticados com tuberculose. Isto nos mostrou brevemente como as linhas de cuidado podem proporcionar o cuidado longitudinal pelo enfermeiro numa eSF.

Eliane havia entrado recentemente na equipe, mas observei, no dia a dia, a relação que já tinha construído com os usuários: observei, por exemplo, que alguns usuários já buscavam-na na unidade diretamente, com demanda espontânea. Foi o caso de uma púérpera que,

inclusive, não era mais acompanhada pela equipe, mas voltou para ser atendida pela enfermeira.

Já Lara disse que não conseguiria avaliar se a longitudinalidade era alcançada em seu cotidiano de cuidado, uma vez que não saberia dizer, em suas palavras, se o trabalho estava sendo feito de “forma correta” ou “eficaz”. Todavia, disse que a partir da prática holística, considerando a família como rede de apoio do usuário, conseguiria se aproximar de um acompanhamento longitudinal.

João e Diogo também afirmaram que conseguiam acompanhar longitudinalmente os usuários em seus cotidianos. A respeito disso percebi com esses enfermeiros que, esse princípio se materializava, ainda que parcialmente, através da intimidade e relação de confiança, demonstrado no encontro com o usuário. João, por exemplo, conhecia muitas das histórias de vida dos usuários e suas famílias que chegavam à unidade para serem atendidos. Narrava algumas para mim, inclusive, durante a observação participante. Isso representava, de certo modo, acompanhamento desenvolvido ao longo do tempo por esse enfermeiro.

Baratieri, Mandú e Marcon (2012) revelaram discussão semelhante em um estudo com enfermeiros na ESF do Paraná. Os autores concluíram que a longitudinalidade, entendida como acompanhamento do usuário ao longo do tempo, pressupõe o vínculo que apenas será estabelecida, através do contato continuado pelo profissional.

Chegando ao final da discussão desse eixo, durante a observação participante, reconheci que as práticas possíveis do cuidado foram aquelas em que os enfermeiros produziram certa integração entre os elementos técnicos e intersubjetivos ao exercício do cuidar.

As brincadeiras, por exemplo, permitiram perceber como os enfermeiros conseguiam, em alguns momentos, integrar rigor técnico e criatividade para apoiar necessidades afetivas e sofrimentos dos usuários, sendo um modo de apoiar os usuários para enfrentar problemas ou situações estressoras da vida. Diogo, por exemplo, usou desse elemento no atendimento com uma usuária que solicitava novos adesivos de nicotina e desabafou sobre desafio de abandonar vício do tabagismo.

[...] Abandonar o vício é extremamente difícil para usuária e ela revela para enfermeiro. Então, o enfermeiro aconselha em tom de brincadeira “quando der vontade, pega a vassoura e bate na cadeira. Você sabe que a fissura vai passar. São só alguns minutos”. A usuária diz que tem um gato. O enfermeiro então diz “só não pode ser no gato vai arranhar você toda”. Rimos (Diário de Campo. Terceiro turno com enfermeiro Diogo).

Observei também que através de gestos sutis e sensíveis, ou ainda mesmo por brincadeiras, os enfermeiros conseguiam tornar a coleta de preventivo (procedimento altamente técnico), por exemplo, em um momento menos invasivo e desconfortante para as usuárias. No momento em que se preparava para coletar o preventivo, Eliane, por exemplo, brincou com uma usuária sobre número de filhos que ela tinha, provocando risadas. Diogo, percebendo a ansiedade de uma usuária para coletar rapidamente o material colpocitológico, brincou ao dizer “o que demora mais aqui é a conversa”.

Ainda sobre momento de coleta do preventivo, Lara e Maria avisavam e pediam “com licença” antes de inserir o espécuro, ou mesmo antes de tocar suas mamas ao realizar exame clínico. Isso demonstrou novamente respeito ao toque de algo tão íntimo como corpo, bem como um equilíbrio entre a valorizando da técnica e dos elementos intersubjetivos ali presentes. Aliás, chamou atenção durante a observação participante, como Lara fazia junto com as mulheres o exame clínico das mamas, levando suas mãos delicadamente até seus seios e fazendo notar seu corpo, desenvolvendo ali uma prática de educação em saúde.

Ressalto como as consultas com mulheres me permitiram observar importantes detalhes que compunham o cuidado. Exemplo disso, era o modo como os enfermeiros faziam o toque físico ao corpo feminino também durante as consultas de pré-natal: tinham cuidado ao tocar e limpar as barrigas das gestantes e ao colocar o gel transdutor, necessário à ausculta de batimentos cardio-fetais. Lara, inclusive, ao final desse procedimento técnico, voltado à avaliação do bem-estar fetal, elogiou à barriga da gestante dizendo quanto estava bonita.

Por fim, outro elemento que sutilmente compunha o cenário de cuidado em consultório, era a música. Em um turno de atendimento com Maria, a música de fundo no consultório quebrou o silêncio produzido entre a enfermeira e usuário:

[...] um novo silêncio pós coleta. Observo um momento que aproxima: a brincadeira. Há uma música que toca ao fundo bem baixa – a enfermeira colocou no atendimento de hoje – a música é “menina veneno”. A enfermeira fala com a usuária: “Sempre cantei errado. Achava que era cor de carmim”. Clarice diz “não é cor de carne? Eu vi em um programa de TV que passou no domingo”. A enfermeira então diz ao final do registro do prontuário que Clarice vai usar pomada intravaginal por 8 dias e que não pode ter relação sexual no período. Clarice diz então “poxa vai passar justamente no dia dos namorados?”. Muitos risos nesse momento. A enfermeira então diz “cada um com seus problemas” e brinca. A usuária ri e agradece a consulta (Diário de campo. Terceiro turno com enfermeira Maria).

Considerando as discussões desse eixo, podemos afirmar que as práticas possíveis do

cuidado foram aquelas em que os enfermeiros reconheciam que conseguiam dar atenção e escuta ao usuário, bem como exercitavam a visão holística. Identifiquei esses elementos intersubjetivos, principalmente, nas visitas domiciliares. Estas também são reconhecidas como prática possível do cuidado porque propiciam aproximação do contexto social e familiar dos usuários, e permite-lhes chegar até os usuários que não conseguem acessar a clínica.

Além disso, os grupos foram reconhecidos como práticas possíveis do cuidado pela enfermagem, uma vez que propiciavam a aproximação das histórias de vida dos usuários, bem como, não havia uma pressão do tempo para escutar e dar atenção aqueles que participavam desses encontros.

De ações coletivas até ações somente com o usuário: as práticas possíveis do cuidado também foram identificadas por duas enfermeiras, como o encontro com usuário dentro do consultório, uma vez que proporcionava um espaço de atenção e sigilo ao que usuário dizia.

Como pudemos ver, de modo geral, os enfermeiros identificavam, principalmente, nos grupos e VD as possibilidades do exercício de cuidado. Mas, o consultório também se mostrou como espaço de cuidado quando os enfermeiros conseguiam, através de gestos sutis e/ou precisão técnica, acolher o usuário, reconhecer sua singularidade e resolver problemas urgentes.

Em última análise, identifiquei como o *holding* ao usuário, vem sendo uma postura sustentada pelo enfermeiro enquanto uma função cuidadora, além de ser aquela possível de ser exercida no dia a dia do trabalho em saúde – como pude exemplificar nos casos acompanhados dos dois usuários com questões de Saúde Mental. Embora saibamos do quanto é prejudicial à relação de cuidado, a manutenção dessa presença por muito tempo – para quem cuida e quem é cuidado – a partir do dia a dia dos enfermeiros, observei que esse tipo de presença implicada é o possível de ser exercido por esses profissionais no cotidiano. Isso aponta na necessidade em reflexões pelos profissionais nos motivos pelos quais não conseguem avançar nos outros tipos de presença, tomados por Figueiredo (2009), como *espelhar e interpelar*.

Tendo apresentado algumas possibilidades do cuidado, passarei para último eixo de discussão dessa dissertação que tratou sobre descrever as facilidades e dificuldades no exercício do cuidar atribuídas pela enfermagem, além do modo como os enfermeiros notavam a colaboração de outros profissionais de saúde para essa tarefa.

6.3 O “TEMPO” DO CUIDADO: AS DIFICULDADES E FACILIDADES DAS PRÁTICAS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO TIPO A NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Nesse último eixo de discussão descreverei os elementos que surgiram nas entrevistas como dificuldades e facilidades na prática do cuidado no cotidiano da enfermagem. Ao oportunizar um espaço de fala e escuta nas entrevistas, os enfermeiros expressaram livremente suas críticas e descontentamentos em relação a tudo aquilo que perpassa as tarefas de cuidado. Do mesmo modo, os profissionais também apontaram aquilo que facilitava o exercício do cuidar no dia a dia, embora fossem menos eloquentes a esse respeito.

Destarte, apresentarei as dificuldades da tarefa do cuidado agrupadas em três tópicos: a infraestrutura da unidade, o tempo e o ritmo do processo de trabalho e a relação com usuário. Posteriormente, descreverei quais foram as facilidades de cuidado atribuídas pela enfermagem, e por fim, de maneira sucinta, lançarei mão das opiniões dos enfermeiros sobre o modo como o exercício do cuidado poderia ser potencializado no dia a dia. Além disso, esboçarei, brevemente, algumas questões que apontam a saúde do trabalhador, tema pertinente e quiçá urgente para discussão no cenário da Atenção Básica, especificamente, no contexto do município do RJ.

6.3.1 As dificuldades atribuídas às práticas do cuidado

A infraestrutura da unidade

Para exercer cuidado em uma unidade de saúde é imprescindível um ambiente com recursos físicos e disponibilidade de materiais. Isto é: da climatização, até organização do espaço em consultórios, sala de imunização e curativos; do fornecimento regular de materiais de consumo até a conservação do material permanente; e da própria manutenção dos vínculos empregatícios dos profissionais em diferentes categorias, sejam da área da saúde ou não, como vigilantes, agentes de limpeza e técnicos administrativos.

Durante as entrevistas, uma das dificuldades levantadas pela enfermagem foram os recursos materiais não disponíveis para atendimentos nos consultórios. Além disso, dificuldades relacionadas aos serviços de apoio ao processo de trabalho também foram apontadas, como laboratório de processamento de exames de sangue.

[...] E a questão estrutural que ai tem que ficar revezando sala, tem sala que

não tem ar-condicionado e a estrutura, quando tá calor demais, parece um forno, mesmo uma sauna. E aí a gente tem que atender de porta entre aberta porque o ar-condicionado não funciona. E aí depois o computador que estraga, que não liga, e aí que demora a vir a fazer o conserto da máquina. Às vezes, a impressora não imprime, que tem que dá uma orientação impressa ou marcação de retorno de alguma coisa que precisa desses materiais aqui assim. Dá um problema, não conserta rápido. Às vezes a coleta que demora a ter os resultados dos exames, o laboratório que atrasa muito. E isso, às vezes dificulta o cuidado porque a gente solicita algum exame para complementar nossa avaliação ou médica, por exemplo, de algum usuário da equipe e o resultado não chega (Primeira entrevista com Diogo).

