

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>

ENFERMEIRA COMO PROTAGONISTA DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFERENTES OLHARES ANALISADORES¹

Simone Santana da Silva², Marluce Maria Araújo Assis³, Adriano Maia dos Santos⁴

¹ Artigo extraído da dissertação - Processo de cuidar da enfermeira na estratégia saúde da família e suas interfaces com a rede de saúde pública em dois cenários da Bahia, Brasil: fragilidades e potencialidades, parte do projeto - Acesso com qualidade aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo n. 483297/2011-9), apresentada em 2014.

² Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Educação da Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. E-mail: simone_ssilva1@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: marluceassis@bol.com.br

⁴ Doutor. Professor do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: adrianouefs@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: discutir como os sujeitos sociais (equipe de saúde, de enfermagem, dirigentes e usuários) visualizam as práticas de gerenciamento do cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família.

Método: estudo qualitativo, com dados obtidos por meio da entrevista semiestruturada (102 pessoas) e observação da prática (11 unidades de saúde da família) e analisados através da análise temática de conteúdo e fluxograma analisador.

Resultados: o estudo revelou que o gerenciamento do cuidado é marcado pelo protagonismo da enfermeira, que assume a resolução dos problemas e, para isso, desenvolve estratégias de cuidado baseadas em ações programáticas e educação em saúde. Tal realidade evidencia as múltiplas ações da enfermeira e sugere a abertura de possibilidades de ampliação da autonomia com corresponsabilidade.

Conclusão: a prática de gerenciamento do cuidado envolve múltiplas ações, o que exige atuações compartilhadas entre a equipe de saúde e de enfermagem, a partir da escuta qualificada das necessidades dos usuários.

DESCRIPTORIOS: Administração dos cuidados ao paciente. Cuidados de enfermagem. Enfermagem em saúde comunitária. Enfermagem em saúde pública. Serviços de saúde. Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

THE NURSE AS THE PROTAGONIST OF CARE MANAGEMENT IN ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFFERENT ANALYSIS PERSPECTIVES

ABSTRACT

Objective: discuss how the social subjects (health team, nursing team, managers and users) visualize the care management practices of the nurse in the *Estratégia Saúde da Família*.

Method: a qualitative study was undertaken, in which the data were collected through semistructured interviews (102 persons) and practical observation (11 family health services) and analyzed through thematic content analysis and an analysis flowchart.

Results: the study reveals that the care management is marked by the nurse's protagonist role, who takes charge of problem solving and, therefore, develops care strategies based on program actions and health education. This reality evidences the nurse's multiple actions and suggests the creation of possibilities to expand the autonomy with co-accountability.

Conclusion: the care management practice involves multiple actions, demanding shared activities between the health and nursing teams, based on qualified listening to the users' needs.

DESCRIPTORS: Patient care management. Nursing care. Community health nursing. Public health nursing. Unified health system. Family health strategy.

ENFERMERA COMO PROTAGONISTA DEL GERENCIAMIENTO DEL CUIDADO EN LA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFERENTES MIRADAS ANALIZADORES

RESUMEN

Objetivo: analizar cómo los sujetos sociales (equipo de salud, enfermeras, administradores y usuarios) visualizan las prácticas de gestión de la atención de enfermería en la *Estratégia Saúde da Família*.

Método: estudio cualitativo, en el que los datos se obtuvieron por medio de entrevistas semiestructuradas (102 personas) y observación de la práctica (unidades de salud 11 de la familia) y se analizaron mediante análisis de contenido temático diagramas de flujo.

Resultados: el estudio muestra que un manejo cuidadoso está marcado por el papel de la enfermera, que asume los problemas y, por lo tanto, desarrolla estrategias de atención con base en las actividades del programa y la educación sanitaria. Esta realidad resalta las múltiples acciones de enfermería y sugiere la apertura de posibilidades para la expansión de la autonomía con responsabilidad.

Conclusión: la práctica de la gestión del cuidado implica múltiples acciones, lo que requiere acciones compartidas entre la salud y el personal de enfermería, de la escucha calificado para las necesidades de los usuarios.

DESCRIPTORES: Gestión de la atención al paciente. Cuidados de enfermería. Enfermería en salud comunitaria. Enfermería de salud pública. Servicios de salud. Sistema de salud. estrategia de salud Familiar.

