



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CLAUDIA CRISTIANE VIVOT

**AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOROCABA/SP SOB À LUZ DA ANÁLISE
INSTITUCIONAL**

**PROFESSIONAL PRACTICES OF BASIC ATTENTION NURSES IN BASIC
HEALTH IN THE CITY OF SOROCABA/SP IN THE LIGHT OF INSTITUTIONAL
ANALYSIS**

CAMPINAS – SP

2019

CLAUDIA CRISTIANE VIVOT

**AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOROCABA/SP SOB À LUZ DA ANÁLISE
INSTITUCIONAL**

**PROFESSIONAL PRACTICES OF BASIC ATTENTION NURSES IN BASIC
HEALTH IN THE CITY OF SOROCABA/SP IN THE LIGHT OF INSTITUTIONAL
ANALYSIS**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde

Doctoral thesis presented to the Graduate Program in Mental Health at the Faculty of Medical Sciences of the State University of Campinas as part of the requirements for obtaining the title of Doctor in Collective Health; Area of Concentration: Social Sciences in Health

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. SOLANGE L'ABBATE

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA
CLAUDIA CRISTIANE VIVOT E ORIENTADA PELA
PROF^a. DR^a. SOLANGE L'ABBATE.

CAMPINAS – SP

2019

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

V838p Vivot, Claudia Cristiane, 1974-
As práticas profissionais dos enfermeiros da atenção básica em saúde do município de Sorocaba/SP sob à luz da análise institucional / Claudia Cristiane Vivot. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Solange L'Abbate.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Enfermagem. 2. Prática profissional. 3. Análise institucional. I. L'Abbate, Solange, 1942-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The professional practices of nurses of the basic care in the health of the municipality of Sorocaba/SP under the light of the institucional analysis

Palavras-chave em inglês:

Nursing

Practice professional

Institucional analysis

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Doutora em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Solange L'Abbate [Orientador]

Cinira Magali Fortuna

Ana Lúcia Abrahão da Silva

Daniele Pompei Sacardo

Maria da Graça Garcia Andrade

Data de defesa: 02-08-2019

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-1911-9920>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/1703698235522731>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

CLAUDIA CRISTIANE VIVOT

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. SOLANGE L'ABBATE

MEMBROS:

PROFA. DRA. SOLANGE L'ABBATE

PROFA. DRA. CINIRA MAGALI FORTUNA

PROFA. DRA. ANA LÚCIA ABRAHÃO DA SILVA

PROFA. DRA. DANIELE POMPEI SACARDO

PROFA. DRA. MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 02/08/2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha professora Solange L'Abbate, que além de todos os conhecimentos em sua área de trabalho, me inspira pelas qualidades humanas e pela disposição frente à vida.

Aos meus pais, cada um à sua maneira, sempre acreditando em mim e me incentivando a prosseguir.

Ao meu marido, Luís Henrique Ferraz, que sobreviveu ao volume de trabalho e de stress desses últimos anos! Enfim, estamos livres! Pelo menos até a próxima invenção!

À minha amiga Ione, grande responsável pela minha opção em ser enfermeira, que não está mais aqui, mas sempre estará no meu coração.

Aos meus colegas enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, que, através da participação na pesquisa, amenizaram a minha solidão no trabalho e me inspiram para as mudanças.

Dedico ainda, a todos que compartilharam comigo os tempos difíceis e as alegrias do processo de produção deste trabalho.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Para minha psicóloga, Miriam, coorientadora da vida e de todas as minhas outras pesquisas!

Aos amigos do Diretório de Análise Institucional e Saúde Coletiva, que sempre me apoiaram nos momentos difíceis da minha carreira profissional e me mostravam na prática, os conceitos aplicados da Análise Institucional.

Agradeço também ao Kadu, que, com toda sua paciência e generosidade, me ajudou a viabilizar os trâmites desta pesquisa.

RESUMO

Essa pesquisa analisa as práticas profissionais dos enfermeiros da Atenção Básica (AB) do Município de Sorocaba/SP, a partir do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional, sob a perspectiva da Análise Institucional das Práticas Profissionais (AIPP). A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp, sob o parecer nº 2.533.909. De natureza qualitativa, utilizou-se dois instrumentos para a coleta de dados. O primeiro é um questionário que visa identificar as contribuições da formação para a realização das práticas profissionais cotidianas dos enfermeiros e as dificuldades encontradas na atuação decorrentes das transformações no contexto do SUS. Buscou-se associar as práticas diárias dos enfermeiros da AB às atribuições definidas pelo COREN/SP, SMS/Sorocaba e PNAB/2017, bem como verificar os mecanismos usados para o cumprimento de suas atribuições e os processos de articulação profissional para a qualificação do cuidado. Os questionários revelaram que as práticas de enfermagem são atravessadas por diferentes instituições como a formação, a SMS, o COREN e a medicina, e que desvelar as modalidades das implicações que os enfermeiros desenvolvem com cada uma delas, sejam elas ideológicas, afetivas ou profissionais, possibilita novos posicionamentos frente a seus efeitos. A formação foi considerada o principal alicerce para o exercício da profissão e verificou-se que é sobretudo no cotidiano e na troca de experiências que ocorre o aprimoramento da profissão. A articulação profissional revela-se uma prática presente a ser aprimorada, em especial, nas UBS tradicionais. O segundo instrumento foi um grupo do aplicativo WhatsApp, que mostrou, em tempo real, a dinâmica do dia a dia dos enfermeiros nas UBS e revelou que há uma extensa diversidade de práticas e que, frente ao processo gradual de desconstrução do SUS – materializado através das condições inadequadas de trabalho, da falta de direcionamento técnico político para a AB, da sobrecarga de atividades dos enfermeiros – exige, ou mesmo impõe, a realização de algumas práticas que transcendem as determinações dos protocolos e das instituições de classe, a fim de tornar o trabalho menos tenso e mais ágil. Os moldes de acolhimento implantados, em especial nas UBS tradicionais, dificultam o desenvolvimento de atividades relevantes como a supervisão, a realização de atividades educativas frente à equipe, o cuidado direto aos usuários, de ações de promoção e prevenção e atualizações técnicas, e imprimem um sentimento de desvalorização profissional, além de apontar uma tendência pouco otimista em relação ao futuro da profissão. Colocar em análise os cenários de práticas dos enfermeiros da AB permitiu concluir que a enfermagem contemporânea guarda traços de seu passado histórico, como o pouca participação político-institucional, uma certa cobrança por uma postura de enfermeiro ideal e a necessidade de mobilizar-se de diferentes formas para atender a necessidades dos usuários. Frente à necessidade de colocar em análise as implicações, pessoais e coletivas, os espaços para a troca de experiências e revisão das práticas são fundamentais para o fortalecimento da profissão. A revisão do “ser e fazer” da enfermagem pode contribuir para uma prática profissional mais plena, trazendo maior satisfação pessoal e a melhoria na qualidade de vida no trabalho na Atenção Básica.

Palavras-chave: Enfermagem; Prática Profissional; Análise Institucional

ABSTRACT

This present research analyzes the professional practices of nurses carrying out Basic Attention (BA1, in the city of Sorocaba/SP). The analysis is based on the theoretical and methodological references of Institutional Analysis from the perspective of Institutional Analysis of Professional Practices (AIPP's). The investigation was approved by the Ethics Committee in Research at the FCM/Unicamp, under Opinion No. 2.533.909. It is of a qualitative nature and used two instruments for collecting data. The first was the questionnaire, which sought to identify the contributions from formation in carrying out nurses' daily practices and to clarify the difficulties encountered in actions resulting from transformations in the context of SUS. We sought to associate the daily practices of BA nurses, as defined by COREN/SP, SMS/Sorocaba and PNAB/2017. We also verified those mechanisms which were used to carry out nurses' professional jobs and evaluated the care given to patients. The questionnaires showed that nursing practices are affected by different institutions, including formation, SMS, COREN and medicine. We saw that the modalities of the implications that the nurses learned from each factor, be they ideological, affective or professional, call for new positions in terms of their effects. Formation was the main mode for exercising the profession and it became clear that it is, above all, in the day-to-day work and in the exchange of experiences that the profession is improved. Professional articulation was seen to be a current practice that should be improved upon, especially in the traditional UBS. The second instrument was a WhatsApp group that showed, in real time, the dynamics of the day-to-day work of nurses at UBS. It also showed that there is a broad diversity of practices and that there is a gradual process of deconstruction of SUS, seen in inadequate working conditions, a lack of political and technical direction for AB, overworked nurses and other factors. All this demands, or even imposes, the carrying out of practices which are beyond the determinations of protocols and institutions of class, in order to make work less tense and faster. The systems of welcoming, especially in the traditional UBS, make it difficult to develop important activities, such as educational moments for the teams, direct care for users, actions of promotion and prevention, as well as technical updating. All this leaves a sense of professional devaluation and indicates a trend, not very optimistic, in terms of the future of the profession. Analysis of scenarios of practices of AB nurses led us to the conclusion that contemporary nursing still holds on to its historical past, with minimal political and institutional participation, a certain demand for an ideal posture of nurses and the need to mobilize different ways of attending to the needs of users. In view of the demand to analyze personal and collective implications, the spaces for exchanging experiences and revising practices are fundamental for strengthening the profession. The revision of "being and doing" of nursing may contribute to a fuller professional practice and bring with it greater quality of life in working in Basic Attention.

Keywords: Nursing; Professional Practice; Institutional Analysis

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Relação dos nove municípios mais populosos do Estado de São Paulo, IBGE, 2018.	26
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção básica

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

AFIP – Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa

ACS - Agentes comunitários

ACE - Agentes de controle de endemias

AI – Análise Institucional

AIPP – Análise Institucional das Práticas Profissionais

APS atenção Primária em Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

COAS - Centro de Apoio Sorológico

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CID - Classificação Internacional de Doenças

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiras

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRI – Centro de Referência do Idoso

CRM – Conselho Regional de Medicina

EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery

EPL – Educadores Permanentes Local

EEUSP - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ESF – Estratégia Saúde da Família

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

FLAMAS - Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba

GO - Ginecologista

GPACI – Grupo de Pesquisa e Assistência ao Câncer Infantil

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

LABAC Laboratório Municipal de Análises Clínicas

MP - Movimento Participação

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CAPS IJ – Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil

CAPS AD - Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Droga

ONG – Organização Não Governamental

PAC – Programa de Atenção à Criança

PAISM – Programa de Atenção à Saúde da Mulher

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

PAP – Papanicolau

PE - Processo de enfermagem

PMS – Prefeitura Municipal de Sorocaba

PNAB – Portaria Nacional da Atenção Básica

PNEP - Políticas de Educação Permanente e Humanização

PNH - Política Nacional de Humanização

POP – Procedimentos operacionais padrão

PACS - Programa de Agentes Comunitários

PSF - Programa Saúde da Família

PA - Pronto Atendimento

REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem

RH – Recursos Humanos

RMS – Região Metropolitana de Sorocaba

SADT - Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

SAE – Sistematização da assistência de enfermagem

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBT - Sistema Brasileiro de Televisão

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SAME - Serviço de Assistência Municipal Especializado

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SISCAN – Sistema de Informação do Câncer

SISPRENATAL – Software do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPAM - mensagem eletrônica recebida mas não solicitada pelo usuário

SUS - Sistema Único de Saúde

TAC - Termo de Ajuste de Conduta

TE - Técnico de enfermagem

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UPH Unidades Pré-Hospitalares

USF – Unidade Saúde da Família

UTI – Unidade de terapia intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS DAS TRANSCRIÇÕES

[] – Acréscimos ou comentários da pesquisadora

[...] – Supressões de trechos de citações ou falas

“abc” – Citações literais, reprodução de discurso direto ou leitura de textos

SUMÁRIO

Capítulo 1: O caminhar pela Atenção Básica no município de Sorocaba/SP: a mudança de práticas e a construção de uma nova pesquisa.....	17
1.1 As mudanças no objeto e nos cenários da pesquisa: a passagem das práticas gestoras para as práticas assistenciais.....	17
1.2 O cenário da pesquisa: o município de Sorocaba	25
1.3 Os objetivos da pesquisa:	31
1.4 A organização da investigação	31
Capítulo 2: Um olhar para o passado e o presente dos enfermeiros.....	33
2.1 Os diferentes contextos histórico-sociais na configuração das práticas profissionais contemporâneas da enfermagem.	33
2.2 As práticas dos enfermeiros na Atenção Básica.....	39
2.3 As atribuições dos enfermeiros segundo o Conselho Regional de Enfermagem e a Secretaria Municipal de Sorocaba	42
2.4 O advento das mídias sociais: novas práticas relacionais provocando diferentes relacionamentos, pensamentos e comportamentos.....	43
Capítulo 3: O percurso metodológico	47
3.1 A abordagem da Análise Institucional das Práticas Profissionais (AIPP)	47
3.2 A interlocução entre métodos: a proposição de um método semiflexível para a coleta de dados e o surgimento natural de um método flexível vindo dos participantes.....	52
3.2.1 O primeiro instrumento de pesquisa: o questionário e seus desdobramentos	53
3.2.2 Um dispositivo de pesquisa natural: o aplicativo WhatsApp.....	56
Capítulo 4: Sobre os escritos e as conversas.....	57
4.1 A análise dos questionários: conhecendo as singularidades e o coletivo dos enfermeiros	57
4.2 O acaso, uma liminar e uma oportunidade de pesquisa: o grupo de WhatsApp	75

Capítulo 5: Sob à luz da AIPP: a instituição enfermagem e as práticas profissionais na Atenção Básica	100
Considerações finais	111
Referências bibliográficas.....	115
ANEXO 1.....	122
ANEXO 2.....	125
ANEXO 3.....	129
ANEXO 4.....	131

CAPÍTULO 1: O CAMINHAR PELA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SOROCABA/SP: A MUDANÇA DE PRÁTICAS E A CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA PESQUISA

1.1 As mudanças no objeto e nos cenários da pesquisa: a passagem das práticas gestoras para as práticas assistenciais

Em 2003, deixei minha atividade de enfermeira assistencial de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Sorocaba, pois fui convidada para atuar na gestão central, no cargo de Supervisora de Área¹, junto à equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Nesta função, meu principal papel era discutir e propor aos demais técnicos dessa equipe, as políticas públicas de saúde para o município e apoiar os coordenadores das UBS nos processos de gestão local. Permaneci neste cenário até o início de 2015.

Por 12 anos, dentre outros temas ligados à macrogestão, meu desenvolvimento profissional foi direcionado para as Políticas de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), Gestão do Trabalho e Vigilância em Saúde². Tive vários marcos relevantes na minha carreira, mas houve dois, em especial, que gradualmente, foram modificando minha abordagem no trabalho. Um deles foi o Curso de Aperfeiçoamento de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, realizado de 29 de agosto de 2005 a 20 de maio de 2006, no município de Serra Negra/SP, pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

Outro momento significativo da minha trajetória profissional foi participar do Grupo do Diretório de Pesquisa do CNPq “Análise Institucional e Saúde Coletiva”, liderado pela Prof^a. Dr^a. Solange L’Abbate, de 2009 até o momento e, cursar, em 2012, a disciplina da pós graduação Tópicos em Ciências Sociais em Saúde: Análise Institucional: teoria e prática em Saúde Coletiva, ministrada pela mesma professora.

Percebi que os conceitos da disciplina estavam alinhados com as necessidades de analisar os trabalhos desenvolvidos na SMS e que este tema ganhava expressão no campo da

¹O cargo de Supervisor de Área é um cargo de confiança, cuja atuação pode ser desenvolvida em diversas áreas da Secretaria de Saúde. Há um acréscimo no valor do salário e um aumento da jornada de trabalho - no caso dos enfermeiros, vai de 6 para 8 horas.

² Refiro-me ao conceito de Vigilância em Saúde sistematizado por Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) que definem o termo a partir de três vertentes: a redefinição do modelo assistencial baseado na análise de situações de saúde; a inserção de novas práticas sanitárias e a organização de processos de trabalho focada no território, de maneira intersetorial e contemplando diferentes períodos do processo saúde-doença.

Saúde Coletiva. A articulação da abordagem da Análise Institucional com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde contribuiu para modificar minhas práticas profissionais e, gradualmente, me instrumentalizar para um “novo ver e fazer”. Em 2014 concluí o mestrado nesta linha de pesquisa e, no ano seguinte, dei prosseguimento aos estudos através da minha inserção no doutorado, ambos sob orientação da Prof^a. Dr^a. Solange L’Abbate.

No período em que atuei na gestão, a equipe de Supervisores de Área desenvolveu inúmeros trabalhos frente às UBS da SMS de Sorocaba, sendo os principais referentes ao processo de capacitação de multiplicadores da PNEPS. A partir daí formou-se o grupo de Educadores Permanentes Locais (EPLs/2006). O público-alvo dessa ação era um representante dos trabalhadores por unidade de saúde, de cada período de trabalho, ou seja, um representante da manhã e outro da tarde. Naquela ocasião, existiam 27 UBS no município. O principal objetivo deste grupo era discutir, criar, executar e avaliar as estratégias para ampliar a integralidade das ações no Sistema Único de Saúde (SUS). Após um ano de trabalho, baseado em uma reflexão coletiva sobre os resultados desse período, o grupo redefiniu os seus objetivos e os métodos de trabalho. Foi nessa ocasião que ocorreu a inclusão de gestores e usuários nos encontros mensais.

Visando maior concretude nas ações a serem desenvolvidas, após a análise de diversos indicadores de saúde do município de Sorocaba, os EPLs optaram por abordar os problemas relacionados à mortalidade infantil. Os trabalhos foram evoluindo e envolvendo diferentes sujeitos nessa rede de produção de conhecimento e ações.

Assim, em 2009, criaram-se então as primeiras equipes multiprofissionais em todas as Unidades Básicas de Saúde, denominadas Equipes Gestoras para o enfrentamento da mortalidade infantil. Seu objetivo era identificar as principais dificuldades relativas às ações de prevenção, promoção e assistência ao binômio mãe/filho e desenvolver um plano de ação para o seu enfrentamento. Inúmeras atividades foram desencadeadas por esse grupo e coincidindo, ou mesmo estimulando, ou não sei, acompanhando, os processos de mudança dentro da SMS, o método de trabalho reformulou-se mais uma vez.

Nesse sentido, em decorrência de indicadores epidemiológicos que apontavam anualmente para o aumento exponencial do número de casos de dengue no município, em 2011, foram formadas as Equipes Gestoras para o enfrentamento da Dengue, que existiram nesse formato até meados de 2014.

Dentre outros aspectos, minha dissertação de mestrado foi inspirada nessas experiências de interlocução entre a assistência e a gestão. Na investigação do doutorado analisei, a partir da ótica da Análise Institucional, a Política de Educação Permanente como ferramenta de gestão e consolidação do Sistema Único de Saúde no Município de Sorocaba.

A partir de 2014, a Secretaria de Saúde sofreu uma sucessão de mudanças internas, inclusive de titulares do órgão, culminando na reconfiguração do modelo de gestão construído há muitos anos pelos técnicos locais. Com isso, gradualmente, os Supervisores de Área foram realocados para diversos serviços de saúde e, em março de 2015, voltei a atuar como enfermeira assistencial em uma UBS.

De volta à assistência de enfermagem

Assim, após 12 anos de atuação na gestão, no auge da epidemia de Dengue, retomei as práticas assistenciais em uma Unidade Básica de Saúde. No início, para atender os pacientes suspeitos ou doentes de dengue, sentia-me segura pelos conhecimentos produzidos nos últimos três anos participando da formação das equipes gestoras da Dengue. Porém, com a demanda excessiva na UBS, a insuficiência da rede de urgência e emergência, o não seguimento dos protocolos por parte de alguns profissionais, logo surgiram algumas situações que não foram previstas nos encontros sobre Dengue. E não havia com quem discutir sobre as dúvidas relativas aos fluxos ou um grupo de profissionais da SMS a quem pudesse relatar os problemas recorrentes. Tudo era resolvido dentro da própria UBS.

Alguns aspectos dos atendimentos aos pacientes doentes ou suspeitos de dengue - como a leitura de resultados de exames de sangue e a conduta a tomar com cada paciente avaliado pelos enfermeiros - me traziam grande preocupação. Até então não havia um protocolo específico para essa ação, pois cabia ao médico a interpretação dos hemogramas de controle e a conduta a ser tomada.

Outra situação preocupante era o encaminhamento de pacientes com indicação para monitoramento em Unidades Pré-Hospitalares (UPH) e, mesmo após a explicação do fato a eles, grande parte dos pacientes não iam ou voltavam para a UBS. Isso dava-se pelo fato desses serviços serem muito distantes da nossa região e estarem superlotados em virtude da epidemia.

Com isso, ficava ao encargo da UBS o manejo de casos cujas classificações de risco não se aplicavam à Atenção Básica. A agravante dessa situação era que na UBS não havia número de consultas médicas disponíveis para todos os pacientes. Dessa forma, em sua grande

maioria, eles acabavam sendo atendidos pelos enfermeiros, que ficavam com a responsabilidade de tomar a conduta sobre os casos.

Dentre as medidas tomadas pelo município para o enfrentamento da Dengue, estava a contratação de algumas enfermeiras. Assim, uma enfermeira foi alocada na UBS onde eu trabalhava. Esta profissional poderia atuar no período da manhã e, se necessário, à tarde, para dividir as tarefas com as demais enfermeiras. Logo, pela minha falta de experiência nos outros serviços e “expertise” no controle da dengue, nos três primeiros meses atuei apenas no manejo dessa arbovirose. Porém, diariamente, ao passar pelas portas das salas de vacina, curativo, emergência e coletas laboratoriais, me questionava: quando tudo acabar - a epidemia da dengue - o que é que vou fazer? Como posso “ser enfermeira” estando tão desatualizada em relação às práticas assistenciais da enfermagem? Não conseguia imaginar, na ocasião, quais seriam as técnicas e materiais utilizados nos curativos, a composição do calendário vacinal, o andamento dos diversos protocolos, enfim, estava me sentindo muito distante da assistência e da liderança de equipe.