Sobre os consultórios, indispensável recordar que essa CF era uma unidade escola com circulação de graduandos, além dos próprios residentes que integravam as eSF. Assim, havia um grande número de profissionais que utilizavam as salas para consulta. Para organizar uso dos consultórios, uma escala semanal foi criada para um revezamento entre médicos e enfermeiros das equipes. Com essa divisão, durante alguns dias da semana, o enfermeiro realizava atendimentos no consultório da sua equipe, o que facilitava, já que o mesmo sabia dos materiais de consumo e permanentes que ali estavam presentes. Já quando estava em outros consultórios, a previsão e a provisão desses materiais ficavam comprometidas.

Conforme apontei em exemplos anteriores, nos dias de atendimentos às demandas espontâneas e programadas, realizados em outras salas, não raramente os enfermeiros saíam em meio à consulta para buscar algum material que faltava para realizar certo procedimento, receituários, ou, quando não, solicitavam aos usuários para os acompanharem à outra sala com mais recursos. Durante a observação participante, percebi que essas “saídas” afetavam diretamente a tarefa do cuidado, uma vez que esta era rapidamente e frequentemente interrompidas.

Num turno de acompanhamento da linha de cuidado hipertensão arterial, por exemplo, contei pelo menos três saídas da enfermeira Maria para pegar receituário impresso, levar um resultado de eletrocardiograma para médica avaliar e levar uma idosa, para outra sala, a fim de pesá-la. Nesse mesmo turno, Maria atendeu duas usuárias de demanda espontânea para coletar “preventivos”. A enfermeira saiu mais duas vezes para realizar procedimento em outra sala pois na que estava, não havia maca ginecológica.

Já Eliane, apontando também tal dificuldade à prática do cuidado, nos confidenciou que realizar atendimentos em sala com poucos recursos, em suas palavras, fazem com que “dois usuários valham por dez” devido as “saídas” que precisa fazer para reunir material

pertinente para sua consulta de enfermagem, denotando certo esgotamento físico.

[...] se eu atender um paciente aqui [sala da sua equipe], um vai ser um. Eu tenho um computador, eu tenho impressora, eu tenho meu material dentro do consultório, tenho minha balança [...] minha balança adulta. Eu tenho aqui o sonar, o foco, tenho a maca para preventivo. Se eu sair daqui, por exemplo, para atender em outra sala, que não seja o consultório, mas as outras salas que a gente utiliza, chega lá não tem balança, não tem balança pediátrica, não tem balança adulta, não tem sonar, não tem impressora, às vezes, não tem computador. Ar-condicionado para mim, como eu não gosto muito de frio, isso jamais impediria meu trabalho. Ai chega lá não tem caixinha de preventivo, não tem fixador. Ai eu vou atendo a paciente. Como a gente trabalha? [...] (Primeira entrevista com enfermeira Eliane).

Ao refletir sobre essa dificuldade na primeira entrevista, Eliane comparou o consultório de atendimentos ao ambiente de produção de hambúrguer em um *fast-food*. Disse que entendeu porque esses estabelecimentos são tão pequenos: para produzir um “bom hambúrguer” é necessário que os insumos estejam perto daquele que os faz. Do mesmo modo, na sua concepção, para desenvolver uma prática de cuidado, o consultório de atendimento, além de ser um espaço pequeno, precisaria contar com todos os materiais necessários para encontro com usuário.

Em uma unidade com modelo Acesso Avançado, o suporte de recursos mínimos como materiais de consumo num consultório, precisam ser garantidos uma vez que em um dia, o enfermeiro atenderá diferentes necessidades correspondente aos ciclos de vida. Nessa unidade, reconhecemos que as salas das eSF continham minimamente tais recursos, diferente de outras salas como ultrassonografia ou Saúde da Mulher, usadas pelos enfermeiros para atendimentos quando não estavam em suas salas de eSF.

Lara enfatiza a dificuldade de fazer, numa mesma sala, atendimentos de usuários de diferentes linhas de cuidado, tal como se prevê que pode acontecer no modelo de Acesso Avançado:

[...] quando você vai fazer algum tipo de, que seja um preventivo: se eu colocar um preventivo e uma puericultura junto, eu não consigo porque eu preciso adequar a sala. O preventivo é algo que é um material contaminado. Eu não consigo ver bebês aqui dentro enquanto eu tô colhendo preventivo. É claro que se chegar uma criança com febre, eu vou atender. Mas não é algo que eu vou fazer a puericultura da criança, vou atender aquela queixa aguda naquele momento né (Primeira entrevista com enfermeira Lara).

Ao reconhecer essa dificuldade, Lara justificou a pertinência da agenda para atendimentos às linhas de cuidado – como já mencionamos. Assim ressaltou como é importante turnos separados para atender somente mulheres e crianças já que os

procedimentos técnicos realizados com cada grupo, exigem preparação prévia da sala. Além disso a enfermeira afirmou que separar atendimentos desses grupos, garante um modo de manter um ambiente limpo para atender bebês e crianças pois, geralmente em atendimentos às mulheres, pode ocorrer a coleta do “preventivo”.

Junto a João, pude observar um importante exemplo de problema de disponibilidade de salas para atendimentos: durante uma tarde inteira ele realizou parte dos atendimentos dos usuários no auditório da unidade, sem climatização. Essa situação, esclarecida pelo enfermeiro na segunda entrevista ocorreu, pois ao retornar de férias, a escala de salas ainda não tinha sido revista já com seu nome. Desse modo, João afirmou que foi uma situação “atípica” mas resolvida pela gerência após a finalização do trabalho de campo.

Mesmo sem salas, sem recursos materiais, percebi que a enfermagem, embora se queixasse da precariedade do espaço, mantivera os numerosos atendimentos. Nenhum dos enfermeiros chegou a comentar sobre processos de busca de melhoria das condições de trabalho, como reivindicações junto à gestão da unidade ou planejamento conjunto para redistribuição de salas. No entanto, reconheci junto aos enfermeiros que a greve mobilizada pelos profissionais da ESF no município do RJ, em 2017, foi o principal movimento de reivindicação contra precariedade do ambiente de trabalho.

A greve ao final de 2017 até início de 2018, convocada por diferentes categorias profissionais, foi mobilizada como uma grande reação coletiva dos trabalhadores na ESF no município do RJ contra prefeitura e as OS, não somente devido aos atrasos recorrentes de pagamentos, mas também devido ao desabastecimento de recursos indispensáveis ao processo de trabalho em saúde, como medicamentos e outros insumos, como papel. Os enfermeiros narraram esse período como momento de maior dificuldade em relação a precariedade nas condições de trabalho.

[...] a gente entrou nesse momento de greve porque simplesmente começaram a não pagar nosso salário. O primeiro motivo para você entrar de greve é você não tá recebendo pelo seu salário, além dos outros motivos também. Não era só salário. Você não tinha condição de trabalho né, sem infraestrutura. Chegou a faltar papel. A gente não tinha papel para poder imprimir uma receita, por exemplo, seja renovação de hipertensão. Você não tinha papel. Você pegava rascunho como receituário com pedido de exame [...] (Primeira entrevista com enfermeiro Diogo).

Embora os enfermeiros reconhecessem o papel estratégico da greve nesse período, não somente na manutenção de seus direitos como trabalhadores mas, na garantia das condições dignas para exercerem o trabalho em saúde, percebi que reviveram esse momento nas

entrevistas, mais inclinados para apontarem as repercussões negativas às tarefas do cuidado. Por exemplo, João lamentou ter interrompido a implementação de um grupo de horta com as crianças de uma creche, que iniciara com apoio do NASF. Já outros enfermeiros mencionaram a dificuldade de priorizar atendimentos apenas às linhas de cuidado como gestantes, crianças e usuários com diagnóstico de tuberculose e hanseníase, sendo que, o restante da população ficou sem atendimento, o que gerou dificuldades no processo de trabalho, após a conclusão da greve, quando a rotina da enfermagem e a regularidade de todas os atendimentos foram retomadas.

Com encerramento da greve em março de 2017, a rotina de trabalho dos enfermeiros foi retomada, bem como, a regularidade dos atendimentos aos usuários. Maria e Eliane narraram que foi alto o número de usuários que retornaram com quadros descompensados, principalmente, aqueles com condições crônicas como hipertensão e diabetes.

[...] o único período que eu te afirmo que foi o pior período que eu passei foi o período da greve. Você tá aqui e [...] você não poder atender, não dá. E a gente sabia que logo depois que voltasse ia ser um “boom” absurdo porque todos os diabéticos, hipertensos descompensados voltariam. A gente só tá fazendo acompanhamento de puericultura, de pré-natal e tuberculose, o restante nada. Então você vê aquela montanha de gente chegando: diabético descompensado, hipertenso descompensado. E você fala assim “cara, o que que a gente fez?”, entendeu?! Era um momento que a gente tinha que passar [...] Mas que foi muito ruim para população, isso foi muito ruim e continua estando muito ruim para população, entendeu?! [...] (Primeira entrevista com enfermeira Maria).

Como explicado por Maria, a greve produziu efeitos no exercício do cuidado à medida que um grande número de usuários retornaram aos serviços, ao mesmo tempo e com quadros clínicos agravados pelo período que não foram acompanhados. Embora esse período tenha contribuído com tal aumento na busca dos usuários pela CF, essa característica já era dada para aquela unidade segundo os enfermeiros. Para discutir sobre isso, entrarei no segundo aspecto identificado como dificuldade: a questão do tempo e ritmo do processo de trabalho.

O tempo e o ritmo do processo de trabalho

Durante as entrevistas, Maria, João e Eliane confirmaram que um grande número de usuários buscavam diariamente os serviços da CF. Como já mencionado, os enfermeiros usavam a expressão “alta demanda” para classificar essa característica de acesso da população à unidade.

Maria afirmou que o modelo Acesso Avançado facilitou o aumento da procura dos

usuários, devido à possibilidade de buscarem a unidade espontaneamente, sem qualquer tipo de agendamento prévio. Consequentemente, gradativamente foi crescendo o número de atendimentos por dia.

Já João, explicou que, para sua equipe, a proximidade do território coberto à unidade produzia alto volume de atendimentos por demanda espontânea todos os dias. Mas, para Eliane, ainda que o território de cobertura da sua equipe se localizava no alto de um morro e mais distante da unidade, para ela, também havia uma “alta demanda” de atendimentos por demanda espontânea.

Pressuponho que, além da facilidade de acesso pela localização da unidade, a alta busca desses usuários se dava pelo vínculo construído com a própria equipe de referência, como pude reconhecer com João (há três anos na equipe) que parecia receber muito carinho e admiração dos usuários de seu território. Já para Eliane (há quatro meses na equipe), confidenciou durante a observação participante que a população construiu uma forte relação com os profissionais de saúde da sua equipe, principalmente com a médica, que está na equipe já alguns anos.

De modo geral, a alta demanda espontânea foi um indicativo de sucesso do trabalho desenvolvido pela clínica. Essa grande procura de usuários pode indicar que estes estão vinculados e têm o acesso garantido. Contudo, paradoxalmente, tal sucesso remete a uma sensação de fracasso por parte dos profissionais. Isso porque consideram que o alto número de usuários lhes tira o tempo necessário ao exercício do cuidado. Dizem que a falta de tempo produz entraves para trocar informação, prestar atenção e escutar o usuário, elementos intersubjetivos reconhecidos como sentidos de cuidado. Eliane, por exemplo, explorou como “alta demanda” acaba inclinando a prática do cuidado apenas a uma tarefa técnica, produzindo uma escuta, de certo modo, seletiva.