INTRODUÇÃO

A prática de saúde no Brasil revela-se em ações de atenção aos processos de adoecimentos, marcada por ações curativas e individuais e em ações voltadas para a promoção da saúde, com intervenções preventivas orientadas por linhas temáticas programáticas.¹ Assim, práticas fundamentadas na produção de um cuidado integral são constituídas em consonância com os princípios da universalidade e da equidade, na composição do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais argumentos coadunam com a “imagem-objetivo”² de práticas integradoras e interdisciplinares esperadas para uma boa organização dos serviços na Estratégia Saúde da Família (ESF), indicando uma atenção à saúde resolutiva e de qualidade. Salienta-se que o cuidado se configura como o resultado dessas práticas integrais que impactem diretamente na situação da saúde e autonomia das pessoas, e ainda nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.² O movimento se orienta, portanto, pela necessidade de difusão do conceito ampliado de saúde a partir dos cuidados primários, da organização social e da produção articulada às lutas populares por mudanças. A Saúde da Família, como estratégia orientadora da Atenção Primária em Saúde (APS), seria pensada e edificada como defensora da necessidade de organização dos sistemas com base nos principais problemas de saúde de cada nação. Nesse contexto, há uma defesa pelo envolvimento das ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com serviços de densidades tecnológicas diferenciadas, em equipes de trabalho voltadas para população de território definido. Propõe, desse modo, práticas integrais que tenham como premissas a atenção às pessoas e à gestão

(democrática e participativa), traduzidas em trabalho em equipe, situando o usuário no centro do processo de cuidar.³

As práticas de enfermagem, por sua vez, buscam interfaces com outras práticas, ainda que o objeto central de intervenção se oriente pelo gerenciamento do cuidado. No entanto, são necessárias alternativas mais criativas que ultrapassem a “racionalidade gerencial hegemônica”.^{4:2338} Nessa direção, o processo de trabalho da enfermeira pode revelar uma realidade de ampla possibilidade inventiva, construída cotidianamente em ato, traduzido em “trabalho vivo”.⁵ Refere-se à potência do exercício cotidiano de fazer e pensar em saúde e da sua alta governabilidade frente à produção do cuidado. Assim, pode funcionar como dispositivo de formação de fluxos conectivos que transitam por territórios diversos e pode assumir características de multiplicidade e heterogeneidade. Contudo, devido à sua capacidade de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito peculiares, consegue encontrar novos territórios de significações.⁵

Os desafios decorrem da busca de uma atitude que potencialize a acolhida e estabelecimento de vínculo, ressignificando o exercício cotidiano do processo de cuidar, por meio da intervenção partilhada entre equipe, usuário e família, a partir da compreensão da APS como porta de entrada preferencial da rede de atenção.⁶

Estudos internacionais⁷⁻⁹ discutem o gerenciamento do cuidado, com ênfase na esfera hospitalar, com análises voltadas para a organização do atendimento e orientações para o autocuidado, em um contexto de transição epidemiológica e demográfica no mundo. Tais estudos sugerem a necessidade da mudança no modelo de atenção, na perspectiva de

prestação de cuidados mais complexos e prolongados, com valorização da autonomia dos usuários e famílias. A atuação da enfermeira teria que orientar a constante busca pelo desenvolvimento de estratégias que superem os desafios de uma gestão do cuidado burocratizada para potencializar um trabalho corresponsável por meio do autocuidado.⁹

Os estudos nacionais e atuais sobre o gerenciamento da enfermeira, também são escassos, sobretudo no âmbito da APS. Tais estudos, em grande parte, estão voltados para a gestão da área hospitalar, com ênfase nas emergências,¹⁰⁻¹² ou como os conflitos se manifestam no trabalho em equipe e a importância do exercício gerencial do enfermeiro no hospital.¹³

Dessa forma, o objetivo deste estudo é discutir como os sujeitos sociais (equipe de saúde, de enfermagem, dirigentes e usuários) visualizam as práticas de gerenciamento do cuidado da enfermeira na ESF. Propõe-se, assim, apresentar os diferentes olhares analisadores sobre a prática da enfermeira na ESF. Acredita-se que tal conhecimento possa contribuir para refletir e buscar alternativas para uma prática mais integral e interdisciplinar, na atenção às necessidades dos usuários e famílias.

MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa, realizado mediante entrevistas semiestruturadas e observações sistemáticas da prática. O campo empírico foi composto por 11 Unidades de Saúde da Família (USFs), em dois municípios brasileiros, localizados no Estado da Bahia: sete no município 1 e quatro USF no município 2. O primeiro município tinha uma população de 556.642 habitantes e 86 equipes da ESF; e o segundo, de 90.985 habitantes e 20 equipes da ESF. A cobertura populacional é de 52,23% e 77,84%, respectivamente.¹⁴

Os participantes da pesquisa foram divididos em quatro grupos de representação: 34 membros da equipe de saúde (médicos, dentistas, agentes comunitários de saúde - ACS, auxiliar em saúde bucal e recepcionistas), 15 da equipe de enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem), 16 dirigentes da APS (secretário municipal de saúde, coordenador da rede básica, coordenador do ACS e ESF, supervisores e referências técnicas) e 37 usuários. A equipe de enfermagem foi analisada separadamente da equipe de saúde. Esta opção consistiu em demarcar o sentido atribuído ao gerenciamento do cuidado, por se constituir em objeto central de intervenção da enfermeira, ainda que se compreenda

que a equipe de enfermagem é parte da equipe de saúde. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.