Entre nós, enfermeiros

No decorrer da epidemia, pude observar as dificuldades no trabalho em equipe de enfermagem, principalmente entre os enfermeiros. Havia alguns momentos de maior estabilidade nas rotinas e no clima organizacional. No entanto, era notável as divergências na compreensão e na organização do Sistema Único de Saúde, no “fornecimento de acesso” às pessoas e no manejo dos casos.... Havia muita diversidade nas práticas profissionais individuais, o que gerou outras perguntas: na somatória dos encontros e desencontros entre os enfermeiros, que tipo de cuidados produzimos? Como fica a equipe de enfermagem ao presenciar tais situações de divergências?

Passada a epidemia e a posse do novo secretário de saúde, o contrato emergencial da quarta enfermeira foi encerrado. Havia duas enfermeiras da manhã e uma da tarde e, assim, redividimos as atividades entre nós. Notei que era muito difícil desenvolver uma visão de projeto de saúde que permitisse um pouco mais de alinhamento entre nós. Muitas das tentativas de organização dos serviços terminavam em conflitos ou na pactuação de processos de trabalho frágeis e, por vezes, pouco sustentáveis. Tenho certeza de que também contribuí para o insucesso das relações profissionais e interpessoais, pois também perdia a paciência e a esperança de que as coisas poderiam ser diferentes. Mesmo assim, sempre estávamos tentando desenvolver alguma ação em prol da organização do trabalho.

Inúmeras vezes procurei introduzir outras estratégias para estabelecermos uma rotina de trabalho focada nos objetivos do SUS e menos tensa para toda a equipe de enfermagem. Mas, do meu ponto de vista, na sua maioria, tais iniciativas não resultaram em ações efetivas. Um dia, uma colega médica disse-me que talvez faltasse isso para mim: “você desistir, deixar para lá”. Até hoje não sei o que penso sobre essa minha insistência e o que fazer com ela.

Então, minha sucessão de impasses e alegrias passageiras entre enfermeiros fez-me questionar: como os enfermeiros de outras de UBS se relacionavam-se? Como organizavam suas práticas e dividiam as tarefas entre os colegas? Qual a visão sobre o cuidado de enfermagem que eles tinham? Como atendiam os usuários, capacitavam e supervisionavam as equipes de enfermagem? Como capacitavam-se? Quais eram suas atribuições? O que facilitava e o que dificultava sua atuação? Qual o grau de satisfação com o trabalho? O que imaginavam ser o papel do enfermeiro e o que executam hoje? Quais são as perspectivas para o futuro?

Os entrenós da SMS

Ao longo desses quatro anos de atuação na assistência, também foi necessário lidar com a questão da instabilidade no quadro de enfermeiros na SMS/Sorocaba. Há cerca de 15 anos, havia três vagas oficiais para enfermeiros para o período da manhã e duas vagas para o período da tarde nesta UBS onde atuo. Desde 2015, trabalho na UBS Jardim Simus e nos dois primeiros anos só havia duas enfermeiras de manhã (outra enfermeira e eu) e outra à tarde. No entanto, a outra profissional da manhã era bastante inconstante na frequência ao trabalho e em grande parte do tempo, trabalhava sozinha. Essa situação gerava uma sobrecarga de trabalho quase diária e uma exigência emocional intensa para controlar o nível de stress. Em 2017, a outra enfermeira da manhã aposentou-se e atuei definitivamente sozinha. Em fevereiro de 2019, a segunda vaga do período da manhã foi repostada e acrescentada outra vaga para o período da tarde, após a terceirização e remoção dos trabalhadores das unidades de urgência e emergência.

O acolhimento: entre os desejos e as necessidades dos pacientes

Por três anos e meio, minha rotina diária foi atender toda a demanda espontânea de pacientes que procuravam a UBS para “tentar” passar por consulta médica no mesmo dia. Dentre os principais motivos para o “encaixe médico”, em sua maioria, estavam: a perda da consulta agendada ou da receita médica, o desejo de adiantar a consulta médica agendada, preenchimentos de formulários de benefícios e pedir atestados médicos para o trabalho, o INSS

ou para atividade física. Claro que também havia os pacientes com problemas de saúde, mas não eram a maioria.

Além disso, deveria: atender também às mulheres que desejavam fazer o teste de gravidez/abertura de pré-natal e verificar o resultado do exame ginecológico e coletar o exame em casos especiais; Aconselhar os interessados a detectar as doenças infecciosas como HIV, sífilis e hepatites B e C e solicitar os respectivos exames de sangue; Acolher, preencher, escanear e enviar por e-mail e/ou malote os pedidos de consulta para os programas de atendimento domiciliar, do ambulatório de feridas e do pré-natal de alto risco e também dos formulários dos interessados em receber fraldas, insumos e/ou dietas especiais; Fazer a escala de enfermagem, remanejar os funcionários diariamente, em caso de faltas e atrasos; Ler os e-mails que chegavam diariamente e dar o devido andamento aos assuntos referentes à enfermagem eram as várias tarefas das quais, literalmente, não tinha condição de dar conta. Na ausência da coordenadora da UBS, precisava também mediar os conflitos entre os pacientes/funcionários/sistema de saúde e tentar esclarecer as dúvidas e fluxos dos encaminhamentos para outros serviços da rede. Além disso, cabia a mim realizar as avaliações de curativos e dos pacientes que entravam na sala com alguma emergência, esclarecer as dúvidas dos funcionários e certamente outras coisas que esqueci de enumerar aqui. Tudo isso era o que, na UBS onde trabalho, chamávamos de “acolhimento”.

Quando estava fora da sala do acolhimento, dedicava-me a dar andamento às rotinas que julgava essenciais na prática dos enfermeiros, como as ações de Vigilância em Saúde. Dentre outras, estavam as atividades de acompanhamento e convocações necessárias para os usuários que estavam em alguma fase especial da vida. Os principais temas em Vigilância em Saúde estão relacionados ao pré-natal, às mulheres com exame ginecológico alterado, aos recém nascidos, às crianças com vacina em atraso, aos doentes de sífilis, aos suspeitos de arboviroses/tuberculose/hanseníase e alguns casos referentes à saúde mental. Nos casos extremamente sérios, realizava a visita domiciliar.

Apesar de não ser a única responsável pelas ações de Vigilância em Saúde, sempre refletia sobre as consequências, por exemplo, dos esquemas vacinais mal acompanhados e/ou as baixas coberturas vacinais. Possivelmente, isso poderia elevar a probabilidade de uma criança se contagiar com alguma doença imunoprevenível e/ou favorecer a ocorrência de surtos e epidemias. Da mesma maneira, o fato de não realizar a puericultura com as crianças (conforme preconizado pelo protocolo municipal) poderia contribuir para a alta demanda de recém-nascidos nos serviços de urgência e emergência por questões que deveriam ser tratadas na

Atenção Básica. Estas questões também passam pela falta da supervisão dos enfermeiros e capacitações das suas equipes. Por exemplo, a falta de atualização técnica da equipe de enfermagem permite a realização de curativos em feridas agudas/crônicas fora do padrão recomendado, o que pode atrasar ou impedir a cicatrização da lesão, defasando a qualidade de vida desses usuários, aumentando os gastos de materiais, de insumos e de atendimentos especializados. Enfim, poderia enumerar diversas consequências da “ausência” do enfermeiro no cumprimento de suas atribuições na Atenção Básica.

Acredito que não seja possível mensurar o impacto do não cumprimento das atribuições dos enfermeiros na Atenção Básica bem como não existir um profissional perfeito, que cumpra com todos os atributos de sua profissão. Também acho que não haja um indicador específico para esse dimensionamento. No entanto, através dos relatos, das queixas diárias de usuários e funcionários e dos eventuais agradecimentos, noto a ocorrência de certos danos e de oportunidades perdidas no cuidado pela falta de uma coordenação de cuidado mais eficiente.

Uma iniciativa recente: revendo o acolhimento

Eventualmente, participo de atualizações técnicas. Tenho sido bem seletiva na escolha dos temas. Do meu ponto de vista, os processos educativos voltados para a reorganização do trabalho são poucos e com abordagens/assuntos que se aproximam pouco das necessidades dos trabalhadores e das condições de trabalho. Com isso, penso nos abismos que persistem entre os trabalhadores, gestores locais e centrais e, se, algum dia, encontraremos um método de trabalho mais eficiente. Possivelmente minha implicação fique “atravessada” por esta dupla condição de trabalho: a gestão e a assistência. Assim, todos os processos de mudança que tentamos desenvolver na UBS foram a partir dos conhecimentos e das experiências dos trabalhadores interessados na revisão de algumas rotinas de trabalho.

Em outubro de 2018, com a mudança no quadro de enfermeiros da UBS, decorrente de uma permuta entre os enfermeiros da rede, começamos a modificar o “acolhimento”. Basicamente estamos separando os atendimentos que deveriam ser agendados - como, por exemplo, a emissão de atestados médicos, o preenchimento de formulários etc - das demandas de queixas clínicas. Com isso, o número de atendimentos para os enfermeiros reduziu bastante. Além de qualidade de vida no trabalho, com esse “tempo que sobra”, consigo dar andamento para atividades que julgo importantes e não conseguia realizar. A entrada da segunda enfermeira no período da manhã, em fevereiro de 2019, também facilitou bastante a organização da demanda, apesar desse processo ainda estar sob constantes reformulações.

Como sei que vivo intensamente as dores e as delícias do trabalho - esteja atuando na gestão, na docência ou na assistência - a análise das minhas implicações nessa pesquisa é fundamental. Sendo o conceito de implicação um dos mais relevantes no âmbito da Análise Institucional, a utilização deste conceito demonstrou ser bastante potente para o desenvolvimento e análise do meu objeto de pesquisa.

Entendendo o momento da escolha do método da pesquisa

Gostaria de resgatar um questionamento feito pelos docentes que participaram da banca de qualificação do meu projeto em outubro de 2017. Só consegui compreendê-lo com o passar do tempo e ao longo do processo de escrita. A pergunta foi: frente aos objetivos da investigação, será que um questionário dará conta de abranger todos os aspectos propostos?

Naquele momento justifiquei os motivos que haviam me levado a essa escolha como abranger o maior número de enfermeiros possíveis, facilitar a participação deles, possibilitar a formulação de respostas “mais pensadas”. Porém, ao ser questionada, imediatamente soube que havia algo oculto para mim mesma.

Ao ler o texto *Implicação, sobreimplicação e implicação profissional*, de Gilles Monceau¹, várias cenas vieram-me à cabeça. Neste texto, o autor refere-se ao livro de George Devereux, *Da angústia ao método* (1967). De acordo com Monceau, o autor defende que a metodologia de pesquisa é, acima de tudo, “criada pelo pesquisador para que ele possa se proteger de perturbações e de angústias pessoais que outras culturas, outras práticas podem provocar no pesquisador”. E, ainda, sugere que não devemos tentar desaparecer com essa perturbação, mas sim, analisá-la, pois sua análise trará um novo conhecimento.

Imediatamente voltei ao momento em que tive de adaptar meu antigo projeto de pesquisa para minha nova área de atuação. É como se a mudança de foco de uma investigação que tinha como objeto o apoio institucional e, agora, voltava-se para uma pesquisa sobre as práticas dos enfermeiros, me colocasse duplamente em análise. E acho que fiquei com medo, “mesmo sem perguntar”, de ouvir o que os enfermeiros tinham a dizer sobre o apoio institucional dos últimos anos e, ainda, insegura de saber se seria acolhida, ou não, pelos colegas de trabalho.

Por tudo isto, naquele contexto, o questionário mostrava-se o instrumento mais adequado para permitir a análise da minha relação e implicação com cada enfermeiro sujeito da pesquisa.

Mas aí, o acaso, um engano, o universo, não sei, resolveram a questão e inseriram o diálogo na investigação, pelo menos com uma parte dos enfermeiros, sujeitos da pesquisa: a criação praticamente acidental de um grupo de WhatsApp. A banca de qualificação aceitou o aplicativo como um instrumento válido de pesquisa e propôs a realização da restituição das informações com os participantes da pesquisa. O novo instrumento foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da FCM da Unicamp.

E foi assim, inspirada, em grande parte, na dúvida de como os demais enfermeiros das UBS davam conta de todas as atividades que lhes eram designadas, que reformulei meu objeto de pesquisa. É possível afirmar, portanto, que “minha solidão” dentro da UBS e a falta de momentos de troca de experiências entre os enfermeiros da rede, foram, sem dúvida, de grande relevância para desenhar essa investigação, através da qual pude ouvir e entrar em contato com meus colegas, seus questionamentos, dúvidas e sofrimentos. Ao final, este percurso me permitiu revisitar as minhas próprias práticas, permitindo assim pensar na possibilidade de dar-lhes outras/novas configurações.

1.2 O cenário da pesquisa: o município de Sorocaba

Sorocaba está localizada na região sudoeste do estado de São Paulo, a cerca de 90 quilômetros da capital paulista. Faz divisa com as cidades de Porto Feliz, Itu, Alumínio, Votorantim, Mairinque, Iperó, Araçoiaba da Serra e Salto de Pirapora. O município é cortado pelo Rio Sorocaba, que deságua no Rio Tietê, na cidade de Laranjal Paulista. O Rio Sorocaba é formado da junção dos rios Sorocamirim, Sorocabaçu e Una².

As características geográficas da região conferiram à cidade uma posição estratégica no território paulista e as antigas rotas indígenas que percorriam a área foram as precursoras da atual malha viária. Atualmente, Sorocaba é favorecida por importantes rodovias como a Presidente Castelo Branco e a Raposo Tavares, além de contar com o sistema ferroviário e uma extensa ciclovias.

Possui uma área de 450,38 km^a e a população estimada para 2018 é de 671.618 habitantes³ (IBGE). Em 2014, foi criada a Região Metropolitana de Sorocaba (RMS), composta por 27 municípios, constituindo uma área de 11.611,48 km² e com cerca de 2,1 milhões de habitantes⁴.

O município de Sorocaba tem uma população predominantemente urbana e atualmente ocupa a nona posição entre os municípios mais populosos do estado de São Paulo, conforme apresentado na tabela abaixo.

Tabela 1- Relação dos nove municípios mais populosos do Estado de São Paulo, IBGE, 2018.

Município	Número de habitantes
São Paulo	12.176.886
Guarulhos	1.365.899
Campinas	1.194.094
São Bernardo do Campo	833.240
Santo André	716.109
São José dos Campos	713.943
Osasco	696.850
Ribeirão Preto	694.534
Sorocaba	671.186

De acordo com o IBGE³, no ano de 2016, a média mensal do salário da população era de 3,2 salários mínimos e o percentual de pessoas ocupadas em relação à população total era de 33,4%. Ao avaliar os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, o IBGE constatou que 31,7% da população encontrava-se nessas condições.

Neste mesmo ano, em relação ao esgotamento sanitário, 98% dos domicílios estavam em condições adequadas, sendo que 82,2% deles que se localizavam em vias públicas contavam com arborização e 48,5% contavam com urbanização adequada, ou seja, a presença de bueiro, de calçada, de pavimentação e de meio fio.

O IBGE ainda informa que, em 2014, em relação à saúde, a taxa de mortalidade infantil média era de 12,43 para 1.000 nascidos vivos. Em comparação aos demais 645 municípios do estado de São Paulo, ocupava a 264ª posição e, quando comparado às 5.570 cidades do Brasil, estava na 2627ª colocação no ranking nacional. De acordo com outro instituto de pesquisa, a Fundação SEADE⁵(Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados), em 2015 e 2016, estes indicadores foram 10,5 e 10,7 respectivamente, apontando uma tendência de queda da mortalidade infantil no município.

Um breve contexto da área da saúde em tempos de agitações

A partir de 1998, a Secretaria Municipal de Saúde/SMS de Sorocaba desencadeou diversas medidas que primavam pela estruturação da Atenção Básica. No período de 1998 a 2014, foi possível observar várias iniciativas do grupo técnico da SMS no desenvolvimento de habilidades técnicas e de conhecimentos acerca das políticas de saúde, em especial, àquelas voltadas aos coordenadores, aos supervisores de área, aos trabalhadores das UBS e aos usuários⁶.

Nesse período, a implementação das ações de saúde e o envolvimento das equipes da Atenção Básica variaram em termos de abrangência dos equipamentos de saúde e da periodicidade das reuniões técnicas, dos encontros de educação permanente, das capacitações etc. Era visível uma certa “liberdade de criação” dessas equipes centrais, aperfeiçoando a Atenção Básica.

Uma das atividades que também variou ao longo desses 16 anos, foi a formação e atuação dos supervisores de área frente às UBS. Quando fui convidada para atuar como supervisora de área, em 2003, a proposta da SMS era justamente reformular as atribuições desta função e promover o desenvolvimento técnico-político dos gestores locais e principalmente, aproximar a gestão da assistência. Atualmente, o modelo desenvolvido pela SMS remonta ao início de 2002, quando esse profissional se limita a dialogar apenas com o gestor local e dedicar-se às questões administrativas.

Embora se reconheça que os limites de governabilidade sempre tenham existido para os prefeitos e os secretários de saúde, a partir de 2013, com as diversas mudanças no interior da SMS, ocorreu uma verdadeira desvalorização dos processos organizativos que envolvessem a gestão central e as UBS, prejudicando a articulação de trabalhadores, gestores e usuários na construção das políticas locais, minimizando a participação deste nível de atenção na revisão do trabalho na saúde.

Nos últimos sete anos, as principais mudanças no âmbito da saúde ficaram por conta de dois temas: as áreas da saúde mental e da rede de urgência e emergência.

Até meados de 2011, a região de Sorocaba foi um dos polos manicomial do Brasil e uma pesquisa intitulada “Levantamento dos Indicadores sobre os Manicômios de Sorocaba e Região”, desenvolvida pela Universidade Federal de São Carlos e o FLAMAS (Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba), denunciou a grave violação dos direitos humanos e a precariedade das condições de vida às quais estavam submetidas as pessoas internadas.

Em agosto de 2012, uma reportagem intitulada “Casa dos Esquecidos³”, exibida pela emissora de televisão SBT (Sistema Brasileiro de Televisão), reforçou a situação degradante em que se encontravam estes pacientes. As denúncias desencadearam a assinatura de um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) entre os ministérios público federal e do estado de São Paulo, as prefeituras municipais de Sorocaba, Salto de Pirapora e Piedade e os governos federal e estadual, iniciando o processo gradual de desinstitucionalização dos pacientes moradores em sete hospitais psiquiátricos existentes na região de Sorocaba.

Esse Termo determinou o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos da região de Sorocaba e a sua substituição por uma rede territorial de serviços substitutivos destinados à assistência em saúde mental.

Com isso, a rede de atenção municipal foi sendo reconfigurada a fim de caminhar em direção à integralidade da assistência oferecida a estes pacientes. Esse processo foi bastante notado pelas equipes da Atenção Básica, que começaram a se envolver com as questões da saúde mental, através da participação nas discussões de casos com as equipes multiprofissionais, da aproximação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e das residências terapêuticas etc. Em março de 2019, o município de Sorocaba completou um ano do encerramento das atividades do Hospital Vera Cruz, a finalização do processo de desinstitucionalização da saúde mental e o cumprimento do TAC⁴.

Outro fato que marcou a história da saúde pública de Sorocaba nos últimos anos refere-se à terceirização de grande parte da rede de Urgência e Emergência. Em cinco de fevereiro de 2019, a Secretaria Municipal de Saúde, contrariando as determinações do SUS, finalizou o processo de terceirização das principais Unidades de Urgência e Emergência, alterando a configuração da distribuição do que é administrado pela gestão municipal e por instituições privadas. Anteriormente, outros serviços já haviam sido terceirizados, como por exemplo, duas Unidades Pré-Hospitalares (UPH) da rede de urgência e emergência, os serviços de limpeza dos prédios públicos, a realização dos exames laboratoriais de análises clínicas e os atendimentos de fisioterapia. No entanto, pela rede de atenção da urgência e emergência ser um dos maiores equipamentos de saúde do município, o processo foi “sentido” com muita intensidade pelos trabalhadores e entidades de classe.

³Matéria disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=yN77n7gUKLk>.

⁴Matéria disponível em: <http://agencia.sorocaba.sp.gov.br/sorocaba-completa-um-ano-do-fechamento-de-hospitais-psiQUIATRICOS/>

Na cerimônia de abertura das unidades terceirizadas⁵, o principal argumento apresentado pelo prefeito e pela secretária de saúde do município, que justificava a terceirização destes serviços, foi a redução dos gastos com a contratação de trabalhadores. Outras vantagens apontadas foram o atendimento humanizado decorrente da oferta de consultas médicas para adultos e crianças no mesmo local e o aumento de médicos para o atendimento dos plantões.

Há muitos anos, estas duas últimas questões foram muito polêmicas no município. Em outros períodos, os atendimentos de urgência e emergência para adultos e crianças no mesmo local já tinham sido ofertados⁶. Antes da terceirização, nas duas principais UPH administradas pela SMS, os atendimentos de adultos e de crianças estavam sendo realizados em prédios separados e muito distantes um do outro. Em outra UPH, administrada por uma instituição privada, os atendimentos para ambos os públicos eram oferecidos no mesmo prédio. Após a terceirização, todas as UPH oferecem atendimentos para adultos e crianças no mesmo prédio.