É nem sempre a gente consegue realmente, realmente, fazer a escuta. Numa terça-feira onde a gente atende 30, 40 pessoas aqui, a escuta ela, na verdade, você escuta mas seleciona o que vai escutar até mesmo pela realidade, pela demanda que tem. Então, se ela vem num dia muito tumultuado e me fala “ah tô triste por isso por aquilo com meu filho, com minha filha” eu não vou dá mais esse cuidado a ela. Eu vou dá cuidado se ela for diabética, olho os pés, avalio. É um cuidado mas eu vejo como cuidado técnico (Primeira entrevista com enfermeira Eliane).

Já Diogo esclareceu que “pela demanda tinha que correr”, isto é, o atendimento em consultório ao usuário, seja por demanda espontânea ou programada, ganhava um ritmo mais rápido, para que todos aqueles que aguardavam, pudessem ser atendidos no mesmo dia.

[...] tem hora que aperta né: muito atendimento, a gente acaba tendo que correr. E a questão da quantidade de usuários por equipe né?! [...] que acaba a gente não conseguindo ampliar esse cuidado com mais calma pela demanda que volta também a questão do cultural das pessoas só procurarem quando tá doente. E ai não tem outro serviço que forneça esse cuidado de imediato que daria uma folga para gente trabalhar mais outras questões, além do tratamento das doenças agudas, por exemplo né, dos agravos que são mais agudo, que a gente poderia trabalhar muito mais a questão né de ... uma consulta mais né[...] com maior, com maior quantidade de tempo por consulta porque, às vezes, a gente acaba tendo de correr pela demanda porque não tem tanto profissional para o número de usuários que a gente atende [...] (Primeira entrevista com enfermeiro Diogo).

Diogo explicou que, a seu ver, há uma relação desproporcional entre o número de indivíduos acompanhados por uma eSF e o número de profissionais, bem como, a estrutura da clínica. Como apontado anteriormente, as eSF dessa unidade, teoricamente, tinham cadastrados entre 2.500 a 3.500 usuários, como previsto pela PNAB (BRASIL, 2012a). Desse modo, Diogo entendia que não por acaso, a quantidade de indivíduos que buscavam uma eSF cotidianamente era alto. Trata-se, para ele, de um problema na própria normativa que rege a ESF.

A respeito disso, com João percebi como esse volume de atendimentos se dava na prática. Nos dois primeiros turnos em que acompanhei, ele atendeu 17 e 16 usuários, respectivamente, a maioria como demanda espontânea, o que impunha um ritmo bastante rápido aos encontros, como mostra o relato a seguir.

Ele retorna ao auditório e reporta uma reflexão para mim, mais ou menos assim: “eu tenho um turno de 5 horas. Se um atendimento leva 20 minutos, em 1 hora atendo três usuários. Então, em 5 horas, atendo 15 usuários. Até agora já tenho 16 usuários para atender. Então preciso [faz um gesto com a mão que precisa acelerar]”. Esse desabafo me faz pensar como tem sido seus três anos na unidade e como tem manejado o cuidado e o tempo [...] (Diário de Campo. Segundo turno com enfermeiro João).

Levei esse comentário do “tempo” dos encontros com os usuários para João na segunda entrevista. Após detalhar o número de usuários, bem como, o tempo de duração dos seus encontros (em torno de 10 minutos), o enfermeiro se permitiu questionar sobre suas práticas de cuidado.

O nosso turno de atendimento tem mais ou menos 5 horas. Dentro de uma hora, atendendo em 20 minutos, eu atendo três pessoas. E aí é muito questionado: Será que em 20 minutos para atendimento é satisfatório? Eu consigo e aí, agora trazendo para o que a gente vem falando, desenvolver essa prática do cuidado? De repente para alguma questão sim, para outras não [...] (Segunda entrevista com enfermeiro João).

A meu ver, a lógica do Acesso Avançado repercutia nos enfermeiros decisivamente, uma vez que seguiam o lema “faça o trabalho de hoje, hoje”. Dessa maneira, me pareceu que o “tempo” de 10 minutos era o possível de ser dado naqueles breves encontros com os usuários enquanto demandas espontâneas, não sendo pertencentes às linhas de cuidado. Até a conclusão dessa dissertação, não me apropriei de nenhuma orientação institucional do município do RJ que apontasse esse tempo para atender tais demandas espontâneas, ainda que em municípios como Curitiba, a referência da adoção desse modelo na APS, existam orientações mais explícitas sobre esse tempo de atendimento (PREFEITURA DE CURITIBA, 2014). Mas, o que observei foi uma grande dificuldade (se não uma impossibilidade) de oferecer escuta e acolhimento aos usuários quando os encontros se davam em tempos muito reduzidos.

Diogo apresentou ainda outro entrave ao cuidado, alegando que, historicamente, a população apenas buscava atendimento aos serviços de saúde quando adoecia, não sendo diferente na CF. Para ele não é possível desenvolver o cuidado, uma vez que usuários não retornavam à unidade, após resolverem as necessidades relacionadas à doença.

A meu ver, os motivos pelos quais os usuários buscam a unidade (se para curar doenças ou preveni-las) não devem impedir o exercício do cuidado. A qualidade do cuidado vai depender do modo como os profissionais acolhem a necessidade dos usuários e com ela trabalham. A opção por responder apenas à queixa (ou a impossibilidade de ampliar a escuta) pode produzir o entendimento dos usuários de que a CF é o lugar para onde devem se dirigir apenas queixas.

No entanto, João afirmou que os usuários têm buscado espontaneamente mais atendimentos, porque, de fato, estão adoecendo com maior frequência. O enfermeiro considerou que as questões sociais e econômicas que assolam a vida urbana na cidade do RJ, se relacionam com as causas do processo saúde-doença em uma comunidade.

[...] Dentro da realidade do Rio de Janeiro, o desemprego e com isso, a população fica doente, ela não tem a qualidade de vida que deveria ter com a falta do recurso financeiro. A insegurança. Paciente, morador de uma comunidade, morador do Rio de Janeiro, ele não tem segurança, ele se sente inseguro. Então isso é um outro fator que vai trazer um desequilíbrio a saúde dele, ele vai buscar assistência porque ele tem uma questão clínica ou ele tem uma questão social, psicológica para apresentar e isso é uma demanda que gera. Uma questão de políticas públicas voltadas para saneamento básico é uma outra questão. Área de cobertura ela não tem saneamento. Então esse também é uma questão. Limpeza urbana: é uma área que tem muito lixo espalhada na rua. Adoece a população, a população busca o atendimento (Segunda entrevista com enfermeiro João).

Lara, Diogo e João relacionaram a busca contínua dos usuários à clínica também à fragilidade dos serviços de urgência e emergência na região da Ilha do Governador. Mas diferentemente dos enfermeiros, parece-me que essa busca dos usuários à CF, pode refletir de certa forma, o quão certo tem se dado o papel da Atenção Básica como porta preferencial do SUS, à medida que fundamentos como vínculo e responsabilização do território, têm sido garantidos pelas eSF.

Além dos atendimentos à demanda espontânea, outra dificuldade que afetava a prática do cuidado, agora observada durante cotidiano, foi o acúmulo de tarefas exercidas pelo enfermeiro, como por exemplo, RT de enfermagem, preceptoria de graduandos e responsabilidade técnica por salas de imunização e curativos. Observei como os enfermeiros dividiam sua atenção entre tais tarefas, e os atendimentos com usuários, e, percebi certo desgaste dos mesmos ao longo de um turno ou durante a semana.

Sobre essa dificuldade, as atribuições e responsabilidades do enfermeiro perante território não eram poucas. Percebi o esforço dos profissionais em desempenhá-las, ainda que se sentissem bastante inseguros com o cenário de incerteza sobre a renovação dos contratos de gestão entre OS. Diogo e Eliane reforçaram que por serem contratados por uma OS, não havia garantia de estabilidade ao cargo, logo, poderiam ser demitidos a qualquer momento. Além disso, Diogo avançou em sua reflexão apontando que não havia garantia de substituição imediata dos profissionais que saíam da unidade, o que impactava no cuidado com a população adscrita à eSF. Isto foi revelado como uma dificuldade da prática do cuidado.

[...] e que garantia que a gente vai ter que não vão cortar mais coisa ou que vão diminuir os recursos humanos aqui da unidade? E a gente tá sujeito a isso até mesmo pela condição de contratação né que não é concurso que é terceirizado pela Organização Social então acaba que a gente fica na dependência, a qualquer momento a gente pode ser mandando embora, vai pagar multa e beleza né. E que garantia a gente tem que mês que vem vai continuar fazendo esse cuidado? Mesmo assim a gente continua acreditando que vai tendo esse serviço para os usuários (Primeira entrevista com enfermeiro Diogo).

Ainda sobre as responsabilidades da enfermagem, João e Eliane explicitaram como as tarefas administrativas inerente ao trabalho impõem dificuldades às práticas do cuidado. João comentou sobre o tempo que dedica para “gerenciar” o trabalho do ACS e para estudar, com detalhes, os protocolos clínicos de cada linha de cuidado. Na primeira entrevista, João deu exemplos de tarefas que precisa desempenhar, como gerenciar Bolsa Família, “administrar” questões relacionadas da própria equipe com a gerência da unidade, bem como,

“acompanhar” todas as linhas de cuidado em relação as consultas de enfermagem, particularmente a puericultura, durante o primeiro ano de vida da criança.

Essa dificuldade identificada como multiplicidade de tarefas, de certo modo, tem relação com papel de destaque do profissional de enfermagem no cenário da Atenção Básica. A centralização do enfermeiro na Saúde da Família, muitas vezes intitulado como “líder de equipe”, foi construída ao longo do tempo, tanto pela autonomia profissional consolidada pelas resoluções regionais e federais da profissão, quanto pela própria PNAB. Esta última, em sua revisão em 2011, ampliou o escopo das atribuições do enfermeiro, conferindo-lhe certo destaque.

Outra dificuldade apontada pelos enfermeiros foi a relação com a equipe NASF. João e Eliane apontam que nem sempre podem contar com o apoio da equipe NASF para casos complexos. Entendem que há problemas de carga horária, que impedem a compatibilidade de agendas com os profissionais do NASF, mas lamentam a dificuldade de construção de parcerias.

Ainda em relação ao processo de trabalho, outra dificuldade ao cuidado, apontada apenas por Eliane, diz respeito à falta de padronização do trabalho na Saúde da Família.

Eu costumo dizer que o grande problema da atenção básica não é ter padronização. Você entra e sai de um hospital, qualquer enfermeiro rapidinho aprende o que vai fazer ou que não vai: isso aqui é isso aqui, isso aqui, cê bota aqui. Não tem que inventar a roda, a roda tá aí. A atenção básica não tem padronização. Se você entrar aqui, for numa equipe, na outra equipe, na outra equipe, ela trabalha de um jeito, ela de outro, ela de outro. Embora aqui nessa clínica a gente tenha direcionamentos, discutidos e decidido porque tem uma reunião geral se discute fluxos [...] (Primeira entrevista com enfermeira Eliane).