Os critérios de inclusão foram: trabalhadores de saúde e dirigentes com mais de seis meses de atuação na ESF ou no cargo; usuários maiores de 18 anos que residissem no território da unidade; e ESF com equipe de saúde bucal implantada. Assim, o quantitativo de sujeitos da pesquisa foi definido pela repetição dos elementos comuns presentes nos discursos, por meio dos critérios de exaustividade, representados pelos dados empíricos apreendidos no processo de coleta e ordenação dos dados.

Utilizaram-se roteiros compostos por temas norteadores para entrevista semiestruturada e para observação sistemática da prática. Para as entrevistas foram organizados três tipos de roteiros, com questões comuns (acesso aos serviços de saúde e articulações entre dirigentes, trabalhadores e usuários) e específicas (fluxo do atendimento e práticas de saúde e de enfermagem). No grupo composto pelos dirigentes do SUS, as questões específicas versaram sobre sistema de atendimento, encaminhamentos para outros serviços envolvendo a tomada de decisão institucional e o fluxo do atendimento, entre outros, compondo 11 temas norteadores. Para a equipe de saúde e enfermagem foram utilizados como temas específicos: práticas da equipe e de enfermagem em relação à demanda interna por atendimento em diferentes linhas de cuidado, realização de procedimentos e práticas de promoção à saúde e prevenção de agravos, resolução de problemas que dependem de outros serviços da rede de atenção, entre outros, totalizando 18 temas.

Um terceiro roteiro foi empregado para os usuários do SUS, complementado com temas específicos: acesso comunicacional, formas de acesso e participação social, entre outros, compondo ao todo 13 questões, entre as comuns e específicas. Para a observação sistemática, o roteiro foi composto por 23 itens relacionados ao acesso aos serviços de saúde, fluxos do atendimento, acesso às práticas da equipe de saúde e enfermagem e articulações entre os sujeitos sociais. As entrevistas com as equipes foram realizadas por meio de uma amostragem intencional e com os usuários foi feita a amostragem aleatória no ato da observação na recepção da USF, momento em que esperavam o atendimento da equipe de saúde. Os usuários eram escolhidos para serem entrevistados, independente de que tipo de atendimento iria receber ou qualquer conhecimento prévio da demanda/necessidade. A duração das

entrevistas foi variável entre três minutos e uma hora. Para a observação, adotou-se um fluxograma analisador, representado na figura 3, inspirado em outra produção,⁵ no intuito de facilitar a apreensão dos elementos subjetivos que atravessam a produção da prática, presente nos diferentes momentos de fluxo dos usuários no serviço. As entrevistas foram armazenadas em gravador portátil e arquivadas em CDs. Nenhuma das entrevistas realizadas foi descartada.

Para compor a análise do material empírico, utilizou-se também a análise temática de conteúdo.¹⁵ Na ordenação, foram feitas leituras flutuantes para impregnar-se pelo conteúdo do material de campo e síntese vertical de cada unidade de análise. Em seguida, na classificação dos dados, foram identificadas as “estruturas de relevância”¹⁵ em relação aos olhares dos diferentes participantes do estudo. Primeiramente, foram selecionadas as unidades temáticas dispostas em quadros analíticos e organizadas individualmente por grupo, entrevistado e município. Em seguida, para uma melhor apreensão da essência do conteúdo, realizaram-se sínteses horizontais das entrevistas por grupos entrevistados, relacionando essas com os núcleos de intervenção, separados por municípios, o que permitiu refinar o material empírico. Na síntese horizontal, foram demarcadas as convergências e complementaridades das diferentes representações. As informações da observação sistemática, por sua vez, foram entrecruzadas com as sínteses dos grupos de cada município. Na análise final, os dados foram interpretados e articulados com a base teórica do estudo.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA (parecer 73485/12 e CAAE 05549512.2.0000.0053) e autorizado pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios.

RESULTADOS

As sínteses analíticas são representadas nas figuras 1, 2 e 3. Os dados empíricos evidenciam convergências (Figura 1) nos discursos dos entrevistados e denotam que o gerenciamento do cuidado desenvolvido pela enfermeira engloba ações que partem da resolução de problemas, implementação de estratégias de cuidado e educação em saúde, revelando, ainda, a participação das Instituições de Ensino Superior (IESs) como parceiras em tais

estratégias.