Outra questão muito polêmica era a escala de médicos plantonistas das Unidades de Urgência e Emergência. Nem sempre os médicos escalados para os plantões, encontravam-se no local de trabalho⁷. Em muitas ocasiões - principalmente em função da demora para o atendimento dos usuários - ocorreram protestos por parte da população, como a entrada na sala onde os médicos descansavam durante o plantão e o bloqueio da avenida onde se localiza uma destas UPH.

A falta de definição de um modelo de atendimento das Unidades de Urgência e Emergência e a incapacidade de garantir o número de profissionais adequados nos plantões nessas unidades de saúde sempre expuseram os limites da administração municipal.

Outros pontos destacados na cerimônia de celebração da parceria da “gestão compartilhada⁸” foram a presença de porteiros e de seguranças 24 horas, a melhoria das instalações prediais e o carrinho de café que circula a cada duas horas nas recepções desses serviços para promover o conforto dos usuários que esperam os atendimentos. Acredito que,

⁵ Matéria disponível em: <http://agencia.sorocaba.sp.gov.br/prefeitura-de-sorocaba-celebra-lancamento-oficial-da-gestao/>

⁶ Matéria disponível em: <http://www.sspms.com.br/noticia/ses-mudara-o-sistema-de-atendimento-na-uph-zona-norte->

⁷ Matéria disponível em: <https://www.otempo.com.br/brasil/mpf-investiga-fraude-em-plant%C3%B5es-em-C3%A9dicos-em-sorocaba-1.850109>

⁸ Gestão compartilhada (7) é um termo do SUS que significa a reunião dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores a fim de identificar as necessidades de saúde bem como a criação coletiva de estratégias de enfrentamento para os problemas que representam os maiores riscos de adoecimento e morte das pessoas. A meu ver, nesse processo de terceirização, a expressão gestão compartilhada não se aplica

enquanto esses serviços eram administrados pelos trabalhadores concursados, inúmeras vezes essas mesmas solicitações foram feitas pelos coordenadores dos serviços e pelos próprios profissionais à SMS, e não foram contempladas.

Diante da terceirização das Unidades de Urgência e Emergência, foi realizado um remanejamento temporário dos funcionários lotados nesses serviços para as UBS, CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) e SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), sendo que ainda não há um prazo estabelecido para uma remoção de postos de serviços que envolva todos os trabalhadores. Esta é uma demanda antiga de alguns profissionais, decorrente de outras acomodações realizadas pela SMS, sem a devida transparência.

De acordo com um levantamento feito no Portal da Transparência, em 27 de abril de 2019, havia 187 enfermeiros lotados na Secretaria de Saúde, sendo que 126 estão distribuídos nas UBS. Os demais enfermeiros estão atuando em outros serviços municipais. Antes da remoção, havia um total de 186 enfermeiros, sendo 110 lotados nas UBS. Os demais 76 enfermeiros estavam distribuídos nas Unidades de Urgência e Emergência e outros setores da SMS.

Atualmente, a SMS está administrativamente organizada a partir de seis regiões de saúde denominadas Regionais de Saúde, que possuem entre 5 e 6 UBS em cada uma delas, totalizando 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo treze delas habilitadas como Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Outros equipamentos de saúde compõem a rede de serviços: três Unidades Pré-hospitalares (UPH) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), as quais são administradas por instituições privadas; uma Policlínica de Especialidades Médicas, que se encontra em processo de terceirização; três unidades de Pronto Atendimento (PA); um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); 40 residências terapêuticas; oito Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS); um Serviço de Assistência Municipal Especializado (SAME), acoplado ao Centro de Apoio Sorológico (COAS); um Ônibus Azul (serviço móvel de atenção à saúde do homem); um Ônibus Rosa (serviço móvel de atenção à saúde da mulher); um programa de atendimento domiciliar denominado Melhor em Casa; um Laboratório Municipal de Análises Clínicas (LABAC.) que atende demandas específicas de exames laboratoriais; um centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); e os serviços de Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Controle de Zoonoses, além de diversos serviços conveniados.

A rede hospitalar é composta por dois hospitais estaduais, sendo o Conjunto Hospitalar de Sorocaba e o Hospital Regional de Sorocaba, e por outros quatro hospitais filantrópicos (Hospital Evangélico, Santa Casa de Sorocaba, Hospital Oftalmológico de Sorocaba e Grupo de Pesquisa e Apoio ao Câncer Infantil/GPACI). O município também faz parte da Rede de Reabilitação Estadual, através da Rede Lucy Montoro. A rede hospitalar privada é composta por quatro instituições: Modelo, Samaritano, Santa Lucinda e Unimed.

A análise do material produzido a partir dos questionários, do aplicativo WhatsApp e das impressões e análises da pesquisadora enunciará parte da conjuntura da política municipal de saúde de Sorocaba.

1.3 Os objetivos da pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar as práticas profissionais dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde do município de Sorocaba/SP, sob a ótica da Análise Institucional das Práticas Profissionais

Objetivos específicos:

Relacionar as práticas diárias dos enfermeiros da Atenção Básica com as atribuições definidas pelo COREN/SP, pela SMS/Sorocaba e pela PNAB 2017.

Identificar os mecanismos utilizados pelos enfermeiros para o cumprimento das atribuições relativas aos cuidados diretos aos usuários, a supervisão, a capacitação das equipes de enfermagem e o planejamento de ações nas UBS.

Verificar os processos de articulação dos enfermeiros frente aos demais profissionais das UBS e da rede de cuidados, visando a qualificação do cuidado e a organização dos serviços.

1.4 A organização da investigação

A seguir faço uma breve apresentação das partes dessa investigação que pretende constituir uma tese de doutorado organizada em oito capítulos:

Neste primeiro capítulo apresento os caminhos que me levaram ao objeto de pesquisa e minhas implicações, tanto com o tema quanto com a definição do percurso metodológico. Também apresento, de forma sucinta, o cenário no qual a investigação foi desenvolvida: o município de Sorocaba. Os objetivos do meu trabalho também são descritos nesta parte da investigação.

No segundo capítulo, faço uma breve retrospectiva da história da enfermagem, do Sistema Único de Saúde e das práticas profissionais dos enfermeiros, com ênfase na Atenção Básica.

No terceiro capítulo, apresento o referencial teórico e metodológico da pesquisa, qual seja, a Análise Institucional das Práticas Profissionais (AIPP), proposta desenvolvida por Danielle Guillier⁸ e Gilles Monceau⁹.

No quarto capítulo, os achados da pesquisa são descritos em duas sessões: a primeira contendo as informações relativas à coleta de dados dos questionários e a segunda, as do grupo de conversa do aplicativo WhatsApp.

No quinto capítulo, promovo a discussão dos resultados da pesquisa e faço o enlace deste conteúdo com o referencial teórico-metodológico do estudo. No sexto capítulo, apresento as considerações finais da investigação e, por fim, nos sétimo e oitavo capítulos, apresento as referências bibliográficas e os anexos, respectivamente.

CAPÍTULO 2: UM OLHAR PARA O PASSADO E O PRESENTE DOS ENFERMEIROS

2.1 Os diferentes contextos histórico-sociais na configuração das práticas profissionais contemporâneas da enfermagem.

Desde tempos remotos, de algum modo, a humanidade organiza-se para cuidar das pessoas doentes, convalescentes, feridas ou em situação de sofrimento. Com isso, a instituição saúde foi se transformando no devir histórico nos diversos grupos humanos e foi guardando traços dessas características de encontro entre pessoas que, em relação, buscam prolongar ou manter a vida e evitar o sofrimento, podendo assumir duas características: “mais intimista (privada) e pública, de interesse de todos¹⁰”.

Comumente associada a uma prática feminina, o ato de cuidar foi se aperfeiçoando ao longo do tempo e se transformou em ofício, da mesma maneira que o local de cuidar deixou o domicílio e se instituiu nos hospitais¹¹.

Em meados do século XVIII e início do século XIX, no interior dos hospitais, passa a ocorrer a substituição do sistema de poder exercido por religiosos e leigos pelo poder médico¹². No entanto, a inversão das relações hierárquicas no interior dos hospitais acaba por estabelecer o vínculo entre os saberes da enfermagem e da medicina, numa situação de subordinação da primeira em relação à segunda¹³. Assim, a organização hospital e a instituição medicina vão interferir na composição da instituição enfermagem.

Neste período de intensas transformações sociais, em especial no ambiente hospitalar¹², em 1820 nasce Florence Nightingale, uma mulher da alta sociedade britânica que propõe um novo modelo de representação social feminina e abre caminho para a profissionalização da enfermagem, participando ativamente da gestão administrativa, da organização ambiental dos quartéis e hospitais militares ingleses e aprimorando os cuidados aos feridos da Guerra da Criméia (1854-1856)¹⁴. Em 1.860, tornou-se a fundadora da primeira escola de enfermagem moderna, no Hospital Saint Thomas, em Londres¹³. Desse modo, a enfermagem moderna articula-se com a institucionalização da divisão técnica e social do trabalho, com as nursings e ladies nursings.

Os avanços das medidas sanitárias e das técnicas no processo de cuidar foram incorporando-se na formação dos novos enfermeiros. Contudo, os processos formativos da

época também eram fortemente embasados nos ideais cristãos. A religiosidade, as questões de gênero e as estratégias de vigilância, coação e punição também foram recursos utilizados para a disciplinarização da enfermagem¹⁵. Pode-se dizer que a enfermagem faz-se no cruzamento das instituições religião e exército, além da divisão técnica e social do trabalho, hospital e medicina.

Nessa perspectiva, a Dama da Lâmpada - como Florence ficou conhecida, devido ao fato de portar uma lâmpada nas suas rondas noturnas junto aos leitos dos feridos de guerra¹⁴ - criou um conceito teórico coerente, articulado e explícito, caracterizando o início de um corpo específico de conhecimentos e práticas, que, com base em pesquisas, transformou-se através do tempo. Observa-se que até hoje, a lâmpada é o símbolo da enfermagem.

Florence Nightingale elaborou diversos estudos e dedicou-se ao aperfeiçoamento da enfermagem, constituindo, dessa forma, os pressupostos teóricos que passaram a orientar as práticas dos enfermeiros em várias partes do mundo, estabelecendo um marco histórico no processo de institucionalização fundadora da profissão a nível mundial.

No Brasil, Anna Justina Ferreira Nery foi considerada a primeira enfermeira brasileira. Após a perda do marido e da convocação dos três filhos para a Guerra do Paraguai (1865-1870), Anna Nery prontificou-se, voluntariamente, a cuidar dos feridos de guerra. Após o término do conflito, ao retornar ao país, recebeu diversas homenagens de órgãos governamentais e de segmentos da sociedade, retomando depois à sua vida familiar, não havendo registros de novas atuações profissionais¹⁶. A primeira escola de enfermagem, criada no Brasil em 1923, tem o nome de Anna Nery, e, em 1925, formou-se a primeira turma de enfermeiras diplomadas. Em 1937, a escola foi integrada à Universidade do Brasil, atualmente denominada Universidade Federal do Rio de Janeiro¹⁷.

No início do século XX, em meio a uma forte crise social e a intensos debates sobre a saúde pública no país, os governos brasileiro e americano estabeleceram uma parceria através da Fundação Rockefeller com a finalidade de modernizar o sistema de saúde da época.

Dentre uma série de medidas estabelecidas pelo Estado e pelas elites médicas, a instituição das novas bases curriculares na formação profissional do enfermeiro impulsionou o processo de profissionalização da enfermagem. A atualização das atribuições e competências profissionais deu-se por meio da atuação de Ethel Parsons, enfermeira americana, da mesma fundação¹⁸.

As novas diretrizes do ensino profissional da enfermagem ampliaram a capacidade técnica do enfermeiro para exercer a assistência direta aos pacientes e, sobretudo, autorizavam a profissão a assumir as funções de gerência dos serviços de saúde das áreas da saúde pública e hospitalar. Este pode ser considerado o momento da institucionalização fundadora da enfermagem moderna no Brasil.

A década de 1920 trouxe importantes avanços para a enfermagem. Após alguns anos da formação das primeiras enfermeiras profissionais formadas através da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), estas organizaram a primeira associação de classe, precursora da atual Associação Brasileira de Enfermagem/ABEn¹⁹.

No entanto, nos primeiros quinze anos, a atuação da ABEn não foi muito intensa, devido, dentre outros fatores, ao número reduzido de escolas de enfermagem e à sobrecarga de trabalho das enfermeiras pioneiras, atuando, na sua maioria, na saúde pública e em locais distantes, dificultando assim uma vida associativa mais intensa²⁰.

Em 1929, a ABEn filiou-se ao Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) e enviou a primeira delegação brasileira de enfermeiras ao Congresso de Montreal/Canadá¹⁹. E, no início dos anos 30, a associação criou o principal veículo de comunicação científica da classe, os Anais da Enfermagem, atualmente, a Revista Brasileira de Enfermagem¹⁸(REBen).

Por volta de 1939, a ABEn constituiu as Comissões Permanentes de Legislação e de Educação que tinham como objetivo regulamentar o ensino e a prática da profissão no país. Os frutos de ambas as comissões foram colhidos alguns anos depois.

Os trabalhos da Comissão de Educação resultaram na promulgação da Lei nº 775/49 que dispôs sobre o ensino de enfermagem no país e, a longo prazo, incluiu a categoria entre as profissões de nível superior. A lei também permitiu a criação do curso de auxiliar de enfermagem e introduziu uma nova categoria profissional dentro da enfermagem. Os esforços envidados pela Comissão de Legislação culminaram na aprovação das leis nº 2.604/55, que regulou o exercício profissional do enfermeiro em todo território nacional¹⁹, e a de nº 3.780/60, que incluiu a categoria profissional no nível técnico/científico e obteve a equiparação aos demais profissionais liberais¹⁸.

Em 1940, a EEAN criou a Semana da Enfermagem, dando continuidade ao processo de desenvolvimento técnico-científico da profissão. O evento ainda faz parte do calendário de muitas escolas de enfermagem. Em 1947, a ABEn organizou o I Congresso

Brasileiro de Enfermagem, sediado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo¹⁸⁻¹⁹(EEUSP), que, em 2018, realizou o septuagésimo evento da instituição, em Curitiba/PR.

Em 1945, a ABEn propôs aos órgãos competentes a criação dos Conselhos Federal (COFEN) e Regional (COREN) de enfermagem, projeto que, mediante inúmeras dificuldades, teve sua aprovação em 1973, com a sanção da lei nº 5.905/73¹⁸⁻¹⁹.

Na década de 1950, houve um movimento para a ampliação da cientificidade da enfermagem nos Estados Unidos e esses referenciais teóricos foram importados pelas enfermeiras brasileiras, culminando na expansão das escolas de graduação e pós-graduação no país²¹.

A perspectiva do desenvolvimento da dimensão teórica da profissão sinalizou um novo horizonte no fazer do enfermeiro. As teorias de enfermagem podem ser compreendidas como modelos conceituais que, através da sistematização de suas práticas, pretendem consolidar a enfermagem como ciência²².

Nesse sentido, na década de 70, Wanda de Aguiar Horta, docente da EEUSP, propôs que a assistência de enfermagem fosse baseada em uma metodologia científica, a partir do referencial da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, e desenvolveu o processo de enfermagem²³. De acordo com o momento histórico e os referenciais utilizados, a nomenclatura do método científico sofre variações e a sua aplicação prática ainda é um desafio para os enfermeiros da Saúde Coletiva.

A década de 80: o SUS e a enfermagem em movimento

A partir dos anos 80, a enfermagem brasileira - motivada pelo processo de redemocratização do país e pelo movimento da reforma sanitária - gradualmente integrou-se às lutas sociais. No âmbito interno da profissão, trabalhos acadêmicos originários dos programas de pós-graduação em enfermagem e áreas afins enunciaram fortes críticas sobre a profissão e a formação profissional¹⁸.

Foi nesse panorama de mudanças e de novas conquistas, no interior da ABEn, que surgiu um movimento chamado Movimento Participação (MP). Este movimento propunha a renovação da profissão baseada em outros paradigmas, sobretudo o da visão crítica da realidade social, reformulação do projeto educacional e estímulo à participação dos associados¹⁸⁻²³. Inicialmente o MP não dispunha de grande força política, mas, com o avanço dos debates, conseguiu abrir as discussões dentro da instituição.

Assim, cerca de cento e vinte e seis anos após a fundação da primeira escola de enfermagem em Londres e sessenta e um anos depois da formatura da primeira turma de enfermeiras no Brasil, em 1986, foi promulgada a lei do exercício profissional da enfermagem (Lei nº 7.498/86) que estabeleceu, no 11º artigo, o “ato privativo do enfermeiro²⁴”.

O movimento da Reforma Sanitária despontou uma nova visão sobre o processo saúde/doença e sua íntima relação com as condições de vida e de trabalho da população. Nesta perspectiva, trouxe novos deslocamentos para a área da saúde: do enfoque hospitalar para o da Saúde Coletiva, da formação tecnicista para projetos pedagógicos baseados em uma concepção de saúde mais ampliada, dentre outros²⁵. Este movimento instituinte foi um marco significativo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que, por sua vez, foi instituído por meio da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988.

Dentre outras inspirações internacionais que levaram à criação do SUS, está o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), discutido, especialmente, no relatório Dawson, em 1922, e na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1970²⁶. A APS tem como atributos essenciais a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade das ações e a coordenação do cuidado, e, como atributos derivados, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural²⁷.

Assim, o arcabouço político-filosófico do SUS incorporou os princípios da APS e estabeleceu como seus princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade. Para sua viabilização prática, foram definidas as competências de cada esfera de governo e o estabelecimento dos princípios organizativos pelos quais deveria ser instituído: a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação popular²⁸.

No esforço de construir um novo modelo assistencial, os princípios da Atenção Primária em Saúde (APS) materializaram-se no país a partir de 1990 através do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF)²⁶. Desde então, a implementação (ou desimplementação) da Atenção Primária foi sempre marcada por intensas disputas entre os governos, os agentes políticos, as instituições internacionais e os militantes da área da saúde. Em cada período da história do SUS e - a depender do ponto de vista de quem analisa - cada movimento instituinte que incidiu sobre o SUS, trouxe mais ou menos avanços, desafios e retrocessos no sentido de concretizações da saúde enquanto direito social. Nesta pesquisa, o conceito de Atenção Primária em Saúde e Atenção Básica (AB) serão tratadas como sinônimos.

Retomando à trajetória da enfermagem no Brasil e acompanhando a movimentação no campo das políticas de saúde, a partir da década de 80 as discussões sobre as políticas de classe continuavam a ganhar maiores proporções dentro das entidades representativas da profissão e diversas disputas institucionais surgiram, envolvendo a ABEn, o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), o COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e sindicatos da categoria. Tais discussões prosseguem até os dias atuais e, são, inclusive, esperadas, considerando o processo democrático da construção das políticas institucionais.

A partir de 1988, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tornou-se um requisito legal para o desenvolvimento da prática assistencial. Trata-se de um conjunto de ações profissionais sistematizadas e inter-relacionadas que pretende aprimorar os conhecimentos técnico-científicos do profissional e garantir o respaldo ético legal para o exercício da profissão²⁰.

Na Saúde Coletiva, a enfermagem assume alta especificidade, influenciada pelas portarias, protocolos ministeriais e distintas realidades locorregionais.

A revisão das diretrizes organizativas da Atenção Básica²⁹, promovida através da Portaria nº 2.436/17, suscitou a crítica de diversas organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS.

Dentre os aspectos que apontam para a desconstrução da política nacional de saúde²⁹, as novas propostas para a reorganização da Atenção Básica também impactam diretamente na organização do trabalho e nas atribuições dos enfermeiros. Especialmente, a curto prazo, daqueles que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), da modalidade da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os movimentos no âmbito da instituição enfermagem pelo mundo e, em especial, no Brasil, evidenciam a passagem da institucionalização fundadora para a institucionalização permanente da profissão³⁰. Da mesma forma, apontam para os resultados das articulações políticas, filosóficas e ético-legais que caracterizam as práticas da enfermagem contemporâneas e nos fazem refletir sobre os rumos a que se direciona o futuro da instituição.

2.2 As práticas dos enfermeiros na Atenção Básica

O processo de produção de saúde é realizado pelos diferentes profissionais que compõem o quadro de trabalhadores da saúde. Desde os que atuam nos “bastidores” - como nos setores de licitações, compras e tecnologias - bem como os que estão na “linha de frente” como médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, gestores locais e outros profissionais que conformam as redes de serviços na saúde.

Dessa maneira, existe uma particularidade no trabalho na saúde: tanto ocorre a produção de cuidados específica de determinadas categorias profissionais, quanto há uma produção coletiva da assistência, resultante da articulação das atividades que compõem a atenção dispensada pelos diferentes profissionais.

A exemplo de outras profissões, a prática de enfermagem é uma ação social que vem transformando-se ao longo do tempo e diferencia-se de acordo com a dinâmica das instituições, dos profissionais e dos usuários envolvidos em sua realização. Dentre algumas possibilidades do exercício profissional estão as instituições públicas, privadas, filantrópicas e Organizações Não Governamentais (ONGs).

Para Monceau, a prática profissional transcende a realização dos afazeres específicos de cada profissão. Manifesta-se para além das técnicas e das burocracias. Pode ser entendida como toda prática social, incluindo maneiras de se relacionar com os outros membros da profissão e/ ou com outras instituições envolvidas na profissão. Trata-se de pensar essas relações e de lhes atribuir sentidos e valores. Para o autor, é desta forma que os profissionais se reconhecem entre eles, pelos elementos implícitos, compartilhando os elementos comuns de subjetividade³¹.

No sistema público de saúde, os principais *locus* para as práticas de enfermagem são os hospitais, os serviços móveis de urgência, as unidades básicas de saúde, os ambulatórios especializados e, recentemente - frente ao envelhecimento da população - as práticas de enfermagem gradualmente retornam aos domicílios.