Sobre isso, o estudo de Fermino et al.(2017), com enfermeiros de uma rede básica do Rio Grande do Sul concluíram que o cuidado na ESF pode ser entendido como algo a ser gerenciado, logo, se fazia necessário a padronização das atividades e protocolos. Entretanto, os autores reconheceram que essa é uma estratégia que “[...] ultrapassa o poder decisório do enfermeiro, o que reflete na necessidade de gestores públicos sensíveis a implementação que respaldem e potencializem as ações dos enfermeiros à ESF” (p.8), o que em nosso caso, no município do RJ, também se aplicaria.

A relação com usuário

Passarei agora para último aspecto identificado como dificuldade à prática do cuidado:

a relação com usuários. Assim como Diogo, Maria e Eliane queixam-se do fato de que os ainda buscam a CF apenas quando estão doentes. Esses enfermeiros inferiram que a população ainda não entendeu que modelo ESF busca também conduzir práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças no território, e não somente, ações curativas.

Eliane e Maria complementaram que ainda há certa dificuldade para exercer o cuidado ao território como um todo porque, quem acessa os serviços são sempre os mesmos usuários. Eliane trouxe um exemplo de como isso se dava no cotidiano.

Paciente, por exemplo, vem todo dia – risos – ou pelo menos uma vez por semana. E aí normalmente ele vem no dia que ele tá cheio. Esse é um paciente que se torna, realidade, um peso. Você não tem tempo para ouvir o porquê realmente dele vir aqui. Aí ele diz que tá com uma dor, uma dor no joelho. “Pô, eu já sei que você tá com dor no joelho, todo dia que você vem e você fala isso” (Primeira entrevista com enfermeira Eliane).

Podemos compreender essa dificuldade de Eliane através de duas distintas discussões. De um lado, se tomarmos como referência Cecílio (2014), entendemos que, nem sempre, os caminhos do usuário no sistema de saúde vão de acordo com o preconizado na política ministerial ou nos protocolos dos serviços. Observamos como usuário percorre os serviços de saúde da maneira pela qual entende que será capaz de “solucionar” suas necessidades. Chamado por Cecílio (2012) de “usuário-fabricador”, o usuário (re)construirá os caminhos do cuidado em saúde. O autor complementa que os profissionais de saúde e gestores do SUS precisam entender, de uma vez por todas, que os usuários mapeiam seus próprios “caminhos” de acesso ao cuidado em saúde.

[...] temos que incluir em nossos cálculos, em nossas estratégias de gestão, um usuário que batalha por sua própria conta o acesso ao que supõe ou avalia que precisa, a partir de sua experiência da doença e de experiências e informações prévias. O usuário-fabricador produz o “seu” sistema de saúde, ou uma outra lógica para o sistema de saúde que, à sua moda, subverte o discurso racionalista e racionalizador produzido por quem faz a gestão/gerência dos serviços de saúde (CECÍLIO, 2012, p.288).

Por outro lado, podemos tomar o comentário dessa dificuldade atribuída por Eliane, como algo ainda aliado ao próprio desafio da implementação dos princípios da Atenção Básica no que tange, mais precisamente, à sua capacidade resolutiva. Quando Eliane comentou sobre “usuário trazer sempre uma mesma queixa”, podemos questionar se os trabalhadores têm refletido se suas ações estão sendo resolutivas ou não. Cabe dizer que não se trata apenas da prática profissional, mas refletir se esse nível de atenção à saúde tem alcançado resolutividade às necessidades da população.

Eliane e Diogo elencaram outras dificuldades às práticas de cuidado atreladas ao usuário, como, por exemplo, quando há agendamento prévio de uma consulta e não comparecem, ou comparecem tardiamente ao atendimento marcado. Isso acaba comprometendo o tempo do encontro com outros usuários, dificultando a elaboração do cuidado.

Os enfermeiros também comentaram que dificuldades socioeconômicas dos usuários também influenciam nas práticas de cuidado enquanto uma dificuldade. Como exemplo, comentaram a impossibilidade de alguns usuários pagarem transporte para realização de exames agendados, via SISREG, em locais distantes de suas casas.

Lara comentou, ainda, sobre a fragilidade no suporte familiar dos usuários:

Acho que o que dificulta é a pessoa não ter suporte familiar. Não precisa ser um membro da família mas uma pessoa com quem ele possa contar, uma pessoa que a gente consiga também eleger para tá acompanhando né? Uma criança, por exemplo, ela precisa dos pais ativos né. Então, a gente precisa que os pais sejam né, esclarecidos. Um suporte também que esses pais precisam ter, uma retaguarda, porque, caso aconteça alguma coisa com os pais, eles também tem que ter um apoio de terceiro (Segunda entrevista com enfermeira Lara).

Os exemplos acima indicam que os enfermeiros reconhecem que suas possibilidades de cuidado, ou mesmo resultado do cuidado oferecido, são limitadas pelas condições socioeconômicas dos usuários. Trata-se de uma realidade a ser enfrentada coletivamente, através de políticas públicas consistentes. Contudo, tal visão pode gerar problemas quando a resolução e a própria causa dessas dificuldades são individualizadas e projetadas no próprio usuário. Ou seja, frente à precariedade social, os enfermeiros sentem-se impotentes e projetam no usuário a responsabilidade pela baixa resolutividade do trabalho.

Novamente, podemos perceber como a cultura contemporânea invade o cenário do trabalho em saúde, expressando em certa tendência do profissional em individualizar problemas do usuário, o que ameaça a compreensão do outro e a construção de projetos coletivos e compartilhados.

A precariedade socioeconômica do território leva Laura a identificar que o exercício do cuidado também é difícil porque obriga o enfermeiro a, constantemente, “vivenciar as mazelas do ser humano”. Sobre essa dificuldade, vejamos a seguir como isso se dava para essa enfermeira.

Então, trabalhar na Atenção Primária com ESF é algo que é muito difícil. A gente vivencia as mazelas das pessoas o tempo inteiro. Não é algo que seja agudo e você vai liberar, não. Você acaba levando muitas das coisas para sua

vida, para sua casa. Então você não consegue desfazer, eu pelo menos não consigo. [...] eu tenho usuário que eu recordo, seja do meu trabalho anterior [...] e sempre vem alguma lembrança. Então é algo que a gente acaba levando para nossa vida. E é muito difícil porque eu não consigo separar. [...] Então uma questão social é algo que me chama atenção. Então você fica com aquilo na cabeça, você fica tentando resolver, mas a gente precisa entender que a gente não consegue resolver tudo também né?! E muitas vezes a gente sente massacrado nessa questão. Então muitas vezes é complicado também porque a gente sofre junto com usuário [...] (Primeira entrevista com enfermeira Lara).

Campos (2005) faz uma reflexão sobre tal desafio cotidiano na interação do trabalhador em saúde com populações ditas “miseráveis”.

[...] Quem trabalha nesses locais sabe quão difícil resulta colocar-se em contato com tanta intensidade cotidianamente. Não estamos falando somente da já dura experiência (que podemos ter em qualquer hospital universitário) de conviver com a dor e a morte, o excesso de demanda, a falta de recursos. O grau de miserabilidade dessas populações extrapola nossa capacidade de resistência. Uma coisa é saber – em tese – que o Brasil é um país cheio de pobres. Outra bem diferente é tentar uma intervenção terapêutica com pessoas que estruturaram sua própria resistência à morte por meio de formas de subjetivação que não conseguimos compreender (p.579).

Como ressalta Campos, em contextos como o que estudamos, a miserabilidade é adicionada ao sofrimento produzido pela convivência com a dor e a morte, inerente ao trabalho em saúde. Sobre isso, Lara confessou dificuldade em dar “informações difíceis” a usuários, lembrando-se do seu constrangimento ao informar a uma paciente sobre uma lesão precursora de câncer de colo de útero: “E quando a gente também recebe esse resultado, a gente fica perdido, tentando elaborar como é que você vai falar isso para ele. Então eu prefiro que tenha um profissional junto comigo para tá dividindo isso com ele [...]” (Segunda entrevista com enfermeira Lara).

Maria indicou algo no mesmo sentido, ao dizer que para cuidar do outro é “preciso estar bem”. Isso denota como o enfermeiro considera importante certa disposição interna para desempenhar cuidado, remetendo aos elementos subjetivos inerentes a tal exercício.

Uma vez discutidos os aspectos relacionados às dificuldades da prática do cuidado, os enfermeiros pensaram como poderiam potencializar exercício do cuidar. Majoritariamente, citaram a necessidade de mais tempo estudo e aperfeiçoamento técnico. De certo modo, podemos entender como enfermeiro ainda vinculam fortemente cuidado a uma tarefa técnica. Entretanto, Campos (2005) mostra que a deficiência técnica também pode gerar sofrimento no trabalhador e, conseqüentemente, prejudicar a qualidade da relação com o usuário:

Todavia, é preciso reconhecer – no caso dos encontros assistenciais, da clínica – que sempre haverá uma dimensão técnica do trabalho envolvida [...] Digamos que o trabalhador de saúde que não conte com razoável formação técnica será submetido a mais um fator de sofrimento, a angústia que provoca o “nada saber” [...] Quando a insegurança técnica é grande, toda demanda é amplificada, não é possível discernir em relação a riscos e urgências. Tudo se torna tão intenso que, para aplacar essa angústia, tudo acaba por ser banalizado, caracterizando uma das formas da burocratização (p.578-79).

Contudo, é curioso notar que, embora reconheçam a importância de aperfeiçoamento técnico, apenas uma enfermeira apontou a necessidade de espaços para discutir casos entre pares a fim de potencializar tarefa do cuidado. Sobre isso, é importante recorrer ao estudo de Arantes (2012) que reconheceu como a educação permanente na Atenção Básica, através de espaços de escuta ao trabalhador, se torna uma potente ferramenta à compreensão dos desafios do cuidado.

No cenário estudado, não observamos práticas de educação permanente e, tampouco, a reivindicação pelas mesmas. Do mesmo modo, a gestão compartilhada do processo de trabalho, bem como a construção coletiva de soluções para os problemas enfrentados não foram mencionadas pelos enfermeiros.

O que reafirmo também é como os enfermeiros empenhavam demasiada responsabilidade pelo cuidado elaborado com os usuários, sem ponderar outros fatores contextuais que poderiam prejudicar ou potencializar essa tarefa. Enriquez e Carreteiro (2013) nos apontam como isso não é aleatório face ao contexto atual e o modo como a organização do trabalho produz um trabalhador que se responsabiliza, cada vez mais, pelos seus próprios “fracassos”, afastando qualquer tipo de responsabilidade inerente ao cenário de trabalho. Desse modo, o trabalhador incansavelmente procura se aperfeiçoar tecnicamente para manter-se reconhecido e produtivo dentro do cenário de trabalho, mantendo competitividade entre semelhantes.

Nessa atmosfera são os mais fortes que subsistem. Só eles são reconhecidos. Mas esse reconhecimento só dura se eles mantêm seus níveis de excelência. Trata-se de um reconhecimento líquido que desaparece se a eficiência se fragiliza. [...] O sujeito humano, nessas condições, torna-se assujeitado ao contexto, às ordens, que podem se modificar, e, também, infelizmente, a si próprio, quando interioriza e aceita como normal a necessidade de extrema produtividade (p.82).

Mais uma vez, a necessidade de discutir os processos subjetivos que perpassam o processo de trabalho em saúde, em nosso caso, as práticas do cuidado, devem ser

considerados como tema a ser debatido na gestão em saúde.