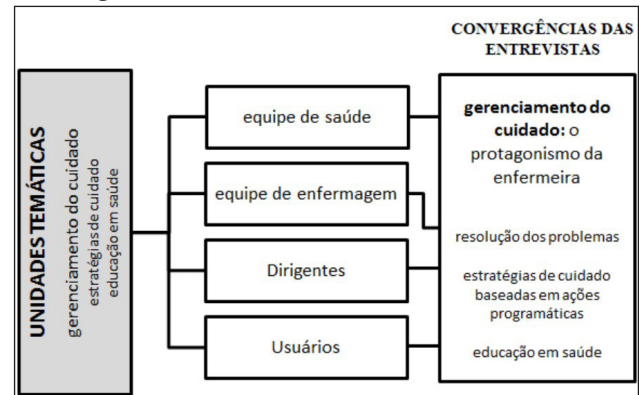


Figura 1 - Síntese analítica (unidades temáticas) das convergências das entrevistas na representação da equipe de saúde e enfermagem, dirigentes e usuários em dois municípios da Bahia, Brasil, 2012-2013

Os dados complementares (Figura 2), por sua vez, revelam que a equipe de saúde compreende o gerenciamento como orientação de novos membros incorporados no exercício do trabalho em equipe (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, entre outros), a avaliação do bolsa família e a elaboração de relatórios. Destaca-se que, das 11 USFs pesquisadas, em apenas 1 USF, referente ao município 2, ocorre o compartilhamento com odontólogo nas ações que envolvem a gestão dos serviços.

A equipe de enfermagem aponta que, além da elaboração dos relatórios, solicita cotas para atendimentos junto às secretarias municipais de saúde, realiza o planejamento das ações, oferta orientações individuais e grupais aos usuários, supervisiona ACS, resolve problemas junto à comunidade, entre outras. Os dirigentes, por sua vez, concordam com a equipe de saúde e de enfermagem, no fato de as enfermeiras atuarem na elaboração de relatórios na gestão da unidade, monitorarem demandas e avaliarem as ações das equipes. Já os usuários referem que a atuação das enfermeiras se constitui pelas orientações individuais e grupais e apontam que elas deixam de realizar visitas domiciliares, devido à indisponibilidade de transporte. Essa informação, segundo eles, é adquirida através de membros da equipe de saúde (ACS e recepcionistas) e equipe de enfermagem.

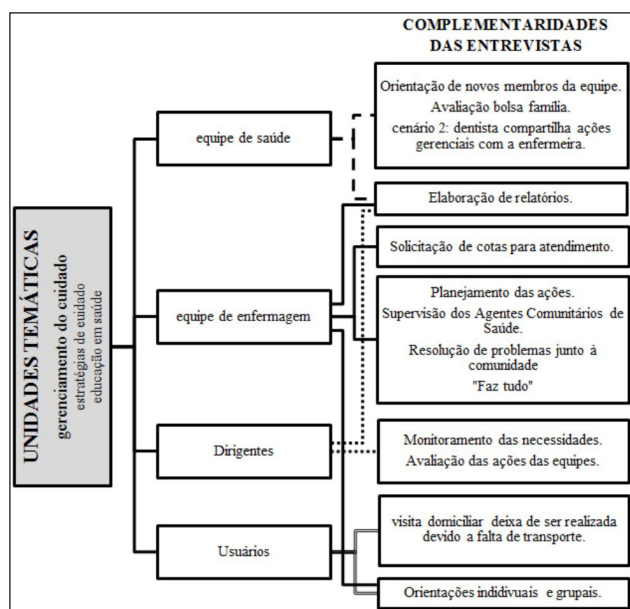


Figura 2 - Síntese analítica (unidades temáticas) das complementaridades das entrevistas na representação da equipe de saúde e enfermagem, dirigentes e usuários em dois municípios da Bahia, Brasil, 2012-2013

As observações dos espaços percorridos pelos usuários (Figura 3) mostraram que as unidades são acessíveis na perspectiva geográfica e os atendimentos se dão por demanda espontânea ou organizada. Destaca-se a existência de barreiras administrativas, estruturais e temporais. A recep-

ção é conduzida por membros da equipe, alguns despreparados e desmotivados. Estes grupos são liderados pelas enfermeiras, as quais definem os critérios de atendimentos, as ações prioritárias, os serviços ofertados, os encaminhamentos internos e externos e o fornecimento de informações. Nesse espaço, ocorrem também estratégias de educação em saúde e, algumas vezes, acolhimento, manifestado nas convergências dos discursos dos entrevistados como ações que respondam às demandas dos usuários, cujos problemas são identificados pela equipe, principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem. Observaram-se em cinco unidades dos dois municípios estudados uma "tragem qualificada", constituindo-se em escuta interessada. No entanto, também foi identificado, de forma convergente, nas falas da equipe de enfermagem e de usuários, o acolhimento enquanto diretriz operacional com uma relação acolhedora com escuta e respostas positivas às demandas/necessidades apresentadas pela população¹. E a partir desse momento, o usuário já aceita ou não os requisitos da recepção para percorrer o fluxo dentro do serviço. Em seguida, o usuário que já conhece os serviços ofertados (Figura 3), mais uma vez precisa decidir se incorpora o caminho imposto pelo serviço ou desiste do atendimento. A saída do usuário se dá de diferentes formas: a) pela resolução da sua demanda dentro do próprio serviço; b) pela saída sem orientações e direcionamentos; c) pelo encaminhamento para outros serviços da rede SUS; e d) pela busca do serviço privado.