Atualmente, no âmbito do SUS, a prática profissional dos enfermeiros na Atenção Básica está mais voltada para duas dimensões: a assistencial, relacionada à produção e coordenação do cuidado individual, e a gerencial, designada para a coletividade através do

monitoramento da situação de saúde da população, do gerenciamento da equipe de enfermagem e do serviço de saúde³².

Dentre outras medidas governamentais instituídas para o processo de implementação do SUS, a ordenação do sistema de saúde é viabilizada por meio de bases legais como a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica (nº 8080/1990 e nº 8.142/90), as Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001, o Pacto pela Saúde³³ (2006) e a Política Nacional da Atenção Básica²⁶ (2006 2011 e 2017). Em cada etapa da institucionalização do SUS, as práticas profissionais dos enfermeiros requerem mudanças na forma de organizar e desenvolver o trabalho frente às equipes e à população.

A nova Portaria Nacional da Atenção Básica 2017, juntamente com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016 - que congela a destinação de recursos públicos para a saúde por 20 anos - tem sido considerada uma das últimas medidas legislativas que favorecem o processo de desconstrução do SUS²⁹.

Dentre outras mudanças político-ideológicas ocorridas no interior da atual PNAB - em comparação às versões anteriores de 2006 e 2011 - destacam-se a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços e a recomposição e a reorganização dos processos de trabalho das equipes. As consequências desses novos parâmetros para a reordenação do modelo de saúde geram muitas preocupações, considerando o caráter opcional dado aos gestores para com a oferta universal dos serviços. Além disso, a possibilidade da segmentação do acesso ao cuidado, da desvinculação das equipes dos territórios, da desqualificação do trabalho dos agentes comunitários e de combate às endemias, impulsionam o processo de privatização na saúde e fragilizam o fortalecimento da Atenção Básica ²⁹.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica³⁴(PNAB/2017), a prática dos enfermeiros é caracterizada pelo desenvolvimento de ações que abordam os atendimentos individuais, familiares e coletivos que podem ser realizados, tanto no âmbito das UBS, quanto na comunidade na qual este serviço de saúde está inserido. A partir de protocolos, diretrizes clínicas e normas técnicas devidamente validadas pelos gestores e conselhos de classe, é

prevista a realização das consultas de enfermagem⁹, que possibilitam a execução de procedimentos, a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicações.

Dentre outras atividades que são de competência dos enfermeiros, estão a realização e/ou a supervisão do acolhimento, a estratificação de risco e elaboração de planos de cuidados para os usuários que possuem condições especiais. O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização³⁶(PNH), que visa - através da articulação de trabalhadores, usuários e gestores - a produção e gestão do cuidado, bem como a organização dos processos de trabalho que levem ao atendimento integral das pessoas. Nessa perspectiva, o acolhimento é o reconhecimento das necessidades reais dos usuários e a busca coletiva por soluções das demandas apresentadas, em todos os pontos da rede de serviços, dimensões essas impossíveis de serem apreendidas dentro de uma sala e realizada por uma única categoria profissional.

Embora a PNAB/2017 preconize uma sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea e o coloca essa atividade como atribuição comum aos profissionais da Atenção Básica, nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais³⁴, esta prática profissional é quase exclusiva dos enfermeiros. A responsabilização dos enfermeiros pela realização e/ou supervisão do acolhimento acaba por “defini-lo como o dono” desta importante postura de atendimento e de relação com os usuários, além de reforçar o paradigma da queixa/conduita imposto pelo modelo biomédico.

De acordo com esta Portaria, cabe ainda aos enfermeiros a implementação e atualização de rotinas, protocolos e fluxos relacionados à sua área de competência e a execução de outras atribuições que sejam necessárias e estejam de acordo com a legislação profissional³⁴.

O agente de combate a endemias (ACE) é um novo profissional que, gradualmente, insere-se no quadro de profissionais de uma UBS, sob a justificativa da integração das ações da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde. O planejamento, o gerenciamento e a avaliação das ações desenvolvidas por estes profissionais são atividades atribuídas aos enfermeiros e que permitem a realização conjunta com outros profissionais da Atenção Básica.

Uma mudança significativa nas atribuições específicas dos enfermeiros está na supervisão das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que, nesta edição da PNAB, foram autorizados a aferir a pressão arterial, verificar a glicemia capilar e a temperatura axilar

⁹A consulta de enfermagem é composta por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. São elas: a) coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; b) diagnóstico de enfermagem; c) planejamento de enfermagem; d) implementação e e) avaliação de enfermagem³⁵.

e realizar técnicas de curativos. Esta mudança nas atribuições dos ACS pode remeter-nos ao ressurgimento dos “antigos atendentes de enfermagem” e favorecer o conflito de práticas entre estes e os técnicos/auxiliares de enfermagem.

O Conselho Regional de Enfermagem posicionou-se a favor da reformulação da PNAB 2017 através de um debate nacional entre gestores, usuários, profissionais e representantes da sociedade. As novas competências designadas aos agentes comunitários de saúde divergem da legislação que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem. Esta alteração nas competências dos ACS também é preocupante pois expõe a população a riscos pela realização de procedimentos por profissionais sem a devida formação técnica e por não haver normas que norteiam estas atividades¹⁰.

2.3 As atribuições dos enfermeiros segundo o Conselho Regional de Enfermagem e a Secretaria Municipal de Sorocaba

A regulamentação do exercício da enfermagem³⁷ dá-se por meio da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. De acordo com o regulamento, a enfermagem pode ser exercida por profissionais devidamente habilitados e inscritos no Conselho Regional de Enfermagem da área na qual exercem a profissão. Faz parte do quadro profissional da enfermagem os auxiliares e técnicos de enfermagem, os parteiros e os enfermeiros.

Na regulamentação do exercício profissional, são definidas especificamente cada uma das categorias profissionais e suas respectivas atribuições. Aos enfermeiros compete a execução de todas as atividades de enfermagem e, privativamente, cabem-lhe as seguintes atribuições: a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; i) consulta de enfermagem; j) prescrição da assistência de enfermagem; l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; m) cuidados de

¹⁰Matéria disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-se-reune-com-agentes-de-saude-para-tratar-da-pnab_55804.html

enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas³⁷.

Enquanto membro de uma equipe de saúde, a lei nº 7.498/86 também define algumas atribuições dos enfermeiros: a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; i) execução do parto sem distocia; j) educação visando à melhoria de saúde da população³⁷.

De acordo com o Regimento Interno das Unidades Básicas de Sorocaba³⁸, atualizado em 2018, as atribuições específicas dos enfermeiros são as mesmas descritas na Política Nacional da Atenção Básica 2017, bem como as atribuições dos demais profissionais da Atenção Básica.

2.4 O advento das mídias sociais: novas práticas relacionais provocando diferentes relacionamentos, pensamentos e comportamentos

Nas últimas décadas, com o surgimento da internet, as sociedades têm vivenciado, de forma geral, uma revolução nos modos de se comunicar. Especialistas das áreas da tecnologia e da informática criaram diferentes recursos tecnológicos que permitiram a conexão de milhares de pessoas pelo mundo, transpondo as distâncias geográficas, favorecendo a comunicação entre aqueles que dispõem de acesso a equipamentos e à tecnologia. Com isso, a disseminação de informações nos variados segmentos sociais dá-se em questão de segundos e as repercussões impactam em todos os ambientes, do familiar ao político-econômico. Tal fato esteve bastante presente nas últimas eleições para presidente no Brasil. Nesse contexto, a enorme utilização das redes sociais facilitou uma grande disseminação de notícias falsas, as chamadas “fakenews”.

O uso das tecnologias e das novas ferramentas de comunicação também surgiu no campo da saúde, sendo as redes sociais uma prática recorrente entre os profissionais. Por meio delas, é possível participar de comunidades que congregam os mesmos interesses, inteirar-se de atualizações temáticas em diferentes ambientes virtuais e compartilhar as experiências profissionais³⁹.

A partir da década de 90, o avanço tecnológico e os desafios postos em termos de relacionamentos pessoais - da exigência na rapidez ao acesso às informações - e no atendimento às necessidades de consumo oportunizaram uma franca expansão das mídias sociais.

As mídias sociais podem ser compreendidas como uma variedade de ferramentas baseadas na internet que promovem a conexão, a colaboração e a comunicação entre as pessoas em tempo real⁴⁰.

Dentre as mídias sociais, destacam-se as redes sociais que oferecem a oportunidade de compartilhamento de informações e troca de experiências, além de favorecer uma rápida atualização sobre diversos assuntos e dar um sentimento de pertencimento aos seus participantes. A regulação dos conteúdos, a garantia do sigilo profissional e o respeito à ética desafiam os códigos de ética das profissões da área da saúde⁴¹.

Uma revisão integrativa de literatura realizada em artigos internacionais publicados entre 2011 e 2016 sobre a utilização de redes sociais nos processos de trabalho em enfermagem demonstrou que 70,5% dos estudos selecionados foram utilizados para fins de pesquisa. No âmbito nacional, há evidências de que a utilização das redes sociais na área da educação em enfermagem tem trazido diversos benefícios aos alunos, aos educadores, aos profissionais e aos serviços. No entanto, as experiências nas esferas nacional e internacional, nesse período, ainda se mostravam escassas⁴².

Nesse campo, o uso do aplicativo WhatsApp tem se mostrado uma prática frequente. Trata-se de um programa de troca de mensagens instantâneas de texto ou de voz, viabilizadas por meio da internet, que possibilita o compartilhamento de documentos, fotos e vídeos⁴³. Outro recurso disponibilizado é a formação de grupos de conversas, que permite tanto uma discussão em tempo real entre seus membros, quanto uma participação mais tardia.

E, nesse contexto, os enfermeiros se veem desafiados a adaptarem os valores mais conservadores da profissão com as facilidades disponíveis no campo das tecnologias de comunicação, buscando atender suas necessidades profissionais, potencializar as ações

educativas frente aos pacientes e/ou equipes de trabalho, bem como dar outros usos possíveis ao recurso.

Nas últimas décadas, o uso das tecnologias de informação e de comunicação vem incorporando-se ao arsenal das metodologias científicas disponíveis ao pesquisador. Em pesquisas na área da saúde, as mídias sociais estão sendo utilizadas em diversos campos e com distintas finalidades. Dentre elas, é possível citar a avaliação das relações acadêmicas entre professores e alunos da enfermagem, entre profissionais e pacientes e entre os próprios profissionais.

Um desses estudos avaliou a utilização do WhatsApp como um recurso para inovação das experiências de aprendizagem entre os estudantes de graduação do curso de enfermagem. Dentre as principais contribuições das discussões do grupo, destacaram-se o fornecimento de uma estrutura de apoio para a integração entre teoria e prática clínica, a oportunidade para esclarecimentos, além da oferta de um espaço virtual para a prática colaborativa e do suporte acadêmico para o aprimoramento do processo de aprendizagem⁴⁴.

Outro artigo avaliou o uso da mídia social Facebook para a divulgação de um vídeo educativo relacionado às boas práticas de cuidado no manejo da dor neonatal e sua utilização foi considerada viável, rápida na obtenção das respostas, de baixo custo e promissora para coleta de dados e disseminação do conhecimento. Frente a isso, os autores sugerem o uso desta mídia aos pesquisadores como uma nova forma de apresentar os resultados de pesquisas e, num sentido mais amplo, de contribuir para a diminuição das iniquidades do sistema de saúde e da exposição a riscos desnecessários e iatrogênicos. Este mesmo estudo aponta as limitações do uso das mídias sociais em investigações científicas e não excluiu o valor dos métodos tradicionais de pesquisa e, sobretudo, destaca a necessidade do aprimoramento na avaliação dos resultados obtidos por meio destes recursos tecnológicos⁴⁵. Sendo assim, a utilização das mídias sociais em pesquisas científicas constitui um grande campo a ser explorado.

Outra pesquisa realizada em dois serviços especializados em HIV/AIDS, de Fortaleza/CE, analisou os depoimentos de pessoas com HIV durante um acompanhamento em saúde, a partir do aplicativo WhatsApp. Constatou-se que houve a promoção do acesso do paciente ao profissional de saúde, tornando os pacientes mais seguros para superarem as dificuldades com o tratamento, além oportunizar a troca de experiências e promover comportamentos saudáveis⁴⁶.

Dessa forma, esta investigação reconhece a importância que as mídias sociais assumiram no campo da pesquisa científica nos últimos anos e propõe-se a compreender as práticas profissionais dos enfermeiros da Atenção Básica contando com o aplicativo WhatsApp como um dos instrumentos de coleta de dados da investigação.

CAPÍTULO 3: O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 A abordagem da Análise Institucional das Práticas Profissionais (AIPP)

Para ampliar a compreensão das práticas profissionais dos enfermeiros na Atenção Básica no município de Sorocaba/SP, bem como seus desdobramentos e efeitos nas equipes, nos usuários e nos outros profissionais, esta pesquisa de doutorado tem como base teórico-metodológica a Análise Institucional (AI), na perspectiva da Análise Institucional das Práticas Profissionais¹⁻⁸(AIPP).

A Análise Institucional surgiu durante a década de 1960, na França, a partir de discussões entre pesquisadores e profissionais de diversas áreas do conhecimento, que, de maneira geral, questionavam a ordem social e suas próprias práticas de trabalho. Alguns desses estudiosos também realizaram intervenções em organizações educacionais, associativas etc⁴⁷. Na década de 1970, a AI foi introduzida no Brasil e, nos últimos anos, este referencial teórico vem ganhando expressão nas pesquisas e nas intervenções no campo da saúde coletiva^{48,49, 50}.

O objetivo da Análise Institucional é trazer à luz determinadas realidades sociais e organizacionais e compreendê-las a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos. Para tanto, utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são encomenda e demanda, transversalidade, analisador e implicação, tendo por base um conceito dialético de instituição⁵¹.

Inspirado nos autores Hegel e Castoriadis, em 1969, René Lourau propôs uma atualização do conceito de instituição em sua Thèse d'État, intitulada *L'analyse Institutionnelle*, defendida na Universidade de Nanterre, em 1969 e publicada no ano seguinte, na França, e em 1975 no Brasil⁴⁹.

A característica inovadora do conceito de instituição desenvolvida pelo autor está no seu caráter dialético e na possibilidade de sua articulação com as disciplinas da filosofia do direito e da sociologia, assim como da antropologia e da teoria do marxismo⁴⁹. Dessa forma, este conceito é apresentado para além das perspectivas legais e formais que definem um estabelecimento ou uma organização. São acrescentadas e ressaltadas as características imateriais, subjetivas e dinâmicas que permitem uma compreensão ampliada do conceito de instituição. Para Lourau, as instituições são normas que também incluem a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. Fazem parte do conceito de

instituição as relações sociais reais, bem como as normas sociais. A instituição atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica dos grupos e dos indivíduos⁵².

Nesse sentido, o conceito de instituição é apresentado como resultado da articulação entre três momentos: o momento da universalidade ou o instituído, pelo qual a instituição é reconhecida e nomeada; o momento da particularidade ou o instituinte, que não cessa de negar o momento anterior; e o momento da singularidade, resultado da relação dialética entre os dois momentos anteriores, que é a institucionalização, mediante a qual a instituição é tensionada e se atualiza na ação dos sujeitos que a constituem⁴⁷.

Moura⁵³ destaca que o instituído se apresenta como aquilo que se considera como normal, natural e universal à ordem, aos valores e aos modos de representação e de organizações vigentes e o instituinte como sendo relativo aos questionamentos dessas características universalizadoras e naturalizadoras das forças instituídas, o que alimentaria a capacidade de mudança e criação de novas práticas institucionais.

Dessa forma, através de uma breve apresentação da história da enfermagem no Brasil e de uma reflexão a respeito das práticas profissionais dos enfermeiros na Atenção Básica, esta investigação também pretende, através da aplicação dos conceitos da Análise Institucional, compreender a dinâmica da instituição enfermagem e situar seus profissionais frente a seus movimentos.

A abordagem da enfermagem enquanto instituição permite analisá-la de forma dialética e, com isso, o seu processo de institucionalização torna-se mais visível. Assim, os aspectos históricos, jurídicos e políticos tornam-se relevantes e facilitam a compreensão sobre o “hoje” da profissão.

Para a compreensão dos mecanismos pelos quais as instituições atuam, modificam-se e agem por meio dos atores sociais, é essencial o exercício da análise de implicação. Implicação é um conceito da AI que nem sempre se mostra uma prática agradável de ser realizada, pois coloca os sujeitos frente aos seus valores e interesses muitas vezes ocultos a eles mesmos. Barbier⁵⁴ definiu as três dimensões da implicação: a afetivo-libidinal, a existencial e a estruturo-profissional. A implicação é a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição e com a sociedade mais ampla e sua existência é alheia aos nossos desejos. Trata-se, pois, de analisar mais o modo de implicação do que sua existência, ou intensidade. Trata-se de

compreender nossa modalidade de relação com as instituições nas quais estamos inseridos, considerando que essa implicação tem efeitos mesmo que nós não saibamos¹.

Lourau divide as implicações em primárias e secundárias. A primeira diz respeito às implicações do pesquisador com seu objeto de estudo ou campo de intervenção. Também se refere às relações do pesquisador com a equipe de investigação e a própria instituição de pesquisa, bem como outras de seu pertencimento. A implicação primária manifesta-se também em relação às encomendas e às demandas sociais. Já as implicações secundárias associam-se mais ao contexto social-histórico e aos modelos utilizados para o desenvolvimento do trabalho e, da mesma forma, no processo de escrita e exposição da pesquisa⁵⁵.

Além de nomear as implicações, é necessário analisá-las no contexto onde estão ocorrendo. Tal análise é de grande relevância por facilitar a compreensão deste contexto e da pesquisa e/ou intervenção e, sobretudo, para esclarecer a interpretação dos resultados encontrados na investigação.

Desde os marcos fundadores da instituição enfermagem, a profissão traz em si fortes implicações que acabaram por estruturar sua essência, como a religiosidade, a subserviência, a abnegação, a santidade, dentre outras. Incorporadas ao seu modo de ser, fazer e formar, essas implicações foram passadas, professor por professor, profissional por profissional, e foram capazes de atravessar o tempo. Na atualidade, algumas dessas categorias de implicação ainda influenciam a formação e a prática dos enfermeiros.

Como dito anteriormente, a análise das implicações é uma prática complexa, logo, sua aplicação pode fazer emergir os conflitos, as impotências, os mal-estares e os desconfortos e a revelação de situações não esclarecidas, ocultas e que podem atuar como barreiras para o desenvolvimento de alguma medida importante, seja no âmbito individual ou coletivo. Para a Análise Institucional, os não-ditos institucionais devem preferencialmente ser postos em análise coletiva⁴⁹.

No Institucionalismo, em um sentido amplo, o não-dito compreende a relação de não-saber que cada momento da instituição guarda com respeito ao outro e o não-saber que cada saber contém pelo fato de ser específico⁵⁶. De acordo com Baremlit, o não-dito basicamente refere-se a todas aquelas informações que estão omitidas ou distorcidas nos discursos, textos, atitudes, comportamentos ou qualquer outra forma de expressão ou manifestação. Tais ocorrências podem ser voluntárias ou involuntárias, conscientes ou não, assumidas ou não, mas são consideradas, invariavelmente, fontes de mal-entendidos e conflitos

que afetam a convivência, ou então causas ou efeitos de um desconhecimento cuja superação se supõe enriquecedora⁵⁶.

No decorrer da história da enfermagem no Brasil, o processo de institucionalização da enfermagem foi submetido a diversos recursos de disciplinarização profissional e teve que enfrentar uma série de obstáculos para sua formalização político-jurídica. Certamente esse processo histórico produziu um acúmulo de não-ditos e seus efeitos podem reverberar ainda nos dias de hoje. Esta pesquisa pretende - através da elucidação dos não-ditos da enfermagem, que se manifestam de maneiras diretas ou disfarçadas - identificar outro conceito da Análise Institucional: o analisador.

O analisador *provoca e faz a instituição falar*⁴⁷. Ao ser identificado, o analisador revela, sobretudo, as relações de pessoas, grupos, classes, instituições e organizações, e também seu modo de funcionar⁵⁰.

A ideia essencial do analisador é promover a decomposição de uma totalidade e trazer à luz os elementos que compõem o conjunto, e, em certa medida, produzir uma análise. Em uma instituição, denomina-se analisador os lugares onde se exerce a palavra, bem como a certos dispositivos que provocam a revelação do que estava escondido. Neste sentido, o analisador mostra-se como um revelador, um catalisador de sentidos: realiza, ele mesmo, a análise⁵⁷.

Outro conceito que Lourau incorporou na Análise Institucional é a transversalidade, desenvolvido por Félix Guattari no âmbito da Psicoterapia Institucional. Através da compreensão da origem dos vínculos formais/verticais e informais/horizontais desenvolvidos na instituição, bem como a superação do impasse entre as relações mais hierarquizadas e aquelas mais democráticas, é possível desenvolver o coeficiente de transversalidade. Quanto maior for este coeficiente, maior a possibilidade de um grupo ser sujeito, e quanto menor, ao contrário, os grupos se manter-se-ão na condição de grupo sujeitado. O grupo sujeito é aquele que busca construir sua própria autonomia a partir da interação entre seus componentes. No grupo sujeitado, os seus participantes adotam uma postura de sujeição a regras externas ou à vontade de outros atores hierarquicamente superiores a eles. O trabalho de análise dos grupos contribui para a diminuição da cegueira institucional, através do esclarecimento da natureza de seus pertencimentos, sejam eles verticais ou horizontais, permitindo que seus participantes passem de uma postura sujeitada para uma atitude que os tornem mais sujeitos de si mesmos⁵¹.