As dificuldades atribuídas pelo enfermeiro sobre a tarefa do cuidado, as quais pautaram-se na estrutura da unidade, no tempo e ritmo do processo de trabalho e a relação com usuário, mostrou como o profissional reflete criticamente sobre o trabalho desenvolvido no cotidiano da ESF, revelando os entraves e obstáculos que, a gestão acaba por não (re)conhecer ao impor, de forma pouco participativa, os protocolos, contratos de gestão e políticas públicas.

Embora os enfermeiros tenham reconhecido majoritariamente as dificuldades ao exercício do cuidado, também foram possíveis serem identificadas facilidades que mostrarei a seguir.

6.3.2 As facilidades atribuídas às práticas do cuidado

Os enfermeiros apontaram como facilidades no exercício do cuidar certos aspectos do processo de trabalho na Atenção Básica, como trabalho em equipe, mas também mencionaram, algo mais intrínseco ao encontro com usuário.

Ao refletirem sobre os fatores que facilitam o exercício do cuidado, foi unânime entre os enfermeiros o reconhecimento do trabalho em equipe. Maria, frisou isso ao comentar sobre o período de greve:

[...] Porque teve uma época que todo mundo tava em greve e aí em um outro momento somente agentes comunitários em greve. Enfermeiros e médicos não. E aí eu frisei isso muito com os agentes comunitários depois quando tudo passou. Enfim, eu falei “foi bom o período da greve exatamente isso: o que é uma equipe. Vocês no momento que a gente tava de greve, o trabalho de vocês paravam num ponto, depois quando inverteu a questão, quando eu não estava de greve e vocês estavam, aí a gente pode ver também como o trabalho de vocês é fundamenta”. Então assim não adianta pensar em Saúde da Família, sem ter o agente comunitário, sem ter a médica, sem ter a técnica de enfermagem, sem ter a enfermeira, sem ter o pessoal da Saúde Bucal, entendeu?! não existe [...] se eu quero ver a pessoa como um todo, como é que vou ter um pingado de equipe? Não dá, entendeu? [...] Mas não tem como, não tem como ter Saúde da Família sem ter uma equipe inteirinha, formadinha, bonitinha, coesa e andando junto e auxiliando Enfim, para mim só facilita (Primeira entrevista com enfermeira Maria).

Assim como Maria, Diogo enfatizou a importância do trabalho em equipe descrevendo um atendimento a uma adolescente, realizado junto a um ACS, para orientação sobre IST. Além disso, a meu ver, esse exemplo mostrou como pode se dar o compartilhamento, entre membros da equipe, da responsabilização pela tarefa do cuidado à população. Diogo disse

que: “É uma consulta de enfermagem mas é Saúde da Família [...] responsabilizar todos na mesma intensidade, cada um na sua função [...] seja o médico, seja ACS, seja técnico de enfermagem, a técnica, seja nutricionista, seja quem for ou a própria odonto” (Primeira entrevista com enfermeiro Diogo).

Ainda sobre trabalho em equipe, os enfermeiros trouxeram a parceria com o profissional médico como algo que facilita cuidado, devido as trocas de experiências. Durante a observação participante, pude presenciar diferentes cenas de diálogo e cumplicidade da enfermagem com os médicos da própria equipe. Eliane e Diogo exemplificam bem isso:

Minha médica não, minha médica ajuda em tudo. Ela é extraterrestre mas normalmente o médico é muito tradicional [...] Aqui não, ela ajuda, ela bota na planilha, ela faz a parte burocrática como ninguém. Então não fica só para mim. E aí ela me ajuda e muito, eu fico como um partezinha, ela fica com partezinha (Primeira entrevista com enfermeira Eliane).

Facilidade? Eu vejo que a gente tem boa, pelo menos eu e a médica da minha equipe, a gente tem boa, bom relacionamento. Quando ela precisa de alguma coisa “pô, Diogo me ajuda aí num atendimento aqui que eu tô um pouco apertado”. “Você pode adiantar isso aqui para mim, esse atendimento?” [...] Ou às vezes eu também: “pô, tem uma demanda aqui. Você tá mais tranquila agora, tem como você atender aí para mim? Porque não vou ter tempo de fazer isso”. Então a gente acaba que tem essa troca legal. Ou quando a médica da equipe não tá, a gente tem a situação médica da outra equipe poder ajudar também [...] (Primeira entrevista com enfermeiro Diogo).

Além do destaque da parceria com médico da equipe, Lara reforçou o papel do ACS na eSF e como seu trabalho no território ajuda acompanhar usuário ao longo do tempo, facilitando a prática do cuidado.

[...] a questão dos agentes comunitários de saúde que tão no território. Então a gente precisa do trabalho deles para tarem verificando no território o que de fato, se realmente o que eles dizem aqui no consultório, se realmente existe esse apoio em casa, porque muitas vezes a pessoa diz que tem mas tá com uma relação fragilizada, então, o agente, ele consegue perceber isso e trazer para equipe (Primeira entrevista com Lara).

Em um estudo realizado com enfermeiros na ESF em um município de Minas Gerais, Maciel e Lage (2011), mostram que os profissionais também reconheceram como facilitadores do cuidado, o trabalho em equipe e a atuação dos ACS.

Lara, ao apontar o papel do ACS na prática do cuidado, imediatamente relacionou outra facilidade, agora, relacionada ao próprio usuário: a rede de apoio. Aqui a enfermeira ressaltou novamente como é fundamental “suporte familiar” para usuários ampliarem suas referências de apoio, além dos profissionais de saúde. Por outro lado, também explicitou que,

quando esse apoio não existe, o cuidado oferecido é prejudicado.

A proximidade da unidade com o território também ajuda o exercício do cuidado, tal como destaca João: “[...] ponto que eu identifico como positivo é a aproximação da clínica à comunidade, é uma área próxima, colada a clínica, então, o acesso é muito fácil” (Primeira entrevista com enfermeiro João).

Importante destacar que a “proximidade do território com a CF” foi mencionado, por esse mesmo enfermeiro, também como uma dificuldade para cuidado, o que denota uma contradição no discurso pois aquilo que dificulta também facilita. Mas, trata-se de algo legítimo, considerando-se a complexidade da atuação da enfermagem na Atenção Básica.

O apoio do NASF, quando ocorre, também foi identificado como facilitador do cuidado: “[...] as vezes é necessário o NASF. A psicóloga talvez consiga ter uma sensibilidade ou consiga encontrar brechas daquele paciente porque alguns sinalizam com facilidade, outros não. E ai no corre-corre você não consegue” (Primeira entrevista com enfermeira Eliane).

Reconhecendo a potencialidade do trabalho em equipe para cuidado, a atuação da enfermagem no cenário da ESF também se destacou. Eliane elucidou como autonomia do enfermeiro no trabalho pode ser estabelecido como facilidade ao exercício do cuidado, uma vez que apenas o trabalho do médico seria insuficiente para acompanhamento de um território.

E a facilidade, eu acho que principalmente tá na profissão, falando como enfermeira. Na Atenção Básica a gente tem uma autonomia [...] você atender o paciente, poder solicitar um exame, poder fazer acompanhamento dele, uma avaliação, te dá liberdade e agiliza para paciente porque 1 médico para 3 mil e poucas pessoas, 4, 5 mil, dependendo de cada equipe, o médico não vai atingir todo mundo [...] (Primeira entrevista com enfermeira Eliane).

Além do apoio através da eSF e NASF, o apoio oferecido pela gerência da unidade, foi levantado também, por alguns enfermeiros, como facilitador do exercício do cuidado. Lara comentou como recebeu suporte da gerente para as dificuldades relacionadas as questões do RT de Enfermagem, desde o primeiro momento que assumiu a função. Já João e Diogo, destacaram a segurança e o acolhimento que a gerência oferece aos enfermeiros: “[...] Ela é conhecedora de todo cenário que envolve a equipe [...]. Então esse suporte oferecido por ela, é uma segurança que dá a mais para equipe para tá desenvolvendo com tranquilidade esse cuidado a população” (Primeira entrevista com enfermeiro João).

E a proteção também que a gerência dá para gente né. De sempre escutar a gente, independente da situação que ocorra. Então, ela sempre ouve a gente, sempre tenta valorizar nossa ação mesmo que não seja uma ação tão efetiva

mas eu acho que é bom porque te dá estímulos a tentar continuar, a fazer [...] exercer né, a atenção que a gente dá na Estratégia Saúde da Família [...] Você contar com uma gerência que te ajuda, que você, às vezes, tá com uma dificuldade chega nela “pô, Diogo seria bacana se você fizesse assim”; “o que você acha se fizesse desse jeito e tal”; “oh eu to vendo aqui pela listagem que tá faltando alguma coisa aqui. Tenta dá uma atenção maior aqui para vê se chama mais gente: mais diabéticos para grupo” ou então “dá uma olhada com mais carinho ai nesse diabético aqui, tem tanto tempo que ele não passa. Você já viu ele? o que que está acontecendo?” [...] (Primeira entrevista com enfermeiro Diogo).

Durante a observação participante, reconheci como na relação com usuário, a espontaneidade do enfermeiro facilitava prática do cuidado. Como já descrevi anteriormente, a brincadeira era um elemento subjetivo que surgia nas tarefas puramente técnicas, proporcionando uma aproximação entre enfermeiro e usuário, ainda que não existisse intimidade entre ambos.

Alguns exemplos de brincadeiras durante os encontros com usuários foram vistos: “Isso que é mulher determinada!” - diz Lara brincando no primeiro contato com uma mulher jovem na coleta do preventivo, ao vê-la tirar apressadamente a roupa no consultório. “Tá com medo da agulhada, né?” - brincou Diogo com uma gestante cujas vacinas estavam atrasadas. “Veio toda bonitona para clínica, de batom e tudo” - brincou João com idosa, que veio buscar resultados de exame.

As brincadeiras podem representar o estabelecimento do vínculo entre o enfermeiro e o usuário. Sobre isso, João valoriza a confiança construída com a população ao longo de seus anos de trabalho. Na primeira entrevista, esclareceu que o vínculo foi sendo construído pelas “promessas cumpridas” com usuários, principalmente, em relação a marcação de exames e entregas de resultados.

Além disso, a relação de confiança foi demonstrada pela intimidade dos usuários com enfermeiro a cada novo encontro: geralmente com um caloroso aperto de mão ou um abraço forte. Isso reforçou novamente como os fundamentos da longitudinalidade e vínculo do território com enfermeiro expressam o cuidado na ESF.

Por fim, breves passagens das entrevistas mostram que os enfermeiros consideram a motivação em ajudar outro como um aspecto que facilita o cuidado: Maria resgatou que sua chamada “paixão” pela Enfermagem e pela Saúde Pública explicam sua atuação naquele espaço da CF; Diogo menciona que seu objetivo, enquanto enfermeiro de uma eSF era ajudar o usuário; João falou sobre estar mais inserido no território por entender que o trabalho da

Saúde da Família consiste em propor ações de promoção da saúde com a comunidade; e Eliane narrou o papel da enfermagem em ajudar, se preocupar com outro para elaborar cuidado na ESF.