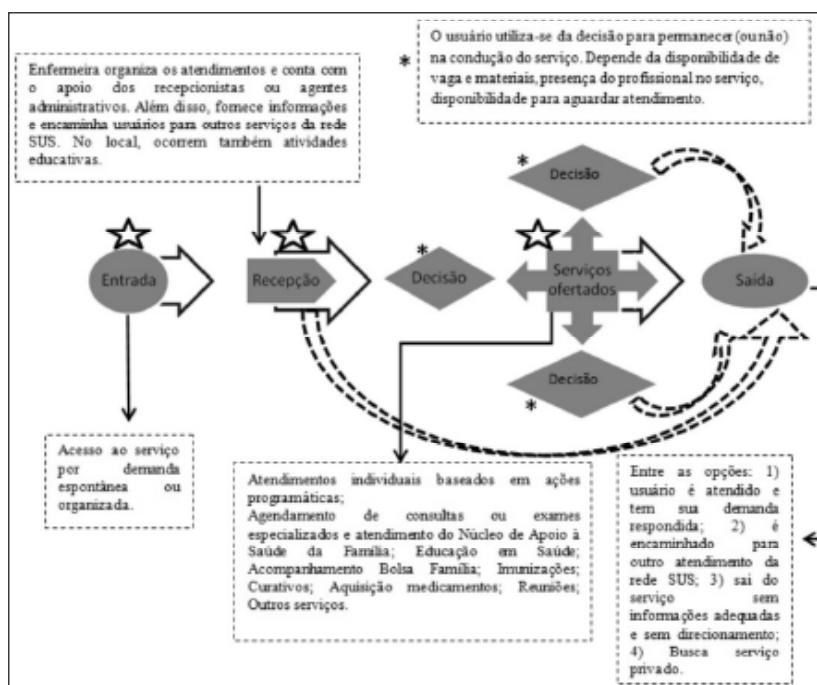


Figura 3 - Fluxograma representativo das observações dos espaços percorridos pelos usuários nos serviços de saúde dos dois municípios da Bahia, Brasil, 2012-2013

Frente aos aspectos observados, adota-se como ponto de partida que o gerenciamento constitui-se em prática central e predominante no trabalho da enfermeira.¹⁶⁻¹⁸ Os desafios para práticas integrais consistem nas possibilidades de interconexão entre o pensar e fazer saúde, “demarcados pela política, pela gestão, pelos procedimentos técnicos e pela interação coletiva no ato da produção do cuidado,”^{19,337} e, nesse sentido, as práticas de enfermagem devem operar por saberes que edifiquem as relações e a intersubjetividade como parte do mundo das necessidades dos usuários.¹⁹

Destaca-se que, no município 2, excepcionalmente em uma unidade de saúde, as ações gerenciais são compartilhadas entre enfermeira e odontólogo. Tal realidade remete a avanços nos processos de gerenciamento pautados na descentralização das decisões e aproximação dos integrantes da equipe.¹⁹

Constatou-se a presença das enfermeiras nos diferentes setores da USF, a saber: recepção, sala de imunização, sala de atendimentos individuais, farmácia e sala de procedimentos. Além disso, tais profissionais se inserem ainda no desenvolvimento de atividades variadas, frente às demandas assumidas no cotidiano do trabalho (Figura 3). Destaca-se, apesar disso, que sua presença é marcante em todos os locais e os articulam em atividades relacionadas à coordenação, supervisão e controle,¹⁷ além do uso de tecnologias leves,⁵ que envolvem encontros entre enfermeiras, usuários e famílias, dando significados a esses encontros, realizados em ato, tornando-os protagonistas na edificação de redes de afetos, interações e subjetividades.