Assim como ocorre em outros segmentos da sociedade, para que a instituição enfermagem possa desenvolver o princípio da transversalidade - logo, aumentar seu grau de autonomia e empoderamento - é preciso que haja oportunidades para que a interação entre as pessoas aconteça. Desta forma, transcendendo os espaços presenciais de encontro entre atores, a dimensão tecnológica e virtual tem se mostrado uma nova possibilidade para a construção de grupos sujeitos e uma alternativa para transpor certos limites da instituição saúde.

A partir dos anos 2000, a AI insere-se com mais intensidade no cotidiano dos pesquisadores e dos profissionais da saúde. Sua crescente utilização para a análise de diferentes objetos de investigação e de modos de intervenção na Saúde Coletiva revela o potencial teórico e prático deste instrumental para a realização das pesquisas e intervenções neste campo.

Os diversos capítulos publicados na Coletânea Análise Institucional e Saúde Coletiva, publicada em 2013, demonstram essa articulação da AI e Saúde Coletiva e as diferentes formas como este aporte teórico foi utilizado, em especial, na abordagem das práticas profissionais⁵⁰.

O processo de produção de saúde é realizado pelos diferentes profissionais que compõem o quadro de trabalhadores da saúde. Desde os que atuam nos “bastidores”, como nos setores de licitações, compras e tecnologias, bem como os que estão na “linha de frente”, como médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, gestores locais e outros profissionais que conformam as redes de serviços na saúde.

Dessa maneira, existe uma particularidade no trabalho na saúde: tanto ocorre a produção de cuidados específica de determinadas categorias profissionais, quanto há uma produção coletiva da assistência, resultante da articulação das atividades que compõem a atenção dispensada pelos diferentes profissionais⁴⁹.

Para Monceau, a prática profissional transcende a realização dos afazeres específicos de cada profissão. Manifesta-se para além das técnicas e das burocracias. Pode ser entendida como toda prática social, incluindo maneiras de relacionar-se com os outros membros da profissão e/ou com outras instituições envolvidas na profissão. Trata-se de pensar essas relações e de atribuir-lhes sentidos e valores. Para o autor, é desta forma que os profissionais se reconhecem entre eles, pelos elementos implícitos, compartilhando os elementos comuns de subjetividade⁵⁸.

A exemplo de outras profissões, a prática de enfermagem é uma ação social que vem se transformando ao longo do tempo e diferencia-se de acordo com a dinâmica das instituições, dos profissionais e dos usuários envolvidos em sua realização. Dentre algumas possibilidades do exercício profissional, estão as instituições públicas, privadas, filantrópicas e Organizações Não Governamentais (ONGs).

No sistema público de saúde, os principais *locus* para as práticas de enfermagem são os hospitais, os serviços móveis de urgência, as unidades básicas de saúde, os ambulatórios especializados e, recentemente - frente ao envelhecimento da população - as práticas de enfermagem gradualmente retornam aos domicílios.

Nesta pesquisa, as práticas profissionais dos enfermeiros atuantes na Atenção Básica no município de Sorocaba/SP foram objetos deste estudo.

3.2 A interlocução entre métodos: a proposição de um método semiflexível para a coleta de dados e o surgimento natural de um método flexível vindo dos participantes

Participaram desta investigação os enfermeiros em exercício nas 32 Unidades Básicas de Saúde do município de Sorocaba/SP. O critério de inclusão dos participantes na pesquisa foi atuar como enfermeiro em uma UBS tradicional e no modelo de Unidade Saúde da Família (USF). Foram considerados critérios de exclusão, quaisquer formas de afastamento e/ou licença do trabalho no período da realização da investigação.

O primeiro instrumento utilizado para a coleta de informações foi um questionário com oito questões fechadas e uma aberta. Foram distribuídos 103 questionários para todos os enfermeiros e recolhidos conforme as pactuações individuais com cada profissional. Contribuíram com esta etapa do estudo 34 enfermeiros, identificados sequencialmente de Enf. 1 até Enf. 34.

Para o recolhimento individual dos questionários, foi solicitado o contato telefônico de todos os enfermeiros que preencheram o instrumento de pesquisa ou se comprometeram a devolvê-lo em outra ocasião. Para tanto, pretendia-se utilizar um recurso do aplicativo do WhatsApp, denominado Lista de Transmissão, para a realização desta atividade. A lista de transmissão é uma lista de contatos previamente salva em celulares, da qual é possível enviar mensagens para diversas pessoas, sem ter que selecioná-las uma a uma. O receptor das mensagens, ao respondê-las, tem o conteúdo enviado visto apenas pelo emissor da mensagem.

Sendo assim, não há interação entre os participantes da lista, ao contrário do que acontece com o recurso de grupos do mesmo aplicativo.

No entanto, o que ocorreu foi a criação praticamente inesperada ou equivocada de um grupo do WhatsApp, e a orientadora, ao tomar contato com as mensagens, notou que havia um material relevante que poderia ser objeto de análise. Mesmo após a explicação do ocorrido, alguns enfermeiros que participavam do grupo propuseram a continuação das conversas por meio do aplicativo e a interação entre os enfermeiros foi se desenvolvendo ao longo do tempo. Esta ocorrência foi apresentada à banca de qualificação da pesquisa e, após a sua validação, anunciei a proposta para o grupo de enfermeiros do aplicativo WhatsApp e dei seguimento a todos os procedimentos burocráticos necessários. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp, sob o parecer nº 2.533.909. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme previsto na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e todas as recomendações previstas para esse tipo de investigação foram seguidas.

Foi assim que, no transcorrer da pesquisa, surgiu naturalmente o segundo instrumento de pesquisa. Este dispositivo atuou de maneira complementar às informações obtidas pelos questionários e permitiu analisar em tempo real as instituições e os efeitos que permeiam as práticas profissionais dos enfermeiros da Atenção Básica no município de Sorocaba/SP.

3.2.1 O primeiro instrumento de pesquisa: o questionário e seus desdobramentos

Para o recolhimento dos 34 questionários distribuídos nas 32 UBS do município ocorreram cerca de 75 visitas e quase 60 dias para finalizar a atividade. Dentre outros aspectos, através desse instrumento foi possível captar as diferentes relações dos enfermeiros com a formação profissional, o trabalho na Atenção Básica, o Conselho Regional de Enfermagem, as suas equipes e a SMS.

Os questionários foram transcritos um a um e as respostas agregadas de acordo com o número da questão. Em seguida, cada questão foi lida diversas vezes e as respostas agrupadas conforme se assemelhavam e se diferenciavam entre si. Embora esta pesquisa não seja de natureza quantitativa, contei o número de respostas que se aproximavam dentro de cada conjunto de ideias. Contudo, a somatória das respostas não dará cem por cento, considerando

que não se tratam de respostas exatas e, em alguns casos, não foi possível compreender o sentido dado pelo participante, ou mesmo, não entender partes do que foi escrito.

Sob diversas perspectivas, esta etapa do processo da pesquisa foi fundamental tanto para a busca de respostas desta investigação quanto aos efeitos produzidos em mim, sobretudo em questões de foro íntimo e em minhas práticas profissionais, considerando a análise de implicações feita no início desta pesquisa.

O conteúdo dos questionários preenchidos pelos enfermeiros será discutido em um capítulo específico a esse tema.

Para mim, o processo de entrega e recolhimento dos questionários, em primeiro lugar, me pôs frente ao medo de me deparar com as cobranças dos colegas enfermeiros quanto aos “tempos de gestão”, a exemplo do que aconteceu quando iniciei minhas atividades na UBS. Não sei se a palavra correta é cobrança, mas ouvir coisas como “agora você vai ver o que é trabalhar”, “aqui a gente trabalha”, “chegou agora e já quer sentar na janelinha”. E, para minha surpresa, isso não aconteceu. Pelo contrário, muitos enfermeiros fizeram questão de me apresentar os trabalhos e as dificuldades que vivenciavam. Claro que alguns, a minoria, não manifestavam interesse em conversar ou participar da pesquisa, mas isso já era previsto.

Em segundo lugar, me dirigir às UBS me fez conhecer grande parte do território do município e, principalmente, as próprias UBS e os inúmeros enfermeiros que, apesar dos 17 anos de trabalho na PMS, não tinha tido a oportunidade de conhecer. O simples fato de entrar em cada uma das UBS já me dizia muitas coisas e eu pensava no que eu gostaria e não gostaria de ter na UBS onde eu atuava e ainda atuo. Certamente, em sua maioria, estas questões não estavam dentro da minha governabilidade, mas no que eu posso apoiar para que se institua, se extinga ou permaneça no meu local de trabalho, eu apoio. Cito como exemplo a manutenção da limpeza e do aspecto de zelo pelo prédio da UBS. Algumas UBS davam uma sensação muito ruim de abandono, seja pelas condições prediais, seja pela escuridão, desorganização de prontuários, inúmeros cartazes e furos espalhados pelas paredes, pinturas antigas e desgastadas, enfim... fiquei grata pelas boas condições do prédio onde trabalho e me esforço para que se mantenha assim.

Em terceiro lugar, as visitas pelas UBS também me mostraram como é difícil entender a lógica de distribuição de trabalhadores pelos serviços. Havia UBS de grande porte com apenas um enfermeiro atendendo sozinho no seu período de trabalho, enquanto em outras menores havia maior número de profissionais. Claro que aqui cabe, mais uma vez, a análise de

minhas implicações, pois após o início de minhas atividades na UBS, me senti prejudicada pela gestão diversas vezes. Nos dois primeiros anos na UBS, me considerei a única enfermeira do período, pois, apesar da gestão dizer que na minha UBS havia dois enfermeiros no meu turno de trabalho, não era possível contar com a presença do outro profissional. Nos dois anos seguintes, após a aposentadoria deste colega de trabalho, realmente tornei-me a única enfermeira do período da manhã na UBS, situação que só foi modificada recentemente, após a realocação dos profissionais da rede de urgência e emergência. Nesse período de quatro anos, vários obstáculos eram colocados pela gestão local, que relatava estar respaldada pela gestão regional, quando precisava de folgas e férias, com a justificativa de que não conseguiam cobertura para mim. E por fim, a própria restituição da minha pesquisa frente aos enfermeiros participantes da investigação - que por motivos que escapam à minha compreensão - foi parcialmente autorizada em cima do dia pré-combinado com os enfermeiros, dificultando ainda mais a participação deles. Aqui cabe uma observação: dos 22 participantes do WhatsApp, apenas quatro manifestaram interesse em participar da restituição e, após esclarecida a situação com a gestão, apenas um confirmou a presença.

E por último, mas não menos importante, as idas às UBS me mostraram uma variedade muito grande das atividades e graus de autonomia desenvolvidas pelos enfermeiros. E de acordo com o que ia vendo, já ia tentando implementar em minhas práticas de trabalho. O que mais me chamou a atenção foi uma UBS onde a equipe de enfermagem, através do teste de acuidade visual, encaminhava o usuário para a primeira consulta oftalmológica e o procedimento era agendado assim que surgisse a vaga no sistema de marcação. Em minha UBS esse processo de encaminhamento demorava muitos meses, já que dependia do encaminhamento médico. Atualmente também faço o encaminhamento mas ainda há obstáculos internos para que isso se torne um procedimento rotineiro. Em uma UBS também notei um enfermeiro com uma aparente apatia frente ao trabalho e o profissional se misturava com o acúmulo de materiais e a escuridão da UBS. Essa cena me impressionou e reafirmei para mim que, independente dos motivos, que dependesse de mim, não desejava viver essa mesma situação.

Enfim, a análise da distribuição de profissionais pelos serviços de saúde não é o propósito desta pesquisa, no entanto, as visitas pelas UBS me mostraram que, apesar da possível má distribuição de profissionais pela rede e de condições adversas de trabalho, também há muita resistência por parte enfermeiros para a superação das dificuldades enfrentadas no trabalho e um forte compromisso com o atendimento aos usuários.

3.2.2 Um dispositivo de pesquisa natural: o aplicativo WhatsApp

Inicialmente participaram do grupo de conversa 44 profissionais, e, entre entradas e saídas, permaneceram 22. Os profissionais que responderam ao questionário e/ou participaram do grupo do aplicativo, foram identificados sequencialmente de Enf. 1 a Enf. 41.

A função de administradora do grupo foi assumida por mim e uma participante propôs que após o fim da pesquisa, todos poderiam assumir esta função. No entanto, ao serem questionados quanto aos rumos do grupo após o término da investigação, não houve propostas de alterações. A pedido de alguns integrantes do grupo, outros enfermeiros da rede foram incorporados à ele.

As conversas registradas no aplicativo WhatsApp, no período de dezesseis de outubro de dois mil e dezessete a onze de abril de dois mil e dezoito totalizaram 31 páginas de diálogos, excluindo-se todas as imagens. Estas conversas foram convertidas em arquivo de texto, impressas e lidas diversas vezes com a finalidade de identificar os temas recorrentes no grupo. Os assuntos foram agrupados em categorias distintas e selecionados os trechos das mensagens que faziam mais sentido ao mote da investigação. Pequenas correções sintáticas, em termos e siglas foram realizadas e preservaram-se as letras em caixa alta, compreendidas como ênfases frente a situações e/ou ideias.

Os trechos dos diálogos produzidos no aplicativo WhatsApp foram selecionados de maneira a apresentar todo o conteúdo da discussão iniciada. Contudo, outras manifestações sobre o assunto ocorreram entre os recortes das falas. Em algumas ocasiões, as conversas foram agrupadas de acordo com a semelhança dos temas. As datas e o tempo de duração das discussões não foram descritas neste trabalho, considerando que as participações em tempo real, abordando situações que estão ocorrendo no momento ou no passado, são características dos grupos de conversa desse aplicativo.

O processo de categorização dos assuntos que surgiram no grupo com mais frequência, permitiu o acompanhamento do cotidiano do trabalho dos enfermeiros, evidenciando as aproximações e as diferenças nos processos de trabalho da enfermagem instituídos nas distintas UBS e USF e os recursos dos quais os profissionais lançam mão para a execução de suas práticas profissionais.

CAPÍTULO 4: SOBRE OS ESCRITOS E AS CONVERSAS

4.1 A análise dos questionários: conhecendo as singularidades e o coletivo dos enfermeiros

Responderam ao questionário 34 enfermeiros, sendo 31 mulheres e três homens. Destes, 31 eram formados em instituições de ensino privado, com uma média de uma e meia especialização por pessoa, sejam especializações *lato* ou *strito sensu* ou residências/cursos de aprimoramento. Oito enfermeiros não tinham nenhum curso de formação complementar e um deles tinha cinco. Em média, os participantes tinham sete anos de experiência na Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba, tendo o enfermeiro mais novo, sete meses de atuação e o mais antigo, 26 anos.

Os questionários foram transcritos um a um e as respostas foram agregadas de acordo com o número da questão. Em seguida, cada questão foi lida diversas vezes e agrupei as respostas que se assemelhavam e as que se diferenciavam entre si.

Conforme mencionado anteriormente, embora esta pesquisa não seja de natureza quantitativa, contei o número de respostas que se aproximavam dentro de cada conjunto de ideias. A somatória final não dará cem por cento, considerando que não se tratam de respostas exatas.

Nesta análise as respostas foram agrupadas de acordo com algumas temáticas, tais como: o processo de formação dos enfermeiros, as relações com os órgãos de classe e com a SMS/Sorocaba, as transformações no contexto do SUS, bem como as possibilidades de reformulação das práticas e os sentimentos em relação ao trabalho.

As contribuições da formação na graduação para a realização das práticas profissionais cotidianas no local de trabalho

De forma geral, houve um reconhecimento sobre a contribuição da graduação no dia a dia do trabalho, tanto pelos conteúdos teóricos discutidos, quanto pelos estágios realizados no período de formação. Esse reconhecimento passa pelo desenvolvimento de habilidades técnicas, da capacidade de reflexão e organização do trabalho, de criticidade, de compreensão dos princípios éticos da profissão e de clareza e segurança para o desempenho de suas funções, conforme explicitado por alguns enfermeiros.

Para o Enf. 23, “apesar das diversas mudanças e avanços da prática de enfermagem os princípios e fundamentos da enfermagem contribuíram muito para o desenvolvimento do [meu] trabalho com segurança e responsabilidade, além de todo o embasamento técnico e teórico recebido na minha formação”. Segundo o Enf. 10, “a graduação forneceu a informação técnica e ética necessária para desenvolvimento, tanto de habilidades manuais, quanto para melhorar a reflexão do próprio trabalho”. O Enf. 14 informa: “na graduação tive vivências que mais tarde passei para o local de trabalho, os estudos e discussões permitem com que eu seja mais reflexivo, crítico, tenha um olhar integral para situações e pessoas”. Para o Enf. 6, sua formação tornou-o apto para a compreensão: “1) de sua atribuição no trabalho/planejamento/coordenação/avaliação dos serviços; 2) da importância do trabalho em equipe; 3) do princípio de liderança; 4) da humanização do atendimento ao cliente; 5) da importância da educação continuada da equipe. O Enf. 20 também destaca o entendimento de suas atribuições como contribuição da graduação: “organização, supervisão, priorização de casos em acolhimento; educação em saúde aos funcionários e população”. Para o Enf. 27, “a graduação contribui em todas as atividades no meu trabalho, como avaliações e classificações de risco, atendimento às consultas programadas, puericultura e gestantes”. O Enf. 25 coloca que “durante a formação, aprendi todas as técnicas e processos de trabalho de enfermagem”. Para o Enf.11, “a graduação contribuiu para o aprimoramento científico, muitas vezes nos deparamos com tomadas de decisões complexas que se não fosse a base que tive na minha graduação, não saberia resolver com clareza e segurança”.

Também fica evidente que a formação acadêmica muitas vezes não é suficiente para lidar com determinados desafios e exigências impostas no/para o trabalho na saúde. Para o Enf. 32, “a graduação possibilita o conhecimento, atualização, discussão, reflexão, em sua grande parte, na teoria, da área em que atuamos. Porém a prática das atividades exige muito do profissional, frente aos desafios que enfrentamos como falta de verbas, equipe multiprofissional [uma equipe multiprofissional incompleta] falta de RH, despreparo e desinteresse dos profissionais concursados (nem todos), não investimento em atualização, população interessada em cuidados curativos, interesses políticos acima de tudo, enfim, são inúmeras as dificuldades que encontramos na prática da rotina no dia a dia”. Para o Enf. 22, “a teoria foi bem completa ao sair da faculdade [mas] pela inexperiência ficamos inseguros e até mesmo pouco vulneráveis nas condutas, porém não há comprometimento da base teórica e com o tempo aprendemos a tomar as decisões e ações adequadas à nossa formação. A prática precisei aprimorar”.

Nota-se também a diferença do enfoque das instituições formadoras entre as que enfatizam a área hospitalar e as que ressaltam a Saúde Coletiva. Três enfermeiros reconhecem a relevância da disciplina de Saúde Coletiva na grade curricular e a influência direta no trabalho. Analisando as contribuições da sua formação acadêmica em sua prática profissional, o Enf. 8 afirma que foram “todas, pois minha graduação foi voltada para a saúde coletiva desde o foco da EERP/USP até meus estágios voluntários e supervisionados (no final do curso) foram na Atenção Básica e ESF. A formação teórica e a vivência prática com os diversos docentes subsidiam a minha prática profissional, mestres como a Maria José Bistafa (Prof^a da Escola de Enfermagem da USP/Ribeirão Preto) são poucos. Os estágios na área hospitalar me ajudaram na visão clínica, mas o vínculo foi a vivência na ESF”. Para o Enf. 18, “a graduação foi voltada, além de outras práticas, para a prática na saúde pública, através da inserção nos programas e reconhecimento do papel do enfermeiro frente a equipe multiprofissional e população”. OEnf. 17 aponta: “tive um bom embasamento na graduação em saúde pública o que permitiu com que me familiarizasse com os programas de saúde (PAC/PAISM/HIPERDIA)”.

Alguns enfermeiros reconhecem que o enfoque da graduação foi na área hospitalar e que foram as trocas de experiências, o “fazer em si” no dia a dia do trabalho que foram complementando a formação profissional. Para o Enf. 15, “a minha graduação me trouxe um enfoque em atendimento hospitalar. Claro que recebi sim [conhecimentos sobre] as práticas em saúde pública, porém, em menor tempo. Elas contribuíram positivamente para minhas práticas profissionais, apesar de que a maior parte da minha prática profissional aprendi com outros colegas”. O Enf. 16 afirma: “minha formação profissional contribui em aproximadamente 60% para a realização da prática profissional. Fui aprendendo, realizando, fazendo de fato a prática baseada na teoria da academia”. Segundo o Enf. 5, “minha graduação contribuiu de maneira positiva em meu conhecimento técnico científico, campos de estágio foram ótimos. Porém, somente no cotidiano desenvolvemos o relacionamento interpessoal e práticas”.

No entanto, dois enfermeiros consideram que as contribuições da formação em suas práticas não foram muito expressivas. Para o Enf. 30, “usa-se pouco da formação da graduação... utilizo, na elaboração de escala, terminologias, sinais e sintomas para priorizar casos”. Para o Enf. 34, “foi no último ano que tivemos saúde pública. Fui inspirado por uma professora. Porém, acredito que de forma geral, a contribuição na formação foi mínima”.

As dificuldades encontradas na atuação profissional decorrentes das mudanças tecnológicas e das transformações no contexto do SUS e os mecanismos de superação

Quando questionados quanto às dificuldades encontradas na atuação profissional decorrentes das mudanças tecnológicas, onze enfermeiros relatam não ter dificuldades para o manejo dos sistemas de informação utilizados na Atenção Básica. Pelo contrário, estes são vistos como recursos facilitadores das atividades diárias, contudo, diversos fatores minimizam os resultados positivos do uso da tecnologia no dia a dia.