[...] Mas você pode fazer a mesma coisa, puxando para ele [usuário] que sua preocupação é com a vida dele. Quando a gente quer e tem realmente, acredita nisso, você consegue resgatar qualquer paciente. Dez anos de Atenção Básica, eu digo e respondi para elas [graduandos de enfermagem] “a gente só perde aquele paciente que a gente não quer”. “Ah deixa para lá, não quer, eu já fiz minha orientação e escrevi no meu prontuário, estou respaldado”. Mas se você quer, você vai tocar ele. E elas fizeram uma busca ativa com paciente daqui que não tava querendo vir e foram lá, fizeram um plano de cuidado para eles e no outro dia de manhã, tava o casal aqui. Ai elas “Você acha que a gente conseguiu?”. “Bom, eu não preciso responder, eles estavam aqui e se eles vieram é porque eles perceberem que sua visita, sua fala, sua conduta não era apenas porque você tinha que cumprir uma visita ou escrever no prontuário” [...] (Primeira entrevista com enfermeira Eliane).

Entendemos que essa motivação é um fator importante e bastante comum em profissões da saúde, como da enfermagem, que envolvem certo altruísmo, certa entrega. Por um lado, identificamos que gostar da profissão, bem como ter interesse em ajudar o outro é algo positivo (e até esperado). Mas por outro lado, reconhecemos isoladamente essa postura não é capaz de sustentar o trabalho em saúde e o cuidado. Como já apontamos, inclusive com comentários e argumentos disparados pelos próprios enfermeiros, o cuidado não tem como prescindir de suporte, apoio estrutural e técnico. Ou seja: ainda que essa motivação seja fundamental, nos parece que algo que perpassa as condições, a própria organização do trabalho em saúde, precisam coexistir para possibilitar as práticas do cuidado que estamos descrevendo e discutindo ao longo dessa dissertação.

Em última análise, embora não foram tão apontados ou discutidos como as dificuldades, as facilidades são elementos que devemos explorar com os enfermeiros, uma vez que podem ser potentes para discussão de como, as tarefas do cuidado podem ser cada vez mais exercitadas no cotidiano da enfermagem na ESF.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dessa dissertação, desenvolvemos uma narrativa que buscou compreender os sentidos de cuidado em enfermagem na ESF no município do RJ, a partir de um estudo de caso numa CF. Para tanto, primeiramente, descrevemos as práticas de saúde desempenhadas pela enfermagem, a fim de identificar como se davam os encontros com usuários. Assim, aproximamo-nos dos sentidos dados pelos enfermeiros ao cuidado, além de identificar suas práticas possíveis. Por conseguinte, elencamos as dificuldades e facilidades relacionadas ao exercício do cuidado.

Ao desenvolver o trabalho de campo e revê-lo em nossas análises, reconhecemos alguns efeitos de intervenção desse estudo, propiciados pela interrupção do cotidiano de trabalho, exigida pelas entrevistas algumas pausas que a observação participante acabava por impor. Nesses momentos de interrupção, os enfermeiros puderam refletir sobre a tarefa do cuidado, no que diz respeito ao contexto da ESF no município do RJ, elaborando argumentos, opiniões e críticas sobre modo como vêm conduzindo os diferentes encontros com os usuários. Puderam, ainda, se verem reconhecidos por mim, fosse através daquilo que eu questionava, ou daquilo que admirava. Acreditamos que tal reconhecimento pode ajudá-los a valorizar o trabalho que desenvolvem, num contexto em que as instabilidades salariais e de vínculos empregatícios imprimem tamanha desvalorização.

O estudo de caso mostrou que os enfermeiros organizavam uma agenda semanal de acordo com protocolos municipais, quais sejam, atendimentos individuais em consultório, visitas domiciliares e grupos. Uma vez que a unidade em que realizamos o estudo, recentemente, aderiu a abordagem Acesso Avançado, os atendimentos à demanda espontânea vêm ocupando, cada vez mais, o cotidiano desses profissionais, já que tem-se observado o aumento gradativo da busca dos serviços pelos usuários, sem marcação pré-agendada. No entanto, os atendimentos programados coexistem, principalmente, como uma prática para acompanhamento das linhas de cuidado prioritárias, pautadas na carteira de serviços da SMS-RJ.

Com os enfermeiros, identificamos sentidos de cuidado como: uma prática holística; algo indissociável aos trabalhos da enfermagem; uma tarefa técnica; algo elaborado ora modo parcial, ora modo integral; algo que beneficiava o usuário; uma prescrição de hábitos de vida; uma responsabilidade compartilhada. Acerca das práticas possíveis do cuidado em enfermagem, reconhecemos encontros com os usuários que possibilitaram ao enfermeiro

exercer atenção e escuta de diferentes necessidades dos usuários. Além disso, em determinados casos, observamos que os enfermeiros reconheciam e valorizavam a singularidade e a história de vida do usuário, considerando os elementos intersubjetivos do encontro que acontecia durante o atendimento, e conseqüentemente, não restringindo sua ação somente uma prática técnica.

Identificamos que, muito embora, as dificuldades ao exercício do cuidado estivessem mais relacionadas aos aspectos da estrutura da unidade, ao processo de trabalho e à rede de apoio em saúde, algo esteve relacionado ao próprio enfermeiro (como a menção da necessidade de melhoria da sua capacidade técnica), como também ao usuário (como avaliação dos enfermeiros de que estes tinham demandas inadequadas). Ainda a respeito das dificuldades, percebemos que o “tempo”, ou melhor dizendo, a “falta de tempo”, se desdobrou como principal “inimigo” do exercício do cuidado atribuído pelos enfermeiros.

Em relação às facilidades do cuidado, os enfermeiros identificaram tanto a potência do trabalho em eSF, quanto a parceria com os profissionais do NASF – ainda que identificassem limites nesta. Além disso, chamou atenção certos argumentos referentes ao usuário dito como facilitador dessa construção mútua que é o cuidado.

O caminho que percorrermos nesse estudo nos indicou que o desafio para o cuidado em enfermagem também diz respeito às configurações socioculturais e econômicas da contemporaneidade. A pressão produtivista acelera o ritmo das práticas de saúde, dificultando as possibilidades de cuidado. Ao mesmo tempo, a cultura individualista induz processos de responsabilizações individuais pelas dificuldades, em detrimento do reconhecimento dos problemas estruturais e da mobilização coletiva para enfrentá-los.

Nesse contexto de desafios ao trabalho na ESF, identificamos certo “descuido” da gestão municipal com os próprios enfermeiros da unidade e, de maneira geral, com os próprios trabalhadores da ESF carioca. Observamos profissionais que sustentam esforço e empenho para cuidar dos usuários, famílias e do território, submetidos a condições de trabalho precárias, atrasos de salários e insegurança quanto a permanência da ESF no município do RJ. Tratam-se de pressões e deficiências que ameaçam a saúde dos trabalhadores e geram sofrimento. Desse modo, recomendamos a necessidade da criação de mais espaços para escuta, fala e discussão entre enfermeiros sobre o trabalho em saúde na ESF, como oportunidade de compartilhar afetos que emergem do cotidiano com a população e a organização do trabalho.

Além disso, sugerimos que novos estudos em Saúde Coletiva aprofundem a discussão do cuidado com outros profissionais na Atenção Básica, considerando unidades de outras AP no município do RJ, além de outros territórios, cidades e regiões, mostrando outros limites e possibilidades do cuidado.

Propomos também que novos estudos sobre o tema do cuidado possam ser produzidos, considerando os usuários, que projetam na eSF outros sentidos de cuidado. Ademais, apontamos a importância de novas pesquisas sobre o tema da saúde do trabalhador no cenário da Atenção Básica na medida em que os enfermeiros atribuíram, em certo momento, as dificuldades ao cuidado a eles próprios, revelando sofrimento e auto-culpabilização no trabalho em saúde.

Além disso, nos pareceu necessário que novas investigações aprofundem as repercussões que Abordagem do Acesso Avançado, vêm produzindo sobre o cuidado em enfermagem em diferentes cenários da Atenção Básica no município do RJ.

Considerando o limite temporal dessa dissertação, reconhecemos que certas discussões do material empírico com o referencial teórico não foram tão aprofundadas. Mas, diante disso, reafirmamos nosso compromisso em desenvolver novas leituras interpretativas do cuidado possível em enfermagem com o material já produzido.

Por fim, esperamos que nosso estudo possa ter oferecido elementos que despertem para análises e discussões de outros casos, considerando o contexto da enfermagem na ESF no município do RJ. Desejamos, assim, contribuir para fomentar e aprofundar reflexões acerca dos sentidos de cuidado para essa categoria profissional nesse cenário de saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.637-42.maio-ago.2014.

ALBERTI, G.F. **Práticas de cuidado em uma unidade de saúde da família**: contribuições para formações de enfermeiros. 2014. 80f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2014.

ALBERTI, G.F. et al. Atributo do primeiro contato na atenção básica e práticas de cuidado: contribuições para a formação acadêmica do enfermeiro. **Texto & contexto enferm**, Santa Catarina, v. 25, n. 3, p. 1-8, 2016.

ALBUQUERQUE, P. Organização do Acesso na APS. In: Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Ciclo de Debates: Qualificação do Acesso na APS**. Apresentação. Rio de Janeiro, p.113, set. 2014.

AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto & contexto enferm**, Santa Catarina, v. 20, n. 1, p. 85–93, mar. 2011.

ARANTES, M.Q. **O cuidado em saúde**: um enfoque sob necessidades de saúde na ótica de enfermeiros(as) na estratégia de saúde da família. 2012. 119f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 560–566, set. 2010.

ARAÚJO, M.G.P. **Perfil do enfermeiro na rede básica de saúde frente à gestante com infecção do trato urinário**. 2011. 62f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2011.

ASSIS, W. D. et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, p. 38–46, fev. 2011.

AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.43-64, 2007.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: _____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva-Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2009a. p.17-39.

_____. Cuidado e reconstruções das práticas de saúde. In: _____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde

Coletiva-Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2009b. p.41-73.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In: _____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde.** Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva-Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2009c. p.75-105.

AZEVEDO, C.S. A sociedade contemporânea e as possibilidades de construção de projetos coletivos e de produção do cuidado nos serviços de saúde. In: AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C. (Org.) **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p.51-74.

BARATIERI, T.; MANDÚ, E. N. T.; SILVA MARCON, S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. **Cienc. enferm**, v. 18, n. 2, p. 11–22, ago. 2012.

BECKER, R.M. **Práticas de promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível na atenção primária.** 2017. 257f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

BONFIM, D. **Identificação das intervenções de enfermagem na atenção básica à saúde como parâmetro para dimensionamento de trabalhadores de enfermagem.** 2010. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BORTOLI, C.F.C. **Limites e possibilidades do enfermeiro na atenção pré-natal.** 2015. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2015.

BRASIL. **Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920.** Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. Diário Oficial da União, 15 set. 1920.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº648/GM 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). In: **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E. Legislação de Saúde. Séries Pactos Pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Rastreamento.** Ministério da Saúde: Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Acolhimento à Demanda Espontânea volume 1**. Ministério da Saúde: Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Procedimentos**. Ministério da Saúde: Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde**. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos (revoga as seguintes resoluções: 196/96, 404/08 e 303/00). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde: Brasília, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Práticas integrativas e complementares**. Ministério da Saúde: Brasília, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Saúde Mental**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Acolhimento à Demanda Espontânea volume 2**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013e.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013f.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Ministério da Saúde: Brasília, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção

Primária. **Estratégias para cuidado da Pessoa com doença crônica** – obesidade. Ministério da Saúde: Brasília, 2014b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015a.127p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária. **Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica** – pessoa tabagista. Ministério da Saúde: Brasília, 2015b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde**. Trata sobre especificidade da análise ética de pesquisas na área de ciências humanas e sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº2436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 03 de nov. de 2018.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.11-16, 2005.