As referidas profissionais são responsáveis pelas resoluções dos problemas da equipe e/ou comunidade, na tentativa de garantir o bom funcionamento do serviço. As práticas perpassam pelas estratégias de organização, articulação no processo de trabalho e com a equipe, diálogo e negociação.^{9,11} No entanto, importante ressaltar que é necessário capacidade de gerenciar uma equipe de saúde (e de enfermagem) e atender às expectativas dos usuários, com capacitação contínua, para manter o equilíbrio e o discernimento (a fim de minimizar os conflitos existentes). Ou seja, a enfermeira teria que ter habilidade para superar as limitações que o serviço apresenta, bem como atuar dentro dos fundamentos do SUS.⁵

No entanto, questiona-se: será possível envolver outros membros da equipe de saúde? Como possibilitar um trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e integral? A participação de diferentes sujeitos requer o desejo coletivo de mudanças

relacionais, institucionais e organizacionais.¹⁹ A responsabilidade deve ser compartilhada e conectada por todos que fazem o dia a dia da saúde da família. O protagonismo da enfermeira em ações como educação em saúde, resolução de problemas (Figura 1), acolhimento do usuário, diálogo sobre as demandas, entre outras, poderia ser compartilhado entre os demais envolvidos: trabalhadores, dirigentes e usuários. Uma gestão horizontal e compartilhada pressupõe trabalho em equipe, implicando os sujeitos sociais em torno de um projeto coletivo. O trabalho não pode ser centrado em um único sujeito, ou em determinados sujeitos. O desafio estaria na forma de gerir os diferentes interesses e desejos de um grupo ou de um sujeito, para se construir sociabilidade solidária e democrática.⁴

Os municípios pesquisados são marcados também por práticas convencionais de assistência, pautadas na doença e centradas em procedimentos, as quais comprometem a lógica de mudança do modelo. Identificam-se, no entanto, alguns incentivos institucionais, como a criação de grupos de referência com apoiadores institucionais, os quais, inclusive, não se revestem em novos e criativos fazeres. Toda a equipe, até mesmo a de enfermagem, desenvolve práticas assistenciais baseadas em ações programáticas (Figuras 2 e 3), isto é, estabelecem ações prioritárias concentradas em certos grupos populacionais e agravos, fato que limita o alcance e resolubilidade da ESF.^{6,16} Tal limitação dificulta o acesso e rompe com a perspectiva de inserir a ABS como porta de entrada preferencial.

A consulta individual (de enfermagem) está inserida nas estratégias de cuidado e, conforme apontam os dados da pesquisa nos dois municípios, as atribuições da enfermeira estão em consonância com o definido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem.²⁰ Porém, é necessário potencializar o cuidado para além da consulta individual, com responsabilização de todos da equipe, envolvendo os usuários e famílias. O processo de produção do cuidado “centrado no profissional de saúde” pode significar um aprisionamento do trabalhador, em especial da enfermagem. É necessário enfrentar a fragmentação do trabalho e a necessidade de operar, na prática, de forma integral e interdisciplinar. Uma superação das atividades procedimento-centradas.¹⁷ Pensar em um cuidado que situe o “usuário no centro do processo”,⁵ compartilhando um projeto terapêutico inovador.

Os dados revelaram que, convergentemente entre os entrevistados, as ações de educação em saúde

e em serviço (Figuras 1, 2 e 3) são protagonizados pelas enfermeiras, embora exista a contribuição de ACS, estudantes e docentes de IESs. A educação ganha um papel de gestão participativa no trabalho, pois indica possibilidades de mudanças na realidade do trabalho, a partir do envolvimento do gerenciar, cuidar, educar e, ainda, fazer uso da reflexão crítica para refletir e se reposicionar diante das necessidades identificadas e das situações vividas em interação com as pessoas e grupos sociais.¹⁶ Assim, pode-se reconhecer que as pessoas são portadoras de necessidades, mas também de desejos, saberes e potências que devem ser valorizadas, tanto para compreender as singularidades dos processos de vivências de cada um como para construir um plano de cuidado que envolva ações individuais e coletivas. Esforços devem ser estabelecidos no exercício cotidiano do diálogo entre trabalhadores e modos de trabalho em equipe (equipe de saúde e de enfermagem), além da participação do usuário, sinalizando possibilidades de construções coletivas.¹⁷ Salienta-se ainda que, a presença das IESs nesses espaços reforçam a importância da reflexão sobre o processo formativo dos novos profissionais de saúde (inclusive de enfermagem) na perspectiva da construção das práticas renovadas/ampliadas de cuidado.⁶

Transversalmente, evidenciou-se na pesquisa que o trabalho dos diferentes trabalhadores de saúde, inclusive da enfermeira, é marcado pela sobreposição de ações, traduzindo-se em trabalho mecânico com pouco espaço para criatividade e articulação de saberes e práticas. Frente a tal aspecto, revelou-se complementarmente nas entrevistas que as enfermeiras se responsabilizam pelo monitoramento das demandas (Figuras 2 e 3) com a organização da infraestrutura material, pessoal e funcional, na perspectiva de assegurar o atendimento, e em busca da produção do cuidado integral e eficaz.⁸