Segundo o Enf. 32, “as mudanças tecnológicas evoluíram bastante e se tornaram um instrumento importante para organizar, realizar trabalhos, como armazenar dados, enfim são inúmeras as possibilidades de atrelar a tecnologia à nossa rotina de trabalho. Acredito que a dificuldade aparece mais para os profissionais mais antigos que não tiveram essa ‘intimidade’ como se tem agora com essa tecnologia. Precisamos nos apropriar dessa tecnologia através de cursos, e prática”.

De acordo com o Enf. 25, “sobre o uso de tecnologias de informação, não tenho dificuldades no uso. Porém, observo que muitas vezes o SUS está defasado no uso de tecnologias de diagnósticos e tratamentos de doenças. Mesmo as tecnologias de informação poderiam ser mais utilizadas no SUS (ex: WhatsApp, Facebook, etc)”. “Na prática, poucas coisas mudaram, porém a tecnologia veio a contribuir para um melhor desenvolvimento do trabalho”, aponta o Enf. 29.

Para o Enf. 4 “em relação às mudanças tecnológicas não enfrento dificuldades, porém nas transformações do contexto do SUS é um desafio diário, pois a equipe não tem suporte e estrutura para atuar com os princípios do SUS com a população em crescimento”. O Enf. 15 coloca “não encontro dificuldades tecnológicas no contexto do SUS, encontro apenas dificuldade de recursos tecnológicos a fim de utilizar as tecnologias oferecidas pelo SUS”. Segundo o Enf. 16, “acredito que a tecnologia vem para somar com a prática; é necessário que diante de qualquer mudança tecnológica se faça treinamentos para garantir a qualidade da assistência. Procuro estudar mais e treinar mais para superar as mudanças tecnológicas”.

No entanto, dois enfermeiros reconhecem que faltam capacitações específicas na área e retaguarda técnica para o manejo do sistema, bem como a dificuldade de alguns funcionários em lidar com a tecnologia de informação. De acordo com o Enf. 30, “não tenho muita dificuldade com as mudanças tecnológicas, mas sinto falta de um treinamento amplo e específico a todos. Quando desconheço, busco informação, mas até quem foi treinado não sabe responder. Falta padronização [na utilização do sistema de informação] na PMS”. Para o Enf. 17, “não tenho dificuldades pessoalmente, porém, o problema muitas vezes, é algum membro da equipe que não está familiarizado e, muitas vezes, recusa-se a aprender”.

Quanto às dificuldades encontradas na prática profissional relativas às transformações no contexto do SUS as respostas são abrangentes e se sobrepõem às dificuldades tecnológicas.

Seis enfermeiros relatam que o número de recursos humanos é inadequado, e as condições e acesso à infraestrutura são insuficientes. O Enf. 2 relata: “déficit de recursos; dimensionamento de equipe inferior a real vivência; sucateamento das estruturas e pouca valorização profissional. Formas de superação: aprimoramento de técnicas de controle e conscientização ao uso; otimização de escalas e reuniões de motivação; vigilância e solicitações [aos funcionários] frequentes”.

De acordo com o Enf. 7, “[tenho dificuldades com] o número reduzido de RH; falta de planejamento nas ações (reuniões, oficinas etc). Planejamos todo dia escala de funcionários, fechamos algumas salas como curativo para cobertura de balcão. Bloqueamos alguns dias, nomes, a agenda para possíveis imprevistos e demanda do acolhimento”.

O Enf. 12 coloca que tem dificuldades com “a falta de RH para atuação; fazemos o que conseguimos (o que temos pernas)”. Para o Enf. 19, “uma das maiores dificuldades na atuação no SUS é a falta de profissionais e recursos escassos. Tentamos superar atuando com responsabilidade e comprometimento”. Nesse mesmo sentido, o Enf. 9 coloca que “as maiores dificuldades são a falta de material básico para o trabalho e RH reduzido para realizar o trabalho com qualidade. Trabalho com o que tenho e tento aproveitar o máximo do pouco que temos e incentivo a prática do otimismo”.

Quatro enfermeiros assinalaram a falta de tempo e de oportunidades para capacitação, assim como a dificuldade para a realização de ações educativas com a equipe de enfermagem pelos quais são responsáveis.

O Enf. 21 relata ter “dificuldade de acompanhar mudanças, no sentido de saber/ler rapidamente [os emails e informes] e passar para a equipe. Faltam reuniões de equipe. Estudo em casa: curso online. Vejo e-mail em casa. E faço reuniões rápidas com alguns funcionários”.

A falta de reuniões de equipes e treinamentos contribuem para a desatualização técnica, de informações, tanto de âmbito local quanto no sentido mais amplo das políticas de saúde. O Enf. 3 refere-se à “falta de tempo para me atualizar, pela escassez de RH, visto que considero que isso deva acontecer durante o meu horário de trabalho”. O Enf. 8 relata que o “tempo para atualização é insuficiente e alguns cursos são caros para o meu padrão financeiro.

Procuro sempre cursos/atualizações nas minhas áreas de interesse oferecidos pelo sistema público”.

Quanto à existência de um número insuficiente de atualizações, alguns participantes fazem a leitura dos e-mails institucionais para ficarem minimamente informados. De acordo com o Enf. 23, “atualmente me vejo distante das informações e atualizações diante das mudanças. A rotina de trabalho não permite momentos de discussões e troca de informações. Os informes enviados por email, pela atual gestão de saúde, têm sido a principal fonte de informação”.

Para atualização técnica da equipe, quando não é possível a realização de reuniões e treinamentos para todos, usa-se o artifício da orientação individual dos funcionários, o que sabidamente não tem a abrangência necessária, mas é o que está ao alcance de alguns enfermeiros. Esta é a estratégia utilizada pelo Enf. 1, que apresenta “dificuldade em realizar treinamento da equipe de saúde. [Resolvo] conversando individualmente com o funcionário que apresenta dificuldade em assimilar informações”.

Outra dificuldade comum citada por quatro enfermeiros é a respeito da desproporção entre a demanda de pacientes e a capacidade de atendimento da UBS. O Enf. 11 refere: “as minhas dificuldades são em relação à população que atendemos em nossa unidade, pois o SUS é para todos de forma integral e igualitária, porém devido a nossa demanda e a população de baixa renda, muitas vezes não conseguimos alcançar a todos como deveríamos fazer, sem conseguir agir para mudanças”. “Com a crise instalada no país, ocorreu o desemprego e com isso muitos perderam os convênios médicos, acarretando no aumento da demanda do SUS. Para superá-las dividimos as tarefas entre os nossos profissionais”, refere o Enf. 24. O Enf. 34 coloca que “sinto que o acesso e a equidade têm piorado nos últimos anos e com isso, os que mais precisam... [ficam] mais vulneráveis. Tenho tentado superá-las com articulação intersetorial”.

Esse desequilíbrio entre a oferta de atendimentos e a procura pelos mesmos, tem gerado barreiras de acesso aos serviços, desmotivação profissional e muitos conflitos entre usuários e trabalhadores. Para o Enf. 10, “com relação ao contexto do SUS, o desaparecimento/sucateamento progressivo do SUS tem colocado o profissional em situação de conflito constante com o usuário do sistema. A tentativa de superação dos conflitos tem gerado muito desgaste, pois o contato com o usuário é próximo e frequente, o diálogo é a ferramenta utilizada para tentar superar a situação”.

Para o Enf. 32, “já aconteceram grandes mudanças no contexto do SUS. Na realidade o contexto do SUS é bem amplo, envolve muitos conceitos relacionados à saúde como um todo, e muitos não conhecem esse universo. Também encontramos o desinteresse político de fazer funcionar esse sistema”.

Os diferentes meios de apropriação das normas organizativas do SUS e das atualizações técnicas

Doze enfermeiros afirmam que se atualizam sobre as políticas de saúde em geral por meio de pesquisas na internet - em especial, nas páginas da internet (sites) como a do Ministério da Saúde, COREN/COFEN - e pela leitura dos e-mails institucionais.

O Enf. 11 coloca: “[me] atualizo através de sites confiáveis e portarias que recebemos através de email oficial do ambiente de trabalho, reuniões e cursos para atualizações aplicando em nosso dia a dia, através da educação continuada aos funcionários da nossa responsabilidade”. O Enf. 20 relata que “essas normativas, protocolos chegam através de emails, ofícios. São repassadas entre as reuniões de equipe e aos demais funcionários”. O Enf. 6 atualiza-se “através de site do MS/COREN/email da SMS e reuniões. As informações são transmitidas por reuniões rápidas com a equipe e por email”. “Através de comunicados via secretaria de saúde municipal e estadual, site do COREN. Tido que é pertinente à aplicação na Atenção Básica, repasso à equipe através de email e/ou reuniões”, afirma o Enf. 26. O Enf. 21 afirma que se utiliza da “via internet, email da prefeitura, manuais. OBS: às vezes fica sem ler”.

Seis profissionais afirmam que se atualizam através da participação em cursos e/ou treinamentos, especialmente os cursos gratuitos e *online*. O Enf. 5 coloca “temos treinamentos e cursos (presenciais e *online*) para nos capacitar e estar atualizados nas práticas diárias”. O Enf. 2 relata: “recebo as normativas por *outlook* quando são implantadas pelo município e tenho por hábito consultar frequentemente as informações pelo portal do MS e pelos sites do COFEN e COREN-SP referente a legislações profissionais. E sempre me atualizo pelo UNASUS”.

Dois enfermeiros também se atualizam através da participação em redes sociais. Com isso, verifica-se que atualmente a internet é uma ferramenta indispensável para o trabalho dos enfermeiros. De acordo com o Enf. 15, “me aproprio principalmente através da internet, nos *websites* do Ministério da Saúde ou do COREN e até mesmo nas redes sociais”. De acordo com o Enf. 8, “atualmente [me atualizo] mais em grupo de discussão com colegas da graduação (uma delas trabalha no MS) e pelos emails recebidos do COREN. Raramente consigo ler algum

material na íntegra, me direciono pelos tópicos de maior interesse. No dia a dia atuo conforme a rede municipal me dá condições sem ferir minha moral e contrariando o menos possível meu código de ética”.

Outro meio de atualização citado é a leitura dos protocolos institucionais. Para o Enf. 12, na sua UBS os enfermeiros “fazem uso de protocolos da unidade a fim de ter respaldo legal para os atendimentos”. Para o Enf. 19, os protocolos são os principais instrumentos que norteiam sua prática profissional, no entanto, a forma de apropriação e apresentação dessas informações nem sempre são completas. De acordo com ele “na PMS seguimos protocolos próprios para cada área de atuação. O que falta são treinamentos ou a devida apresentação desses protocolos. Mudanças no protocolo ou normativas em geral são enviadas via email”. O Enf. 31 aponta “percebo o distanciamento às vezes entre protocolos nacionais, estaduais e de níveis locais. Existe uma separação muito grande [entre esses níveis] e que esse conhecimento não chega até o município, não temos portanto, às vezes, respaldo para aplicá-los na prática, por que não foram aprovadas”.

Dois enfermeiros contam com a troca de experiências e discussão de casos para a atualização técnica. O Enf. 18 afirma: “me aproprio através das informações contidas pelos diversos meios, como email, internet, artigos etc. Procuro discutir com outros colegas e na medida do possível consigo colocá-la [a referida atualização técnica] em prática”. O Enf. 16 também utiliza a troca de experiência para o desenvolvimento profissional “procuro estar sempre atualizado, pesquisando nos sites do COFEN e COREN, compartilhando meus saberes e buscando novos saberes com os colegas de profissão”. Para o Enf. 22, o diálogo permanente com os colegas de trabalho é que proporciona a atualização profissional. De acordo com ele isso ocorre “principalmente no contato com enfermeiros e chefias, sempre que há mudanças somos comunicados e nos reorganizamos como equipe para oferecer o melhor serviço para a população”. O Enf. 23 afirma “raramente tenho procurado informações no sentido das atualizações. Realmente conto com as informações fornecidas por representantes da gestão”.

Para quatro profissionais, as atualizações apenas são possíveis se partirem da iniciativa própria do enfermeiro, o que muitas vezes é inviável na rotina de trabalho. O Enf. 34 coloca: “fico atento por conta própria. A instituição não divulga essas portarias, a não ser aquelas que são obrigatórias”, assim como o Enf. 32: “para que fiquemos a par de todas essas informações, precisamos na maior parte do tempo, de iniciativa própria”. O Enf. 30 aponta: “na maioria das vezes, só me aproprio da informação quando chega um paciente para essa demanda. Após deter todo conhecimento costumo informar os colegas da unidade e arquivar o documento

em pasta pessoal”. O Enf. 4 escreve: “infelizmente na atual realidade não consigo introduzir [nenhuma atualização] no meu dia a dia”.

A articulação dos enfermeiros com outros profissionais da equipe da UBS para a produção do cuidado

Em relação à questão que averigua se os enfermeiros conseguem articular-se com outros profissionais da UBS para a produção do cuidado, vinte e um profissionais afirmam que se utilizam de discussões de casos, reuniões, mídias sociais e até mesmo as conversas informais para este fim. E, em diferentes graus e modalidades de contatos interprofissionais, a grande maioria dedica-se a algum tipo de articulação para a potencialização de suas práticas. Tanto as UBS quanto as ESF dispõem de algum tipo de apoio de equipes multiprofissionais na área da saúde mental como psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, dentre outros.

Dois profissionais articulam-se apenas entre a própria categoria profissional, como o Enf. 30 relata: “[essa articulação] varia com a necessidade da demanda. Tento ser resolutivo e dar fluidez no caso, encaminhando pessoalmente para as salas, realizando procedimentos, fazendo ligações e encaminhando e-mails e quando necessário, serviços externos. Também discussão de caso com os enfermeiros”. O Enf. 19 também refere que procura atuar de acordo com os colegas de profissão: “dúvidas sempre procuro sanar com os demais enfermeiros ou o coordenador para que possamos atuar de forma igual”.

Assim como o Enf. 9, outros profissionais utilizam diferentes tipos de arranjos para promover o diálogo entre a equipe de enfermagem: “procuro não fazer reuniões, mas converso com os indivíduos ou em duplas e discutimos a melhor forma de atender ao usuário. Nessas conversas eu escuto, analiso e dou a devolutiva”. O Enf. 18 esclarece “acontece através de conversas/discussões pessoais, em pequenos grupos ou mesmo através de mídias sociais, além do uso do telefone e email”. O Enf. 13 também afirma realizar os contatos necessários dentro de sua UBS para “os pacientes que estão em acompanhamento de doenças crônicas e em atendimento/tratamento odontológico/tratamento de feridas/aplicação de medicamentos/orientação medicamentosa, dentre outros”. De acordo com o Enf. 22, essa articulação acontece na “área da saúde mental [através da] discussão de casos. [Na área da] Saúde Adulto [através] dos grupos de diabetes com mapas e da interação com profissionais médicos e nutricionistas. A discussão de caso entre profissionais e/ou equipe é primordial”.

Para o Enf. 21, a articulação profissional dá-se “na “troca de plantão”, rapidamente, e de vez em quando, em reunião marcada junto com a coordenadora, o que é muito produtivo”.

Para o Enf. 10, é através de “conversas informais durante o horário de trabalho e nas oficinas de planejamento”. O Enf. 3 relata que essa prática ocorre nas oficinas de planejamento, “quando permitidas pela PMS, e em breves reuniões de equipe”. O Enf. 28 afirma que se articula nas “reuniões que acontecem esporadicamente. E em discussão de casos pessoalmente”.

O Enf. 32 avalia que “essa prática de cuidado integral ao cliente, ainda não é muito comum numa unidade básica tradicional. Acabamos conversando com a equipe quando surge um caso peculiar, diferenciado”. O Enf. 23 afirma que está sempre procurando se articular com a equipe: “procuro aproveitar todos os momentos oportunos, pois momentos reservados para discussões são raros. O Enf. 34 relata: “no momento e na unidade em que estou [essa articulação tem] pouca possibilidade [de ocorrer]. Mas faço isso através de discussão de caso e atendimento compartilhado”.

Dez enfermeiros que atuam na ESF evidenciam que esta articulação se dá de maneira mais ampliada dentro da unidade de saúde. O Enf. 15 coloca: “diariamente necessito realizar esse tipo de articulação com outros profissionais, seja ele enfermeiro, médico, dentista, técnicos de enfermagem, entre outros. Normalmente, a articulação é realizada em conversas entre os atendimentos agendados ou em reuniões de equipe”. O Enf. 11 afirma: “articulo tanto com a equipe multiprofissional que apresentamos em nossa unidade, discutindo os casos em reuniões de equipe e matriciamentos, quanto à equipe de outras unidades, favorecendo ao paciente um cuidado contínuo e mútuo”. De acordo com o Enf. 14: “dispomos da reunião de equipe semanal e quando o caso é urgente, logo procuramos os profissionais que podem ajudar na resolução dos casos”. O Enf. 7 descreve “conversamos em reuniões, esclarecemos dúvidas e planejamento do dia em conversas rápidas ou mesmo por escrito e assinado nominal”. O Enf. 8 refere “me articulo com parte dos técnicos e a “minha” equipe de ESF, na maioria das vezes, em conversas pontuais e reunião de equipe. Pouco compartilho sobre o processo de trabalho com o outro enfermeiro da unidade por discordarmos da forma de conduzir muitas situações, o que muitas vezes torna o trabalho pouco produtivo. Faço o que é possível da melhor forma que posso, resumindo, o que dou conta!”.

A articulação dos enfermeiros com outros profissionais da equipe da UBS e com a rede para a *organização do serviço*

Em muitos casos, o cuidado à saúde iniciado em uma UBS exige a complementariedade de ações por extrapolar os limites técnicos, operacionais e vocacionais da Atenção Básica. Em função do papel de líder de equipe, em muitos casos o enfermeiro é o sujeito mobilizador dessa rede externa de cuidados. Vinte e um enfermeiros relatam que

procuram desenvolver mecanismos para potencializar os recursos disponíveis no município e reconhecem a importância deste movimento para a organização do trabalho. Muitas vezes, a iniciativa de se envolver com a organização dos processos limita-se à própria UBS e, em outras ocasiões, ocorre a articulação com outros serviços da rede. Nota-se que há um maior relacionamento entre a UBS e a rede de apoio à Saúde Mental.

“A articulação com os profissionais da UBS acontece com bastante frequência, porém com a rede de cuidados, acontece com mais frequência em relação aos cuidados da saúde mental (Ex. CAPS + matriciadores). Escolas, associações e outros espaços estão bem distantes de discussões”, aponta o Enf. 23.

O Enf. 16 afirma: “realizamos mensalmente o matriciamento com a rede/CAPS adulto e infantil a fim de organizar o processo de trabalho com usuários de saúde mental. Também participamos de reuniões intersetoriais com CRAS/escolas/outras secretarias”. Para o Enf. 19, a articulação ocorre “por meio de reuniões. Ex: matriciamento com NASF, CAPS IJ E AD”. O Enf. 14 comenta que: “dispõe de matriciamento, assim nos articulamos com CAPS, CREAS, Conselho Tutelar, escolas, Santa Casa (em casos de psiquiatria)”.

O Enf. 15 refere que “sempre discutimos entre os profissionais da UBS a fim de melhorar e quando não encontro ideias ou soluções entre os profissionais da UBS, busco com outros colegas da rede”. O Enf. 19 comenta que em alguns casos é necessário o apoio de profissional de fora da UBS. Por exemplo, um cuidado com uma ferida/apoio da Policlínica; orientação sobre saúde mental/apoio com os CAPS”. O Enf. 31 menciona que “o processo de organização do serviço deve ser compartilhado com os demais profissionais, apesar de saber de todos os “gargalos do sistema”. Tento sempre acionar a rede de apoio como CRAS, Vigilância e CRI”. Para o Enf. 26: “há uma relação com profissionais do SAME, Policlínica, CRAS. O contato é via email e/ou telefônico”.

Quatro enfermeiros relatam que essa articulação para a organização do trabalho se dá internamente, entre os profissionais da UBS. O Enf. 22 relata buscar diversos meios para tal, como “discussão de casos, passagem de plantão, contato com chefia e profissionais da equipe multiprofissional. Recados em bilhetes se necessário. Até mesmo WhatsApp”. O Enf. 13 afirma: “reuniões realizadas pela coordenação da unidade com toda a equipe. Participação aplicação das ações propostas nas reuniões com a equipe”. O Enf. 12 coloca: “com profissionais da UBS, sim, sempre que necessário estamos revendo normas/rotinas. Com a rede, às vezes”. O Enf. 3 afirma que este tipo de mobilização acontece, sempre que necessário com profissionais

da UBS, em breves reuniões e passagem de plantão. Não com profissionais da rede, devido falta de RH e nunca posso participar”.

Para outros seis enfermeiros, esta articulação entre os profissionais - sejam eles da UBS ou da rede externa de serviços - ainda não é possível ou ocorre com pouca frequência. De acordo com o Enf. 32, “em alguns casos, conseguimos nos articular, com as equipes multiprofissionais, com algumas dificuldades. Mas essa prática precisa e tem que ser cultivada, aprimorada, viabilizada, discutida, pra que os profissionais envolvidos entendam a importância e a eficácia de um atendimento individual”.

Para o Enf. 8, essa articulação inter/intrasetorial ainda é “pouco, não temos um momento (adequado) para isso, as reuniões de planejamento da unidade são informativas e formativas, pouco se discute do processo de trabalho, são colocados problemas mas não há tempo suficiente para reflexão, terminada a reunião a discussão se perde nos afazeres do dia a dia. Quanto à rede, também não há esse momento, algumas discussões ocorrem em grupos de WhatsApp mas nada de concreto, cada um fica com sua realidade”. Nesse mesmo sentido, a Enf. 34 relata que atualmente essa articulação acontece, “mas pouco. Basicamente através de discussões por contato telefônico”. A Enf. 21 coloca: “não atualmente. Falta reunião entre enfermeiros de outras unidades par trocar experiências. OBS: de maneira objetiva”.