BUSANELLO, J. et al. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. **Rev. enferm. UFSM**, v. 3, n. 1, p. 175–184, abr. 2013.

CAMPOS, G.W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde coletiva**[online], Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CAMPOS, R.O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde:uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.573-583, 2005.

_____. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1269-86, 2011.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. 88p.

_____. Doença, cura, saúde. In: CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.p.71-80.

CARDOSO, M.F.; SANTOS, A.C.B.; ALLOUFA, J.M.L. Sujeito, linguagem, ideologia, mundo: técnica hermenêutica-dialética para análise de dados qualitativos de estudos críticos

em administração. **In: XXXVII Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro. 2013.

CARVALHO, M.C.V.S.; LUZ, M.T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.13, n.29, p.313-26, abr.-jun. 2009.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, v.15, n.37, p.589-99, abr.-jun. 2011.

_____. Escolha para inovarmos na produção cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p.280-89. dez.-fev. 2012.

_____. O cuidado em saúde. In: Universidade Federal de São Paulo. Universidade Aberta do SUS. **Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental**. São Paulo: UNIFESP, 2015. 22p.

CECÍLIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.8, p.1-14, 2018.

CHAVES, A.C.C.; SILVA, V.L.A.E. Processo de trabalho e produção do cuidado na estratégia de saúde da família: a realidade de enfermeiras. **Rev. bras. ciênc. saúde**, Paraíba, v. 15, n. 3, p.249-264, dez. 2011.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução nº0545/2017**. Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. 9 de maio de 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html>. Acesso em: 29 out. 2017.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução nº5905/1973**. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. 12 de julho de 1973. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html>. Acesso em: 28 nov. 2017.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decisão Judicial restringe pedido de exames por Enfermeiros da Atenção Básica. **In: Cofen emite nota de esclarecimentos à sociedade**. Em 12 de outubro de 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-emite-nota-de-esclarecimento-a-sociedade_57063.html>. Acesso em: 04 nov. 2018.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.319-328, 2001.

Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária,

Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Fascículo Enfermagem no cuidado dos ciclos de vida no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2017.

DAVID, H.M.S.L. et al. O enfermeiro na atenção básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: MENDONÇA, M.H.M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p.337-367.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Introdução. In: DENZIN, N.K. (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUARTE, E. D. et al. Desafios do trabalho da enfermagem no cuidado às crianças com condições crônicas na atenção primária. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 648–655, dez. 2015.

ENRIQUEZ, E; CARRETEIRO, T.C. Reconhecimentos e resistência nas sociedades contemporâneas. In: **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p.75-87.

ENRIQUEZ, E. O homem do século XXI: sujeito autônomo ou sujeito descartável. **RAE-eletrônica**, São Paulo, v. 5, n. 1, Art. 10, p.1-14, jan.-jun. 2006.

FERMINO, V. et al. Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Rev. eletrônica enferm**, Goiás, v. 19, p. 1–9, 2017.

FERNANDES, M.C.; SILVA, L.M.S. Gerência do cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Rene**, Ceará, v.14, n.2, p.438-47, 2013.

FERRACCIOLI, P.; ACIOLI, S. As diferentes dimensões do cuidado na prática realizada por enfermeiros no âmbito da atenção básica. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 28–36, jan. 2017.

FERREIRA, V.A.; ACIOLI, S. O cuidado na prática do enfermeiro no campo da Atenção Primária à Saúde: produção científica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.506-9, out.-dez. 2009.

_____. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 530–535, dez. 2010.

FERREIRA NETO, et al. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.831-842, maio. 2011.

FERREIRA, V. A. **Sentidos e práticas do cuidar: os enfermeiros em Centros Municipais de Saúde do município do Rio de Janeiro**. 2009. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

FIGUEIREDO, L.C. A metapsicologia do cuidado. In: _____. **As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea**. São Paulo:Escuta, 2009.p.131-152.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T.; MELO, E.C.P. Re(ar)riscando saberes para cuidar em saúde coletiva. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. (Org.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para cuidado em Saúde Coletiva**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007a. p.85-102.

FIGUEIREDO, N.M.A. et al..Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS In: FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. (Org.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para cuidado em Saúde Coletiva**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007b.p.3-64.

FIGUEIREDO, N.M.A.; SANTOS, I; LEITE,J.L. A linguagem/cultura da saúde e da doença. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. (Org.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para cuidado em Saúde Coletiva**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007c.p.65-83.

HOCHMAN, G. A reforma da saúde pública ou quem deve ser o responsável pela 'doença que se pega?'. In: HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento – as bases da política de saúde pública no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.91-147.

KATSURAYAMA, M. et al. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Cad. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.414-419, nov. 2013.

KAWATA, L. S. et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. **Texto & contexto enferm**, Santa Catarina, v. 22, n. 4, p. 961–970, dez. 2013.

LEMOS, P.F.S. **As práticas desenvolvidas no cuidado realizado por enfermeiros: um estudo de caso na rede básica de saúde no município do Rio de Janeiro**. 2012. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, S. et al. Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v.5, n.3, p.194–202, jul. 2013.

MACIEL, L.M.; LAGE, A.M.D. O cuidado vivenciado pelo enfermeiro na equipe de saúde da família. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, Minas Gerais, v. 1, n. 4, p.445–461, 2011.

MASCARENHAS, N.B; MELO, C.M.M.; SILVA,L.A. Gênese do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925). **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.220-227, abr.-jun. 2016.

MELO, E; MATTOS, R. Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M.H.M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 95-116p.

MELO, E.; MIRANDA, L. Apoio matricial na Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: das concepções e políticas aos desafios cotidianos. In: MENDONÇA, M.H.M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 425-449p.

MICHAELIS. **Dicionário online da língua portuguesa**. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.(Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MIRANDA, A. L. P. L. et al. O cuidado de enfermagem à pessoa com síndrome de down na estratégia saúde da família. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, Minas Gerais, v. 4, n. 2, p.1076–1089, maio 2014.

MIRANDA, L. **Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos**. 2009. 290f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2009.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.116, p.14, jan.-mar. 2018.

MURRAY, M.; BERWICK, D.M. Advanced Access: reducing waiting and delays in primary care. **JAMA**, EUA, v. 289, n.8, p.1035-40, feb. 2003.

OGUISSO, M.T. História da legislação do exercício da enfermagem no Brasil. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53,n.4, p.197-207, abr.-jun. 2001.

OLIVEIRA, A.M.S.; MENEZES, T.M.O. A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 513–518, ago. 2014.

OLIVEIRA, F.S. **Assistência pré-natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, Rio Grande do Sul: um estudo avaliativo**. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

Observatório de Tecnologia em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS). Clínica da Família. In: **Clínicas das Família inauguradas**. 2017. Disponível em: <<http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/clinicasdafamilia/clinicas-da-familia-inauguradas>>. Acesso em: 21 out. 2017.

Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro (PREFEITURA). **Decreto Lei nº 30.780, de 2 de junho de 2009**. Aprova o Regulamento Geral de Qualificação e Contratação das

Organizações Sociais no âmbito da Administração Direta e Indireta do Município do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Município. 03 jun. 2009.

PREFEITURA DE CURITIBA. Secretaria municipal de saúde de Curitiba. Departamento de Atenção Primária à Saúde. Coordenação do Acesso e Vínculo. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. Cartilha. Curitiba, p.29, maio. 2014.

RÉGIS, C.G.; BATISTA, N.A. O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências. **Rev. Bras. Enferm.**, v.68, n.5, p.830-36, set.-out. 2015.

RESENDE, J.O. et al. Assistência do enfermeiro ao idoso na estratégia de saúde da família. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, Minas Gerais, v. 5, n. 3, p. 1831–1843, dez. 2015.

ROCHA, F.C.V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186–191, jun. 2011.

RIZOTTO, M.L.F. A origem da enfermagem profissional no Brasil: determinantes históricos e conjunturais. In: **Grupo de Estudos e Pesquisas, História, Sociedade e Educação no Brasil**. Navegando na história da educação brasileira. Campinas: UNICAMP. HISTEDBR, 1999.19p. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/artigos_pdf/Maria_Lucia_Frizon_Rizzotto_artigo.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

SÁ, L.D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356–363, abr. 2012.

SÁ, M.C. **Em busca de uma porta de saída**: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. 2005. 459f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

_____. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.** São Paulo, v.13, supl.1, p.651-64, 2009.

SÁ, M.C.; AZEVEDO, C.S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C (Org). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde**: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.p.33-50.

SANTOS, E.I. et al. Integralidade nas práticas de cuidado do enfermeiro no contexto da atenção básica. **Rev enferm UFPE online**, Pernambuco, v.5, n.4, p.1054-63, 2011.

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ). Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços**: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SUBPAV-SAP, 2011.

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ). Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: SUBPAV-SAP, 2016.

SILVA, G.B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989. 143p.

SILVA, K.M. **A consulta de enfermagem ao idoso no contexto da estratégia de saúde da família**. 2012. 132p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SILVA, K.M.; SANTOS, S. M. A. DOS. The nursing process in family health strategy and the care for the elderly. **Texto & contexto enferm**, Santa Catarina, v. 24, n. 1, p. 105–111, mar. 2015.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). **Contrato de Gestão**. 2014.

Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2761838/4144586/CG0302014VIVARIOCAP3.1eUPAAlemao.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). **Reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde: estudo para otimização de recursos**. 31 out. 2018. Disponível em:<<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/REORGANIZA%C3%87%C3%83O-DOS-SERVI%C3%87OS-DE-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-A-SA%C3%9ADE-ESTUDO-PARA-OTIMIZA%C3%87%C3%83O-DE-RECURSOS.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). **Linhas de cuidado: uma breve introdução**. 2018. Disponível em:<www.rio.rj.br/web/sms/saude-presente>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SIQUEIRA, D.R. et al. **Processo de trabalho no contexto gerencialista: contradições vividas pela Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. 2017. 173f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SOUSA, D. A. et al. Cuidado ao portador de transtorno mental sob a ótica do enfermeiro da atenção básica. **Cult. cuid**, v. 17, n. 37, p. 72–83, dez. 2013.

SOUSA, J.C. **Cuidados do enfermeiro à lésbica na estratégia de saúde da família**. 2015. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

VENANCIO, E.Q. et al. A percepção do enfermeiro da saúde da família sobre saúde bucal na gestação. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 10, n. 4, p. 812–819, dez. 2011.

VILELA, S.C.; CARVALHO, A.M.P.; PEDRÃO, L.J. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de

Janeiro, v. 22, n. 1, p. 96–102, fev. 2014.

WALDOW, V. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.3,n.2, p.7-10, jul.-dez. 1998.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa I**ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE I**

- Conte-me sobre sua trajetória acadêmica e profissional até chegar nesta Clínica da Família.
- Fale sobre seu trabalho no cotidiano desta Clínica da Família.
- Fale sobre exemplos de cenas de cuidado em seu cotidiano nesta Clínica da Família.
- Considerando seu trabalho no cotidiano desta Clínica da Família, o que você diria que pode ser visto como cuidado? Por quê?
- Fale sobre aquilo que dificulta e/ou contribui no cuidado em seu cotidiano nesta Clínica da Família.
- Fale sobre aquilo que a equipe de Saúde da Família dificulta e/ou contribui no cuidado em seu cotidiano nesta Clínica da Família.
- Como você se sente no dia a dia do trabalho nesta Clínica da Família?
- Tem algum assunto que gostaria de acrescentar?

APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa II**ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE II**

- Considerando todo seu dia a dia vivido nesta semana, gostaria de retomar com você algumas questões que abordei na primeira entrevista. Por exemplo, nesta semana em que situações representam para você práticas de cuidado?
- O que seriam para você momentos em que predominaram práticas de cuidado?
- Como você imagina que sua prática poderia ser potencializada, melhorada para o exercício do cuidado? O que você sente que vem atrapalhando seu exercício de cuidado?
- Como você vê na sua prática, o acompanhamento longitudinal dos usuários e famílias?
- Tem algum assunto que gostaria de acrescentar?

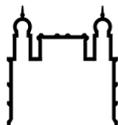
APÊNDICE C – Instrumento de pesquisa III

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

*Foram observadas apenas as atividades do enfermeiro que envolveram cuidado diretamente aos usuários e famílias.

- Atividades de cuidado aos usuários e famílias que a(o) enfermeira(o) exerce ao longo da semana na Clínica da Família.
- Modo como essas atividades são organizadas ao longo da semana da(o) enfermeira(o), e possibilidades de atenção a demandas espontânea e programada.
- Em cada uma dessas atividades, o modo como a(o) enfermeira(o) recebe o(s) usuário(s) e como se dirige a ele(s).
- Modo como a(o) enfermeira(o) se relaciona com os membros da sua própria equipe de Saúde da Família e/ou outros profissionais de saúde da Clínica da Família durante suas atividades assistenciais.
- Comentários formais e informais, bem como brincadeiras, desabafos ou outras formas de expressão que a(o) enfermeira(o) faz sobre suas práticas de cuidado aos usuários e famílias, durante as consultas e atividades, bem como, nos intervalos (sejam tais comentários feitos com os próprios usuários, com colegas ou com a pesquisadora).
- Cenas que indicam a possibilidade da(o) enfermeira(o) propiciar a expressão e reconhecer a singularidade da experiência dos usuários.
- Modos como se expressam na esfera interativa aspectos do vínculo e afetos dos usuários.
- Modos como enfermeira(o) lida com a passagem do tempo durante a cena de cuidado (por exemplo a identificação de elementos que pressionam o ritmo do atendimento).
- Modos como se expressam possíveis pressões advindas do modelo produtivista e gerencialista (por exemplo pressão de cumprimento de metas de procedimentos)

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada(o) participante,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa “**Sentidos de cuidado da enfermagem no modelo Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**”, desenvolvida por **Thaís de Almeida Brasil**, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora **Dr.ª Lilian Miranda**. O **objetivo geral** do estudo é: Compreender os sentidos de cuidado da(o) enfermeira(o) no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto do município do RJ.

O convite a sua participação é porque você é enfermeira(o) integrante de uma equipe de Saúde da Família na unidade de saúde escolhida para esta pesquisa. Sua participação é **voluntária**, isto é, ela não é obrigatória. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como, retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Em relação à sua **participação nesta pesquisa será de dois modos**. O **primeiro modo da sua participação será você** permitir a pesquisadora responsável observar sua rotina de trabalho na unidade de saúde por até uma (1) semana, cujo objetivo será para anotar informações e impressões pela pesquisadora responsável sobre as práticas de saúde e o cuidado exercido pela(o) enfermeira(o) no modelo Estratégia Saúde da Família. Essa observação será apoiada por um roteiro com questões relacionadas ao trabalho cotidiano da(o) enfermeira(o) no modelo Estratégia Saúde da Família. O período de observação será agendado previamente com você. Em qualquer momento, por sua solicitação verbal, a pesquisadora responsável poderá interromper esta observação caso você se sinta desconfortável. Se isso ocorrer, a pesquisadora responsável estará disponível para acolhê-lo e para conversar sobre o desconforto.

Já o segundo modo da sua participação, você responderá questões abertas em que serão feitas a você em **duas entrevistas em profundidades** conduzida **apenas** pela pesquisadora responsável desta pesquisa. Cada entrevista será apoiada por um roteiro semiestruturado em que tratarão sobre as práticas de saúde e o cuidado exercido pelo enfermeiro no modelo Estratégia Saúde da Família.

A primeira entrevista ocorrerá antes de iniciar a observação da sua rotina de trabalho na unidade de saúde. Já a segunda entrevista ocorrerá após a observação da sua rotina de trabalho na unidade de saúde. O objetivo da realização de duas entrevistas é refletir em profundidade sobre o cuidado nas práticas de saúde exercido pelo enfermeiro no modelo Estratégia Saúde da Família.

As entrevistas serão agendadas previamente com você – local e hora – e somente serão gravadas por aparelho eletrônico de voz caso tenha sua autorização prévia. O tempo de duração de cada entrevista é de aproximadamente uma (1) hora.

Em relação a **confidencialidade e privacidade das informações por você prestadas é assegurado** o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos. Quaisquer informações por você prestadas que possam identificá-la(o) serão preservadas pela pesquisadora responsável sendo omitida.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a discente (pesquisadora responsável) e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será armazenado em local seguro, ficando sob a responsabilidade da orientadora da pesquisa por cinco (5) anos, para utilização em pesquisas futuras, conforme Resolução nº466/2012 e Resolução nº510/2016 e orientações do Comitê de Ética

em Pesquisa/ENSP-FIOCRUZ e Comitê de Ética em Pesquisa/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Ao participar da pesquisa você corre o risco de sentir algum constrangimento ou desconforto emocional. Se isso ocorrer, a pesquisadora responsável estará disponível para acolhê-lo e para conversar sobre o desconforto. Além disso, você poderá interromper as entrevistas e/ou período de observação, retomando quando e se quiser.

Os participantes dessa pesquisa não serão remunerados e não terão qualquer recompensa material. Por outro lado, devem se beneficiar indiretamente, porque espera-se que o estudo contribua com a reflexão da prática do cuidado da(o) enfermeira(o) no modelo Estratégia Saúde da Família no contexto do município do RJ.

Os resultados serão organizados sob o formato de uma Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública defendida publicamente na ENSP-Fiocruz e poderão ser apresentados em eventos científicos ou publicados em artigos científicos. Insta frisar que os resultados serão apresentados aos participantes em relatórios individuais após a defesa da Dissertação.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para a discente (pesquisadora responsável). **Todas as páginas deverão ser rubricadas por você e pela discente (pesquisadora responsável), com ambas as assinaturas apostas na segunda e terceira página deste termo.**

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP-FIOCRUZ e/ou Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O Comitê de Ética é formado por um grupo de pessoas e é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e assim, contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **“Sentidos de cuidado da enfermagem no modelo Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro”** e concordo em participar.

Orientadora da Pesquisa

Professora e Pesquisadora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

Telefone: (21)25982600/ (21)982811291

E-mail: lilian.miranda@ensp.fiocruz.br/limiranda78@hotmail.com

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480-DAPS/ENSP - 7º Andar - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Pesquisadora Responsável

Telefone: (21)997512606

Mestranda em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

E-mail: thaisbrasil@gmail.com

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480-DAPS/ENSP - 7º Andar - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /Fundação Oswaldo Cruz

Telefone: (21) 25982863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br /Site:<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manginhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Comitê de Ética em Pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br/Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401- Centro – RJ/CEP: 20031-040.

- Autorizo a gravação da entrevista.
- Não autorizo a gravação da entrevista.

Rio de Janeiro, ____/____/____.

(Assinatura do Participante da Pesquisa)

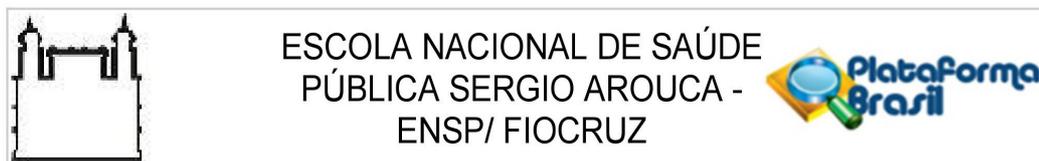
(Assinatura da Pesquisadora Responsável)

APÊNDICE E - Eixos de análise e núcleos argumentais

Eixos de Análise	Núcleos Argumentais
As práticas de saúde da enfermagem	Atendimentos à Demanda Programada (Linhas de Cuidado) e a Demanda Espontânea e as “Queixas Agudas”;
	Acolhimento <i>versus</i> Triagem;
	A influência do Acesso Avançado na agenda semanal do enfermeiro;
	A centralidade do papel do médico para prescrição de medicação;
	Atendimentos aos beneficiários do Programa Bolsa Família e a “Agenda Aberta”;
	Acompanhamento dos usuários com questões de Saúde Mental e o trabalho com NASF.
	As listas e os indicadores de acompanhamento como influência na organização dos atendimentos durante a semana;
	Grupos e Visitas Domiciliares.
Sentidos de cuidado	Cuidado holístico;
	Cuidado como “tudo”;
	Cuidado como tarefa técnica;
	Cuidado parcial e integral;
	Cuidado como “mercadoria”;
	Cuidado prescritivo;
	Cuidado compartilhado.
Práticas possíveis do cuidado	Práticas de saúde que representavam cuidado para enfermeiro: Grupos, Visitas Domiciliares, “dentro do consultório”, as consultas de puericultura e pré-natal, e as ações na comunidade;
	Acompanhamento longitudinal;
	A construção do vínculo com usuário;
	Estratégias de singularização do cuidado e integração entre os elementos intersubjetivos e técnicos.
Dificuldades atribuídas as práticas do cuidado	A estrutura da unidade;
	O tempo e o ritmo do processo de trabalho;
	A relação com usuário.
Facilidades atribuídas as práticas do cuidado	Trabalho em equipe;
	A proximidade da unidade com o território;
	Rede de apoio do usuário;

	Apoia da gerência;
	Recursos subjetivos do enfermeiro;
	A relação de confiança do usuário com enfermeiro;
	A motivação de ajudar outro.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa I

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Sentidos de cuidado da enfermagem no modelo Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Pesquisador: THAIS DE ALMEIDA BRASIL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81987318.2.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.496.758

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa II

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sentidos de cuidado da enfermagem no modelo Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Pesquisador: THAIS DE ALMEIDA BRASIL

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 81987318.2.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.644.775

ANEXO C – Carta de anuência para realização da pesquisa



PREFEITURA DA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

A Coordenação de Geral de Área Programática 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio ao projeto de pesquisa de extensão: **“Sentidos de cuidado da enfermagem no modelo Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Thaís de Almeida Brasil, mestranda no Programa de Pós Graduação Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Osvaldo Cruz, orientada pela Professora Dra. Lilian Miranda.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como docente da Instituição Proponente, concedemos a anuência para realização nas unidades de saúde Clínica da Família Maria Sebastiana de Oliveira, Clínica da Família Assis Valente e Clínica da Família Wilma Costa. Essas últimas duas unidades compõe amostra de reserva, segundo metodologia do projeto.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o referido relato somente poderá ser divulgado em revistas e eventos científicos mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 21/12/2017.

Mariana Scardua
Coordenador Geral
S/SUBPAV/CAP3.1
Matricula 51/295.189-5