Os dados revelados no estudo podem ser observados em outros trabalhos,^{18,21} cujas análises apontam que componentes necessários às competências profissionais estão relacionados aos saberes, atitudes, comportamentos e habilidades. Nesse sentido, o saber/fazer colocado em prática é indicador de competência e de mobilização de recursos.²¹ É possível estabelecer conexões com o trabalho das enfermeiras, observado no campo empírico, em que as atribuições coadunam com os dispositivos legais²⁰ e com outras produções teóricas,^{18,21} pois realizam o planejamento das ações, elaboram relatórios, supervisionam ACSs, solicitam cotas para atendimentos junto às secretarias municipais de saúde e avaliam as ações das equipes.

A constituição do protagonismo da enfermeira na produção do cuidado na ESF tem sido potencializada como um território importante, permeado por ações individuais e articulações com outros profissionais, nem sempre consensuais, permeada por dificuldades e desafios, e é no território das ações cuidadoras que emergem lideranças. A enfermagem é parte deste contexto, até porque o gerenciamento do cuidado tem sido uma prática fundamental da enfermeira e um espaço de surgimento de lideranças.^{11,19} Pois, o exercício da liderança interage com a tomada de decisões e comunicação que são atributos importantes no processo de produção do cuidado.⁸

Entre as complementaridades das entrevistas, reveladas pela equipe de saúde (Figura 2), esteve presente a avaliação do Programa Bolsa Família. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição define atribuições das equipes de saúde no PBF para a saúde: acompanhamento do pré-natal, o retorno para consulta pós-parto, orientação alimentar, monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, entre outras.

Acredita-se ainda que, com o acompanhamento semestral, é possível atingir uma ação resolutiva sobre a saúde e a garantia comprometida e cidadã das equipes com progressiva melhoria das condições de vida das famílias.²² Dessa forma, para os entrevistados, tal prática ocorria entre o ACS e enfermeira, o que reforça a discussão de insuficiência de trabalho em equipe, concentrando as ações em alguns trabalhadores.

Ainda com relação às complementaridades dos discursos, com destaque para os usuários, também denotam que as visitas domiciliares deixavam de acontecer devido à falta de transporte. Depreende-se desta problemática o fato de que existem lacunas na gestão de atividades, pois a insuficiência de recursos pode cercear a singularização do cuidado (visita domiciliar), de acordo com as necessidades identificadas e recursos disponíveis.¹⁹ Ressalta-se que, a visita no domicílio ou outros espaços comunitários, necessita ser com qualidade, propositiva e direcionada a problemas específicos, no intuito de identificar riscos e vulnerabilidade, favorecer vínculo entre equipe e comunidade e a construção de projetos terapêuticos mais humanizados e coparticipativos.¹⁸

Cabe chamar a atenção para o fato de que a enfermagem não pode exercer o cuidado desarticulado das tecnologias da informação e comunicação que orientam as práticas de gerenciamento do cuidado²³ e do contexto organizativo do sistema de saúde, em todos os níveis de densidade tecnológica da rede SUS.¹⁹

Enfim, o gerenciamento do cuidado exige da enfermeira que as interações com as equipes sejam ricas e dinâmicas, orientadas pelas racionalidades tecnológicas e terapêuticas. Em outras palavras, é preciso valorizar comunicação, informação, interações intersubjetivas, competência técnica e sensibilidade para lidar com as demandas/necessidades das pessoas.

CONCLUSÃO

Em seu campo teórico, o gerenciamento do cuidado é entendido como um processo coletivo e que sua implementação exige uma atuação em conjunto da equipe de enfermagem e de saúde, a partir da escuta qualificada às demandas/necessidades dos usuários.

Frente aos dados do estudo, torna-se válido expor que, embora haja significativa discussão sobre o processo de cuidar em produções científicas atuais, observam-se, nas práticas de saúde, dificuldades em relacionar as demandas com o aparato tecnocientífico envolvido no campo da saúde. A prática gerencial da enfermeira envolve múltiplas ações, como a atenção relacionada ao cuidado direto em diferentes linhas de intervenção e os processos educativos, por meio da construção de conhecimentos e articulação dos serviços em busca da qualidade do cuidado. Ou seja, a enfermeira protagoniza o cuidado na ESF. No entanto, ainda é preciso investimentos em um trabalho integrador e integrado com a equipe.