Os reflexos da prática profissional do enfermeiro na equipe de enfermagem

Em relação à percepção da influência da prática profissional do enfermeiro no trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, vinte e nove profissionais reconhecem que este grupo se espelha nas atitudes dos enfermeiros. O Enf. 9 acredita que seu modo de trabalhar reflete em sua equipe e relata: “acredito que a equipe que eu trabalho observa o meu trabalho e tento fazer da melhor forma possível, para que eu consiga ser exemplo. Me mostro sempre aberto a críticas e sugestões”. Da mesma forma, o Enf. 14 coloca: “a equipe acaba se comportando conforme a ação do enfermeiro; ao longo desses dois anos que estou nessa unidade, percebi que a equipe ficou mais proativa, humanizada, crítica”. Para o Enf. 18, “o enfermeiro tem capacidade total de influência, através das ações, iniciativas e responsabilidades perante a equipe, os pacientes e da unidade”. O Enf. 26 coloca que “o enfermeiro norteia a forma como a equipe trabalha. Estabelecemos um diálogo aberto e acessível e temos reuniões de equipe regulares”. O Enf. 21 verifica a influência de seu trabalho em na equipe ao observá-los “no aprendizado do dia a dia. Por exemplo: ao perguntar, responder com calma, explicar, ir além do que foi perguntado”. Neste mesmo sentido, o Enf. 16 procura “ser o mais correto possível, humano, responsável, resolutivo nos casos e atender a demanda da equipe

prontamente. Tenho humildade para assumir minhas limitações mas busco resolver as dúvidas e dar devolutivas à equipe”.

Quatro enfermeiros notam que essa influência é percebida em alguns momentos e com um certo grau de dificuldade. O Enf. 20 coloca: “a equipe, às vezes é resistente às mudanças, porém, a discussão do processo de trabalho é necessária. Para organização, geralmente nas reuniões de equipe, ocorre essa influência”. O Enf. 1 afirma: “no cotidiano do trabalho é percebida em alguns momentos essa influência. Por exemplo, na melhoria do atendimento ao usuário e acolhimento”. O Enf. 34 percebe que essa influência acontece, “mas é pouco. Vejo essa influência quando alguém reflete suas atitudes e consegue melhorar sua prática”. O Enf. 30 coloca: “pouco, estou há pouco tempo na Unidade, há mais ou menos 50 dias. Tento partir do princípio do exemplo. Sugerir e pedir ideias. Mostrando procedência das informações e sendo disponível para ajudar”.

Dois enfermeiros associam o fato de serem referência para a equipe com a sobrecarga de trabalho. De acordo o Enf. 10, “a medida que nossa prática torna-se resolutiva, segura para mim e para a equipe, torno-me “requisitado”. Vejo um lado bom e outro ruim (satisfação com o trabalho realizado na UBS e ao mesmo tempo sobrecarga de trabalho). Tento mostrar que os profissionais também tem capacidade de resolver tais problemas”. Esta relação entre ser uma referência para a equipe e ter uma sobrecarga de trabalho é reiterada pelo Enf. 8, que aponta: “me vejo como referência e também como “não estou com paciência para resolver, manda para ele” (não encontrei termo para usar...) [ele quis dizer que com a impaciência e má vontade presentes no ambiente do trabalho, várias coisas são encaminhadas a ela por esse motivo e não por ser referência para o assunto]. Observo que como tenho poucas restrições a temas para atender, os mais próximos a mim aceitam mais tentar solucionar as dificuldades e os problemas trazidos pelo município, que outros funcionários. A influência é sendo um exemplo”. Segundo o Enf. 22, o enfermeiro também torna-se referência para outras categorias profissionais: “você vira referência. Você é procurado para orientar protocolos e práticas não apenas pela equipe de enfermagem. Você dá continuidade no cuidado e articula para realizarem o mesmo e é feito”.

Para o Enf. 23, a experiência em vários cenários da SMS proporciona algumas facilidades em relação ao trabalho em equipe: “os períodos de atuação na gestão e em outras áreas de atenção à saúde deram conhecimento e bagagem para desenvolver um trabalho com mais propriedade e significado, o que, com certeza influencia a equipe, através de práticas e diálogos”. O Enf. 6 coloca: “voltei para a assistência há um ano e nesse período observo que a

equipe melhorou no atendimento ao cliente, bem como no trabalho do dia a dia como equipe. Pois em todas as conversas com a equipe, nós enfatizamos a importância do atendimento humanizado e do trabalho em equipe”.

Semelhanças e diferenças entre as atribuições legais dos enfermeiros e a prática cotidiana de trabalho

De maneira geral, os enfermeiros não apontam semelhanças e diferenças marcantes entre as atribuições colocadas pelo COREN e pela Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba. No entanto, relatam que existem diversos empecilhos para a realização de uma prática plena de trabalho, seja pelo não cumprimento de algumas diretrizes por parte da PMS, seja por questões organizacionais/pessoais em relação ao trabalho.

O Enf. 10 observa que “nem sempre a instituição está disposta a reconhecer a legalidade da atuação do enfermeiro. Exemplo: diante de uma normativa relacionada a algum procedimento de enfermagem, a instituição tarda em estabelecer um protocolo que respalde o enfermeiro”. O Enf. 19 coloca: “percebo que nossas atribuições ficam perdidas em meio à tantos compromissos e agendas que o enfermeiro assume no dia a dia de atuação. Por exemplo: em geral, não conseguimos realizar uma supervisão de forma adequada”. O Enf. 14 afirma: “não conseguimos atuar de forma correta, pois a demanda é tanta que me sinto como bombeiro, apagando fogo. A supervisão, atividades extramuros, são algumas das ações que não conseguimos desenvolver adequadamente”. Para o Enf. 1, a diferença que percebe “é na delegação de atividades, onde alguns funcionários com maior tempo na PMS, acredita que não tem o dever de cumpri-las”.

Para o Enf. 25, “na prática do dia a dia, o enfermeiro é o profissional que faz ‘de tudo um pouco’ para que a unidade funcione! Além das funções de líder de equipe, de planejamento de atividades, educação em saúde, supervisão, acolhimento, triagem, também faz serviços de auxiliar administrativos, arquivistas, pois a cobrança é grande e quando as coisas não funcionam adequadamente na unidade, a culpa sempre recai sobre o enfermeiro”.

A diferença entre o dimensionamento de recursos humanos proposto pelo COREN e o quadro de funcionários disponível nas UBS foi apontado por quatro enfermeiros como um fator que interfere na execução das atividades do dia a dia. O Enf. 31 coloca: “percebo que as definições legais não são cumpridas, como por exemplo, o dimensionamento de pessoal. Nunca temos o número de funcionários necessários. As atribuições definidas pelo COREN nem sempre condizem com a realidade”. Para o Enf. 12, “na nossa prática cotidiana de trabalho

temos algumas dificuldades em exercer algumas atribuições do enfermeiro devido à falta de RH, falta de espaço físico. Por exemplo: pelo protocolo temos as consultas de pré-natal e da criança, que ainda não conseguimos realizar”. De acordo com o Enf. 23, “a cada momento em que o número de profissionais de saúde e (administrativos também) é reduzido, sinto o distanciamento do cumprimento das atribuições em sua totalidade. Ex: a supervisão e capacitação da equipe de enfermagem fica muito prejudicada, favorecendo a ocorrência de erros”. O Enf. 17 enumera: “1) cálculo de pessoal (especificamente no que diz respeito ao enfermeiro) não condiz com a realidade (carência de RH). 2) volume intenso de trabalho dificultando a realizar o SAE”.

Outros dois enfermeiros reconhecem que, dentre outros fatores, a sistematização do atendimento fica prejudicada em decorrência da inadequação do quadro de funcionários. OEnf. 6 coloca: “vejo muitas semelhanças. Portanto, colocá-las em prática é um desafio principalmente pela falta de recursos. Por exemplo: a implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e conseqüentemente do processo de enfermagem (PE)”. OEnf. 26 coloca: “não vejo diferenças, pois não temos designação para realizar nada que saia da legalidade. O que vejo é a falta de SAE padronizada em nosso município, bem como protocolos falhos para nossa atuação”.

Dois enfermeiros relatam que não observam discrepâncias entre as atribuições propostas pelas duas instituições, COREN e PMS, no entanto, em algumas ocasiões, suas práticas extrapolam as definições legais. O Enf. 8 coloca: “não observo divergências nas atribuições oficiais da PMS e COREN, entretanto, na correria do plantão e tentando resolver o problema do usuário mais rápido, e muitas vezes tentando nos livrar dos usuários inconvenientes, acabo assinando exames fora do protocolo, prescrevendo contraceptivo hormonal em fluxo diferente do protocolo”. O Enf. 15 aponta que “as definições são semelhantes porém, na prática, não fazemos apenas o que nos é definido. Realizamos atendimentos de enfermagem (consultas) porém, existem alguns profissionais e os próprios pacientes, que não reconhecem esse atendimento”. Para o Enf. 7, “a atuação do enfermeiro na SMS está definida nos protocolos, porém temos atribuições executadas como dirigir carros para visitas domiciliares, acolhimento e supervisão de farmácia, onde trabalhamos de forma praticamente ilegal pelo COREN, visto que não podemos. [...] acolhimento às vezes com função de agendamento de consulta médica (apenas), dirigir carro na minha opinião não faz parte da atribuição do enfermeiro”.

Dois enfermeiros afirmam, especificamente, que a forma de organização dos atendimentos a partir do acolhimento também é uma agravante para a não realização de outras atribuições profissionais. Para o Enf. 3: “o excesso de atribuições, me sinto absorvido em tempo integral pelo ACOLHIMENTO, deixando a supervisão em segundo plano”. O Enf. 30 coloca: “no cotidiano, não consigo exercer plenamente os cuidados. Tudo se foca na queixa e no encaixe médico [o enfermeiro ouve todos os pacientes com algum tipo de queixa, classificam o risco e “aproveitam” as faltas das consultas médicas do dia para encaixá-los na agenda, conforme a priorização de casos feita por ele]. Não se elaboram projetos de prevenção e promoção à saúde”.

O início desta investigação coincidiu com a liminar demandada pelo CRM, que suspendeu temporariamente a realização de pedidos de exames por parte dos enfermeiros. Dois enfermeiros comentam: “com exceção do que está acontecendo nesta semana, (a partir de 16 de outubro de 2017), nossa prática diária está de acordo com as definições legais. Mas não prescrevemos anticoncepcionais injetáveis (achamos que não deveria estar no protocolo de enfermagem), aponta o Enf. 21. O Enf. 27 afirma: “no momento está difícil exercer a prática devido à ‘briga’ de conselhos de classe que, à nível federal, acaba inutilizando os protocolos do município”.

As expectativas dos enfermeiros em relação ao futuro da profissão e a si mesmos

Onze enfermeiros relatam que suas expectativas para o futuro profissional são pouco otimistas. Para o Enf. 21, a expectativa é de que “cada vez mais, a enfermagem vem perdendo seu espaço para outras categorias, que um dia nem necessário seja mais o papel dos enfermeiros nas instituições. Minha expectativa sobre mim é que não posso desistir, mas falta motivação”. De acordo com as observações do Enf. 19: “infelizmente não consigo ter uma visão muito positiva de nossa profissão. Somos extremamente desvalorizados, seja pela área de profissionais médicos, seja pela própria equipe e até pela população em geral”. O Enf. 32 constata: “percebo que o enfermeiro vem perdendo um pouco do espaço que ele pode ocupar, por despreparo para a profissão. Em relação à minha pessoa, apesar de sempre trabalhar com dedicação e amor, e continuar nesse ritmo, confesso que já me considero com um “pé na aposentadoria”, tranquilo, sem muitos planos e expectativas”. Para o Enf. 30, o futuro é “preocupante e triste. [Há] desvalorização do profissional e perda de alguns procedimentos para outras áreas. Me sinto preocupado e desmotivado, não há treinamentos, projetos, apenas acolhimento para encaixe médico”. O Enf. 14 coloca: “somos uma classe desunida e parece que

o nosso conselho não faz muita coisa”. De acordo com a análise do Enf. 8, “enquanto houver muitas [pessoas] escolhendo a faculdade de enfermagem por não conseguir ser aprovado ou pagar outros cursos ou por acreditar que nunca ficarão sem emprego, não tenho boas expectativas, pois aqueles que tem uma formação adequada e pensamento crítico em relação a profissão são poucos. Em relação a mim, se continuar da mesma forma, só espero não me tornar um paciente psiquiátrico”.

O anseio de dez enfermeiros é de que a categoria profissional seja reconhecida e valorizada pelas diversas instituições e pela população. O Enf. 20 entende que há a “necessidade de ser uma classe mais unida. Expectativa: reconhecimento profissional”. O Enf. 5 coloca: “espero que nossa classe seja mais unida e reconhecida. Busco sempre aprender coisas novas e estar mais capacitado”. O Enf. 4 espera que haja o “reconhecimento profissional, melhores condições de atuação”. O Enf. 15 expõe: “a minha expectativa é que o enfermeiro seja mais valorizado e não seja apenas aquele que ‘apaga o fogo’. E é esta também minha expectativa para mim, enquanto enfermeiro”. Para o Enf. 11, a expectativa é “de que sejamos vistos com olhos de quem visualiza uma jóia, que tenhamos valor e reconhecimento, que as pessoas consigam desvincular a nossa profissão da prática médica curativa, mas que nos vejam como prevenção e direcionamento do cuidado aplicado”.

Apesar disso, cinco enfermeiros demonstram uma visão otimista para o futuro da categoria profissional. O Enf. 9 afirma: “sou otimista, acredito que o enfermeiro de hoje busca o conhecimento científico e se discute mais sobre isso. Estou no trabalho que sempre sonhei e busco melhorar para não ficar no comodismo”. O Enf. 27 coloca: “acho que o enfermeiro está ganhando cada vez mais espaço, principalmente na saúde coletiva. O que falta é a união da nossa classe”. Para o Enf. 25, sua expectativa “em relação ao trabalho do enfermeiro é muito positiva, pois não atuamos apenas na assistência, mas principalmente, no planejamento e coordenação de ações em saúde (promoção e prevenção)”. O Enf. 16 coloca: “acredito que se a enfermagem se empenhar nos estudos, o futuro será bom. As áreas administrativas, de ensino, da gestão e pesquisa são grandes campos para a profissão. Eu acredito que se buscar sempre ampliar meu conhecimento na área, terei sucesso”. No ponto de vista do Enf. 3, ele nota que: “lentamente estamos conquistando mais espaço e reconhecimento, porém, ao mesmo tempo, e talvez em decorrência disso também, ‘conquistamos’ excesso de atribuições. Quanto à mim, como enfermeiro e funcionário público, não tenho grandes expectativas, não percebo reconhecimento e valorização pela gestão”.

Cinco enfermeiros apontam algumas necessidades a serem enfrentadas para que o futuro seja mais favorável para o desenvolvimento da profissão. Para o Enf. 21, a expectativa é de “melhorar, [porém é preciso] deixar mais esclarecidos os protocolos dos programas (o que é competência do enfermeiro)”. O Enf. 10 espera que “apesar do avanço das tecnologias duras, busquemos aprimoramento constante, mas, que não deixemos de lado as tecnologias leves e leve-duras”. O Enf. 24 coloca: “minhas expectativas são, de forma geral, o empoderamento da capacidade adquirida e junção teoria/prática para despertar a autovalorização, em seguida a valorização [da classe]”. O Enf. 13 afirma “na minha percepção, os enfermeiros estão caminhando para trabalhar exclusivamente na gestão, deixando em déficit a parte científica do cuidar/vínculo/parte integrante no tratamento do paciente. Tenho boa expectativa em relação ao futuro como enfermeiro na PMS”. Para o Enf. 23, “é preciso intensificar a capacitação e o diálogo entre os enfermeiros para despertar sobre a atenção básica, as transformações do SUS. Sinto o enfermeiro cada vez mais isolado e desmotivado diante das adversidades enfrentadas no trabalho”.

O que os enfermeiros têm a dizer sobre temáticas de seu interesse

No espaço reservado para que os participantes relatassem livremente as temáticas de interesse, os enfermeiros apontam aspectos sobre os quais é preciso refletir. Surgem manifestações da necessidade de melhorias na organização do trabalho, da revisão da remuneração profissional, da inclusão dos enfermeiros em instâncias que definem as práticas de trabalho e de pedidos de atualizações técnicas. E também, nos fazem pensar nas emoções, tanto daqueles que ainda estão no trabalho, quanto daqueles que estão prestes a se aposentar.

O Enf. 32 coloca: “vejo uma situação de trabalho, que se encontra em quase todas as gestões políticas, que é o não envolvimento do profissional enfermeiro nas discussões das práticas e protocolos. Isso desestimula e acomoda muitas vezes o profissional. O enfermeiro é o norte de uma UBS. Se ele for bem trabalhado e se tiver boa vontade, é claro, a unidade consegue fluir melhor nos trabalhos, pois ele está em contato com todos os profissionais, técnicos, administrativos, coordenador, médicos, dentistas, além de ter uma vivência da prática. Dentro da rotina de trabalho o enfermeiro não tem tempo para parar”.

“Às vezes sinto que o enfermeiro atua como um bombeiro apagando fogo (problemas) que surgem aqui e ali. Problemas que outros profissionais não querem e não podem resolver e então fica sobre nossa responsabilidade. Sinto que cada vez menos atuamos no âmbito administrativo e de supervisão de unidade. Nós atentamos à agendas e mais agendas o

que nos torna trabalho braçal de importância para o SUS mas nos restringe cada vez mais no que diz respeito a tomada de decisão. Dessa forma, sinto que nossa profissão tão respeitosa e admirada no passado está sendo desvalorizada dia a dia”, escreve o Enf. 19.

Para o Enf. 22, “o acolhimento na PMS tira dos outros profissionais seu papel de acolher o usuário e sobrecarrega o enfermeiro de modo que não consegue exercer seu papel primordial de promoção e prevenção de saúde na UBS”.

O Enf. 23 reflete: “infelizmente o fato da possibilidade de uma aposentadoria próxima, me faz procurar outro olhar para futuras possibilidades de atuação. Não depositando tanta energia como antes na articulação do trabalho. Mesclando sentimentos de tristeza e alívio. Muito estranho... de certa forma frustrante”.

“Gostaria que o enfermeiro fosse melhor reconhecido pelo seu trabalho, principalmente o enfermeiro de saúde da família, e tivesse melhor remuneração já que a carga horária é de 40 h/semanais”, aponta o Enf. 16. O Enf. 7 escreve que: “a farmácia sem farmacêutico é um dos problemas mais graves da prefeitura, em relação a legislação”.

O Enf. 21 manifesta seu desejo: “gostaria que as regionais criassem grupo de estudos. Por exemplo: vacinas e cada enfermeiro fizesse uma aula para os TE’s”. O Enf. 24 mostra seu projeto pessoal para sua carreira: “atualizar meus conhecimento sempre, buscando novos meios de ampliar a oferta dos serviços para o SUS”.

4.2 O acaso, uma liminar e uma oportunidade de pesquisa: o grupo de WhatsApp

Em setembro de 2017, uma liminar da 20ª Vara Federal do Distrito Federal suspendeu parcialmente a Portaria do Ministério da Saúde⁵⁹ nº 2.488/11. A medida judicial foi disparada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e, de acordo com o presidente da instituição, o pedido apresentado à Justiça Federal questionava apenas o artigo da Portaria que permita os enfermeiros a adoção de medidas consideradas exclusivas do médico (diagnóstico de doenças e prescrição de tratamentos). Dentre os argumentos apresentados pela instituição, a medida pretendia “evitar a prática da medicina por profissionais não habilitados, evitando-se, assim, colocar o paciente em situação de risco¹¹”.

¹¹Matéria disponível em:

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27198:2017-09-27-20-52-48&catid=3

Diante da análise dos argumentos apresentados e da legislação que regulamenta a profissão do enfermeiro, o juiz federal que analisou a demanda entendeu ser necessário suspender a norma do Ministério da Saúde para evitar danos à saúde pública. Em sua justificativa, o magistrado interpretou que a Portaria nº 2.488/2011 permitia, indevidamente, aos enfermeiros, a possibilidade de solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar usuários a outros serviços.

Para o juiz, a lei do exercício profissional dos enfermeiros (Lei nº 7.498/1986) não autorizava os graduados em enfermagem a executarem os procedimentos previstos na Portaria do Ministério da Saúde. Ainda orientou os enfermeiros a pautarem a condução de suas atividades em determinações recebidas pelo médico assistente, salvo as situações legais previstas.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) ingressou com um recurso judicial contra o referido processo, a fim de garantir o atendimento de enfermagem à população. Em nota divulgada no site oficial da instituição, foi esclarecido que “diferentemente do que foi divulgado pelo CFM, a decisão liminar proferida no processo suspende “parcialmente a Portaria nº 2.488/11, tão somente na parte que permite ao enfermeiro requisitar exames” (grifos da nota). Destacou que a Lei 7.498/86, que regulamentava o exercício da enfermagem, encontrava-se em plena vigência, sendo privativa do enfermeiro a realização de consultas de enfermagem e “a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde¹²”. A entidade esclareceu que a solicitação de exames de rotina e complementares está consolidada no Brasil há cerca de vinte anos, por meio da edição da Resolução COFEN/97.