Na realidade brasileira, os serviços e tecnologias são de difícil acesso para grande parte da população, os resultados das ações são frequentemente frustrantes, as relações entre os profissionais de saúde são pautadas em práticas individuais, com ênfase em procedimentos e “profissional centrada” no cotidiano dos espaços pesquisados. Tais aspectos fragilizam o compartilhamento do cuidado entre as equipes, somando-se ao pouco envolvimento desses profissionais nas questões de planejamento, gestão e educação em saúde. Nesse sentido, faz-se necessária a construção de formas inovadoras e interativas de gestão em enfermagem, as quais busquem atravessar os limites institucionalizados do cuidado tradicional. Sobre isso, o fortalecimento das ações de educação permanente em saúde pode contribuir para o estímulo às reflexões críticas relacionadas ao agir na saúde. Além disso, a discussão de estratégias gerenciais na formação de enfermeiras a partir do contexto real é um espaço potente de desenvolvimento de inovação. Para isso, é importante a articulação dos constructos teóricos com os espaços de intervenção, que envolvam a gestão, a

produção do cuidado e os processos simbólicos que permeiam essas articulações.

Constata-se que as mudanças que se almejam nos serviços de saúde podem ser facilitadas pela discussão entre os diferentes sujeitos sociais, na busca incessante do diálogo entre tais sujeitos. Os ruídos do sistema seriam captados e racionalizados com possibilidade de construção de renovadas maneiras de fazer saúde. Tal estratégia permitiria ainda responder às expectativas dos dirigentes, trabalhadores e usuários.

REFERÊNCIAS

1. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 Jun [cited 2016 Jul 17]; 39(105):514-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.
2. Assis MMA. Poliarquia ou hierarquia nas redes de atenção à saúde? *Inovação gerencial*. In: Cunha FJAP, Lázaro CP, Pereira HBB, organizadores. *Conhecimento, Inovação e comunicação em serviços de saúde*. Salvador (BA): Edufba/Fiocruz; 2014, p. 133-53.
3. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Mapping pain in the clinical practice of nurses within primary health care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Jun [cited 2016 Feb 29]; 22(2):318-26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200007>.
4. Campos, GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 Aug [cited 2016 Aug 18]; 15(5):2337-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>.
5. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
6. Alberti GF, Schimith MD, Budó MLD, Neves GL, Rosso LF. First-contact accessibility attribute in primary health care services and care practices: contributions to academic education for nurses. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 27]; 25(3): e4400014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004400014>
7. Knapman M, Bonner A. Overcrowding in medium-volume emergency departments: effects of aged patients in emergency departments on wait times for non-emergent triage-level patients. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2010; 16:310-7. Available from: doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01846.x
8. Nugus P, Forero R. Understanding interdepartmental and organizational work in the emergency department: An ethnographic approach. *Int Emerg Nurs*. 2011; 19:69-74. Available from: doi: 10.1016/j.ienj.2010.03.001.

9. Gallo AR, Pimentel SP, Bonet AL, Adán MC. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Rev Cubana Enferm*. [Internet]. 2009 [cited 2014 Jan 03]; 25(3-4). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n3-4/enf02309.pdf>
10. Santos JLG, Lima MADs, Pestana AL, Garlet ER, Erdmann AL. Challenges for the management of emergency care from the perspective of nurses. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2013 [cited 2016 Sep 17]; 26(2):136-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200006>
11. Santos JL, Lima MA. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Jan 03]; 32(4):695-702. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400009>
12. Montezelli JH, Peres AM, Bernardino E. Demandas institucionais e demandas de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto-socorro. *Rev Bras. Enferm* [Internet]. 2011 Apr [cited 2016 Apr 19]; 64(2):348-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200020>
13. Guerra ST, Prochnow AG, Trevizan MA, Guido LA. Conflict in nursing management in the hospital context. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2011. [cited 2015 Sep 29]; 19(2):362-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200019>
14. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília (DF): MS; 2014. [cited 2014 Jan 13]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
15. Assis MMA, Jorge MSB. Método de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSS, Nascimento MAA (Orgs.). *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana (BA): UEFS Editora; 2010:139-59.
16. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 Feb [cited 2016 Jun 10]; 63(1):38-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100007>
17. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 Oct [cited 2016 Jun 10]; 14(Suppl 1):1523-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>
18. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 Oct [cited 2014 Jan 10]; 17(10):2687-702. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000018>
19. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2015 [cited 2015 Sep 30]; 68(2):304-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>
20. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEn nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. [cited 2016 Aug 22]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
21. Faustino AM, Reis PED, Jesus CAC, Moura EF, Medeiros KC, Amorim MAN. Models management of nursing care: qualitative study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2010 May [cited 2013 Apr 10]; 9(1):. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20102843>
22. Alves KPS, Jaime PC. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 Nov [cited 2015 Jan 12]; 19(11):4331-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.08072014>
23. Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva DO, Zacharias FCM, Gomide MFS, Pinto IC. Health management: the use of information systems and knowledge sharing for the decision making process. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 27]; 25(3): e3440015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003440015>