A medida judicial gerou muita confusão entre os profissionais e afetou, em diferentes graus, todas as Unidades Básicas de Saúde do país. Uma batalha jurídica foi instalada entre os conselhos de classe. A decisão provocava revolta, descontinuidade na assistência, criação de arranjos alternativos à decisão judicial, diferentes interpretações da liminar, adesão ou não a ela, afetando diretamente o cotidiano dos enfermeiros da Atenção Básica.

Assim que o grupo do WhatsApp foi criado, em dezesseis de outubro de dois mil e dezessete, mesmo antes da explicação do equívoco (a intenção era organizar apenas uma lista

¹² Matéria disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-repudia-corporativismo-do-cfm_55761.html

de transmissão através do aplicativo para o recolhimento dos questionários desta investigação), a primeira pergunta feita por um dos enfermeiros foi: posso eu fazer uma pesquisa?!

A princípio fiquei muito preocupada com a criação do grupo, considerando que dificilmente consegue-se manter o foco e um certo grau de “utilidade” nesta modalidade de conversas. Por um lado, não podia ser indelicada e fechar o grupo, por outro, com o passar dos dias, pensei que através dele poderia conquistar mais algum colega para minha pesquisa. Depois de pactuada sua continuação, o grupo mostrou-se bastante ativo. O Enf. 25 perguntou aos demais colegas do grupo: “como os enfermeiros estão atuando depois da liminar? Continuam fazendo tudo e só pedem para os médicos assinarem, conforme orientação que recebemos?!”

Respondo que estava com muitas dúvidas e já sentia a cobrança dos pacientes sobre a diminuição da agilidade dos serviços, considerando que as vagas de consultas médicas eram raras. E que aguardava orientações de uma reunião da gestão que ocorreria à tarde.

O Enf. 25 continua a conversa e outros enfermeiros começam a participar: “hoje fomos orientados a continuar fazendo tudo normalmente e pedir para os médicos assinarem. Acho isso um absurdo. Não vou colher Papanicolau [PAP] e pedir para o médico assinar. Acho que se todos os enfermeiros cumprirem a liminar, logo o CFM pede arrego”.

Outras contribuições surgiram: “aqui foi suspenso”, diz o Enf. 45. O Enf. 8 afirma: “na minha Unidade estamos obedecendo à determinação do COFEN, não estamos fazendo “nada”. O ginecologista pediu para a técnica de enfermagem da sala me entregar SADT [pedidos de exames] assinados e eu devolvi”. “Aqui também não estamos solicitando nenhum exame, está sendo tudo agendado”, diz o Enf. 18. O Enf. 1 também não está solicitando nenhum tipo de exames e diz que: “se não posso assinar, não posso colher também”.

O Enf. 19 lamenta: “cada dia que passa [somos] menos valorizados... estão nos podando cada vez mais”. “Deixe eles acharem que são deuses”, coloca o Enf. 1.

O Enf. 8 compartilha uma nota do COREN do Ceará, que, para ele: “esclarece alguns pontos, mas é contraditório na prescrição de contraceptivos”.

O Enf. 1 diz: “quero ver eles atendendo a primeira consulta de pré-natal”.

A abertura do pré-natal é um dos procedimentos mais demorados de uma UBS e faz parte das atribuições dos enfermeiros na área da Saúde da Mulher. Isso dá-se em função do grande número de impressos a serem preenchidos, das várias consultas e exames a serem agendados, do cadastramento da gestante em plataforma específica do Ministério da Saúde

(SISPRENATAL), da prescrição de ácido fólico, encaminhamento à sala de vacina, fornecimento de repelentes e das orientações iniciais que devem ser feitas a todas as mulheres, fundamentais para o bom desenvolvimento da gestação. Sempre que possível, um auxiliar ou técnico de enfermagem participa deste procedimento adiantando o preenchimento dos papéis, agendamentos no sistema de informação etc.

O Enf. 25 complementa: “vão ter que fazer o teste de gravidez também, né?!” O Enf. 8 descreve como foi a reação do ginecologista da sua Unidade ao se deparar com a necessidade de abertura de dois pré-natais naquele dia: “foram dois hoje, ele não atendeu, a técnica da sala fez os testes e ele deu os pedidos de exames. Sem orientação, sem ácido fólico... não avaliou a queixa”.

Pelo menos em partes, os defeitos no tubo neural devem-se à nutrição deficiente, particularmente em ácido fólico, a causas genéticas ou ao uso de drogas. Esse fato torna a suplementação - antes da gestação e durante o primeiro trimestre de gravidez - essencial ao desenvolvimento da criança. As malformações do tubo neural ocorrem no início da formação fetal e podem levar à anencefalia e espinha bífida. No Brasil, a prevalência relatada de defeitos do tubo neural coloca o Brasil no patamar dos países com as mais altas taxas no mundo⁶⁰. De acordo com o protocolo municipal voltado à Saúde da Mulher, no ato da abertura do pré-natal deve-se fazer a prescrição do ácido fólico até a décima segunda semana de gestação.

O Enf. 1 questiona: “quem sabe assim a população também não passa a valorizar o atendimento dos enfermeiros? Pois muitos ainda acham que somos simples auxiliares de médicos”. O Enf. 8 continua: “encaixei em falta e ele não atendeu”.

O Enf. 42 explica a realidade de sua UBS: “aquí não estamos colhendo nem citologia oncológica [PAP] e nem fazendo teste de gravidez. Vamos ver o que vai dar. Tenho pena da população!!! Temos que falar à população para ver se acordam pois, Saúde Pública sem enfermeiro, não caminha... até quando seremos submetidos à classe médica!?”

O Enf. 39 conta: “hoje também dispensamos mulheres agendadas para a coleta de citologia oncológica. Não concordo em coletar e pedir para o médico assinar o pedido... Também acho que precisamos nos unir (como classe) para termos reconhecimento”. O Enf. 8 diz que vai abrir a agenda de ginecologista a partir de três meses daquela postagem para reagendar os exames de Papanicolau. O Enf. 7 afirma: “na minha Unidade não tem vaga assim. Vou ter que dispensar mesmo!”.

O exame preventivo do câncer de colo de útero é popularmente conhecido como Papanicolau. Trata-se da principal estratégia para a detecção precoce de lesões no colo de útero e o diagnóstico do câncer de colo de útero.

Para o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Quando a patologia é identificada na fase inicial, as chances de cura são de 100%. De acordo com a instituição:

A prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva. Ou seja: o estágio mais agressivo da doença. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Esse tipo de lesão é localizada⁶¹.

O Enf. 8 coloca: “querem que faça o trabalho braçal, não querem profissionais pensantes e críticos. Então que criem o técnico de medicina”.

O Enf. 19 comenta: “aqui estamos aguardando o parecer da nossa secretaria de saúde...disseram que nos dariam uma resposta hoje ainda...”. O Enf. 26 expõe ao grupo que sua coordenadora “foi na reunião, mas não quis adiantar o que ficou definido”. E pergunta: “alguém sabe como foi?” O Enf. 8 diz: “também estou curioso...”.

Faço o meu relato sobre a situação: “a única coisa que sei é que não vou pedir para os médicos assinarem nenhum exame feito por mim. Até por que, eu não assinaria também. Não faz sentido assumir a responsabilidade do atendimento/procedimento que outra pessoa fez. Isso me fez pensar que emperrarão algumas coisas da coleta de exames laboratoriais também... pelo menos lá, a gente troca/faz ou complementa alguns pedidos de exames”.

A coleta dos exames laboratoriais solicitados pelos médicos e enfermeiros da rede de serviços do SUS (UBS, Policlínica de Especialidades Médicas, hospitais conveniados etc.) é feita diariamente pelos auxiliares e técnicos de enfermagem nas UBS do município de Sorocaba. E, muitas vezes, quando o pedido de exames não está no impresso correto ou o paciente perdeu este documento, diariamente transcrevo ou refeito-os a pedido dos profissionais escalados nestes procedimentos. Com isso, esses pedidos saem em meu nome.

O Enf. 21 tenta entender o conteúdo da medida judicial e coloca: “no que diz exames complementares... e para esclarecer diagnósticos... é isso... mamografia, teste rápido, Pregnosticon [teste de gravidez] pelo que entendo não são exames complementares... tem que ser tudo melhor esclarecido e por escrito para trabalhar em paz”. O Enf. 18 concorda: “com

certeza por escrito, nada verbalmente. Também estamos agendando tudo com o clínico, ginecologista ou encaminhando para o pronto atendimento”.

Logo após a criação do grupo, assim que tive oportunidade, questionei: “quanto ao grupo é melhor fecharmos, né? Ou as pessoas vão saindo conforme desejarem? É difícil um grupo de WhatsApp que se mantenha produtivo.... por outro lado, é uma ferramenta de discussão. Vão se formando tantos grupos que a gente se perde...”

O Enf. 8 se coloca: “se não ficarem enviando um milhão de bom dia, feliz dia do amigo, vídeos, acho que podemos manter. Legal para tirar dúvidas, localizar colegas de outras unidades quando precisamos... quem quiser, sai, é democrático”. O Enf. 26 diz: “concordo, Enf. 8”. O Enf. 25 expõe sua opinião: “achei ótima nossa discussão sobre a portaria”.

E assim o grupo continuou, com saídas e entradas de outros enfermeiros.

No dia seguinte, as discussões sobre a liminar continuaram e os participantes queriam informações sobre o posicionamento da Secretaria Municipal de Saúde.

O Enf. 25 anuncia: “virá um documento assinado pelo secretário”. O Enf. 26 pergunta: “alguma informação sobre como devemos proceder com as consultas hoje, Enf. 25?” O Enf. 25 responde: “A apoiadora [também enfermeiro, que exerce a função de apoiador na Regional de Saúde do Enf. 25] veio aqui na Unidade conversar com a gente. Disse que não podemos mesmo solicitar exames. [Mais isto caberia] à pactuação dentro de cada Unidade, solicitar para o médico assinar. Se os médicos não fizerem a solicitação dos exames ou não assinarem a requisição do Papanicolau... tudo deverá ser agendado. Mas... eu me recuso a colher e pedir para o médico assinar”.

Meu comentário foi: “sempre achei que a enfermagem perdeu e ainda perde seu campo para outras profissões... como já devem ter ouvido por aí, o farmacêutico reivindica a vacinação, os fisioterapeutas os curativos cirúrgicos e parto normal, a fonoaudiologia a aspiração de sondas, a nutrição a sondagem nasogástrica... e agora, esse “golpe”, que eu espero que seja temporário”.

O Enf. 25 diz: “a enfermagem deixa as outras categorias ocuparem seu espaço!!! Conheço enfermeiro que não sabe orientar amamentação”.

A amamentação é um assunto básico na formação do enfermeiro Após minha formação acadêmica, em 1995, tive conhecimento sobre diversas iniciativas governamentais e de outras instituições ligadas à saúde, que pretendiam reforçar a importância do aleitamento

materno. Após os primeiros cinco anos de atuação na assistência direta aos usuários, o restante de minha trajetória profissional esteve voltado à gestão, o que me distanciou e me desatualizou quanto aos assuntos específicos de enfermagem.

Retomando à assistência em uma UBS, depois de doze anos na gestão, pude acompanhar as orientações dadas por uma técnica de enfermagem às mulheres que estavam com dificuldade na amamentação. Além de ser mãe e estar formada há menos tempo que eu, esta profissional também atuou no Banco de Leite do Estado por vários anos. A cada orientação que eu acompanhava, notava que várias coisas tinham mudado.

Ao acompanhar cada nutriz com dificuldades no aleitamento materno, meus conhecimentos eram resgatados na memória, e outros, atualizados. “No meu tempo”, para os casos de mamas ingurgitadas, havia a recomendação de compressas quentes para o aumento da circulação local e ordenha mais fácil do leite retido. Atualmente isso não se aplica mais. Ainda, para facilitar a pega do mamilo pelo bebê, a mãe era orientada a manter uma pinça com os dedos indicador e médio nos seios enquanto o lactente se alimentava. Hoje é sabido que esse tipo de auxílio é feito com os dedos polegar e indicador apenas para facilitar a pega do mamilo, e assim, evitar a interrupção da passagem de leite pela pressão dos dedos da mãe.

Muitos conceitos e práticas que foram preconizados por muito tempo, tornaram-se ultrapassados, como os horários rígidos para as mamadas ao seio, o uso de água e chás nos primeiros meses de vida, a introdução precoce de outros alimentos na dieta da criança⁶².

Através da consciência de que novos conhecimentos foram construídos acerca do tema nas últimas décadas e das observações feitas nas orientações conjuntas, tive a certeza de que, muitas das orientações que tinha em mente estavam obsoletas e, por isso, não me sentia totalmente segura para esse tipo de cuidado. E, claro, perguntava-me se todos os colegas estavam cientes dessas “novidades”.

O Enf. 26 posta a foto de um pedido de exames com vários “ajustes” no impresso oficial para a coleta de Papanicolau e comenta: “olhem a solução que encontraram para o PAP”. O Enf. 25 espanta-se: “onde isso?!”. O Enf. 26 responde: “ainda não sei...vamos ter reunião a tarde... foram os coordenadores da minha Regional que fizeram”. O Enf. 25 continua: “mas eu também sou dessa Regional e não chegou nada disso”. Um enfermeiro, naquela ocasião coordenador de uma UBS, que estava presente no grupo por ter colaborado com o recolhimento dos questionários, responde: “esse impresso foi elaborado por uma de nossas UBS. Me

preocupa essa alternativa. Pois os enfermeiros estarão assinando uma requisição. Ainda que o médico assine junto”, coloca o Enf. 41.

O Enf. 40 manifesta sua indignação: “me recuso. Eles que assumam. O SUS que entre em colapso. População que saia às ruas, Ministro da Saúde que se pronuncie. Virou lei? Sigo à risca. Quero ver quanto tempo irão aguentar. Sindicato dos Enfermeiros disse que não pode! É hora de nos unirmos. Até quando vamos ficar tapando buraco? Não faço!” O Enf. 4 se posiciona: “mais uma vez nossa classe se submetendo à ficar na condição de subprofissão, se adaptando, se sentindo obrigada a dar um jeitinho...o CFM em algum momento pensou no impacto que essa liminar causaria? ACREDITO QUE QUEM DEVERIA ESTAR PREOCUPADA COM ESSA DECISÃO É A CLASSE MÉDICA E NÃO NÓS!!!!”. O Enf. 25 fala: “e vão se dando jeitinho pras coisas”. O Enf. 40 continua: “nós enfermeiros temos que parar com essa mania de dar jeitinho. Não vivemos de caridade. Isonomia, reconhecimento, empoderamento! Eu tô achando tudo ótimo, talvez seja a chance de demonstrarmos o que é a Enfermagem e sua importância dentro da sociedade”. O Enf. 43 diz “eu acho [que esse arranjo] é anti ético de ambas as partes”.

O Enf. 26 explica sobre o impresso adaptado: “o que foi sugerido é que os ginecologistas façam uma solicitação em pedido de exames, de Papanicolau, com o devido registro em prontuário, folha de citologia vai anexa com o carimbo do enfermeiro que fez a coleta. Pode não ser o que desejamos, mas está dentro da legalidade do momento. Acho que deveríamos organizar um manifesto geral em Sorocaba pois está tudo muito passivo...”.

O Enf. 8 argumenta que: “se o médico vai ter que consultar a mulher para solicitar o exame, então que já colha! Deixar pedidos de exames assinados, registrar em prontuário e colocar na produção é fácil, quero ver atender encaixe sem falta, sem reclamar”.

O Enf. 26 concorda e diz: “situação absurda, vamos ver até onde isso vai perdurar... ouvi pelos corredores que foi falado que nossa recusa pode ser considerado negligência... isso é assédio! O Enf. 39 pergunta: Ai gente.... quem poderá nos defender??”. O Enf. 8 coloca “que teremos que ter tudo bem registrado para elaboração de defesa, se necessário”. O Enf. 25 diz “temos uma liminar do Ministério Público que nos proíbe... não é recusa”. O Enf. 26 coloca: “proíbe a solicitação...tipo, só podemos fazer se as estrelas “mandarem”. O Enf. 25 fala “eles podem solicitar... mas não delegar a mim o fazer. Não sou subordinado a médico. Agenda para GO [ginecologista]. Ou podemos fazer tudo ou não podemos fazer nada”.

No dia seguinte, o Enf. 8 posta uma imagem e anuncia: “parecer da Secretaria, preciso ler com mais atenção, parece ter algo contraditório”. O Enf. 26 pergunta: “essa decisão continua nos impedindo de solicitar exames ou entendi errado?” O Enf. 35 diz: “sim”.

Nesse momento, manifesto meu desejo para que a situação se resolva logo, antes do aumento de casos de dengue, dentre outros problemas de saúde: “se não fosse a enfermagem em 2015, [ano epidêmico de Dengue no município] imaginem o que tinha acontecido...” Continuei com a descrição dos vários problemas que tínhamos caso a medida não fosse revogada: “não gosto de saber dos custos dessa decisão: pré-natais tardios, prematuridade, óbitos infantis, câncer de colo de útero daqui uns cinco anos e [falta de] diagnósticos precoces também, descontrole da epidemia de sífilis, suspensão de cirurgias que dependiam de troca de pedido de exames, a dengue... não tem como não pensar como seria minha prática profissional se não fosse isso.... Para me consolar pensei no enfermeiro na puericultura, na supervisão, na Educação Permanente da equipe etc, etc. Mas aí vi, que apesar de não ter feito nenhum pedido de exame hoje, fiquei envolvida a manhã inteira com o acolhimento, como antes! Kkkk! Óh, céus!”.

O Enf. 40 coloca: “infelizmente, só assim seremos reconhecidos. Através de um preço muito alto chamado vida humana. Mas enfim, temos que cumprir a lei, o juiz não se preocupou com a população. Ministro da Saúde e Governo Federal intervém no que é conveniente. Não esqueçamos que os três poderes [executivo, legislativo e judiciário] são constituídos de advogados, médicos e engenheiros... na sua maioria. Enfermagem ainda é braçal. Não geramos lucros para a indústria farmacêutica e convênios. Esse é o presente que o CFM e o juiz deram para tão sofrida população em pleno Outubro Rosa. Lamentável. Só após o caos é que seremos reconhecidos. Infelizmente. É o que penso”.

Continuo minha reflexão e escrevo: “as atribuições dos enfermeiros são enormes e muitas vezes me sinto envergonhada de não ‘saber o mínimo’ das coisas. Quando o Enf. 25 falou que alguns enfermeiros não sabiam orientar sobre amamentação, eu quase saí do grupo! Rsss Hoje acho que já oriento bem as gestantes e puérperas, mas ainda não sei um monte de coisas e vejo pouco tempo para me formar (ou melhor, reformar) nesses assuntos. Me apoio muito, em partes, na equipe para ter uma prática segura... mas acho que essas minhas dúvidas controlam qualquer ato impulsivo. Eu disse que em 2017 ia ‘virar’ enfermeira de verdade! Ainda não deu!”.

O Enf. 25 posta uma imagem de espanto.

Nesse momento, a expressão de espanto causou-me um misto de emoções... vergonha, dúvidas, desafios.... e me remeteu aos motivos que me levaram ao tema da minha investigação.

Continuo explicando minha postagem anterior: “pois é... esse foi um dos motivos que me levou a fazer a pesquisa em todas as UBS de Sorocaba. Como os enfermeiros dão conta de tudo? Será que só eu tenho essas dúvidas, dificuldades? Fiquei com medo agora”.

O Enf. 25 responde: “acho que nenhum enfermeiro sabe tudo ou domina tudo”. O Enf. 18 concorda. “Mas pelo menos tem uma noção de como as coisas são”, complementa o Enf. 25.

O Enf. 34 compartilha a notícia de que o Tribunal Regional Federal da Primeira Região caçou a liminar.

Concluo minhas considerações: “então, quando me formei em 1995, a Papaína [produto extraído do leite do mamão, utilizado para acelerar o processo de desbridamento¹³ e cicatrização de feridas. Foi substituída por outros produtos mais eficientes e práticos, apesar de manter algumas indicações específicas] estava na moda, tirar necrose com bisturi era rotina dos auxiliares, deixar o curativo sequíssimo, muito bom. Depois de 97, usava Povidine [produto a base de iodo, que teve o uso suspenso por sua toxicidade] e agora em 2017 tem uma gama de alternativas... ainda bem que temos a enfermeira especialista em tratamento de feridas, que através das fotos, discussões, me ajudam a orientar os funcionários e escolher o melhor pro paciente... aprendo com isso... agora, se dependesse de mim, atolada de coisas, não ia conseguir me atualizar... e quantos outros assuntos estou desatualizada: Talvez o enfermeiro que está na assistência há mais tempo não sinta isso”.

Os enfermeiros começam a comemorar a suspensão da medida judicial e a esta conversa parou por aqui.

Quanto à execução de algumas tarefas: afinal quem deveria fazer o quê???

Em algumas ocasiões surgiram dúvidas a respeito da questão: a quem competia a realização de determinadas atividades. O grupo discute entre si, sem, no entanto, chegar numa conclusão final sobre o assunto. Fica claro que não há um setor da Secretaria de Saúde ou outro

¹³Desbridamento é a remoção de tecidos inviáveis ao tecido vivo em feridas e é classificado de acordo com o mecanismo de ação: cirúrgico; instrumental não cirúrgico; mecânico; químico/enzimático e autolítico⁶³.

órgão oficial que pudesse esclarecê-los, estando os enfermeiros livres (e sujeitos) a interpretações pessoais ou impostas por alguma chefia.

O Enf. 26 pergunta: “se alguém puder me ajudar numa questão, agradeço. Na escala de enfermagem de vocês constam os técnicos no atendimento da recepção? E na sala de vacina vocês deixam um ou dois técnicos”? O Enf. 34 responde: “não. Apoio na recepção”. O Enf. 25 diz “eu não deixo técnico na recepção. Só na pós consulta e muito a contra gosto”. O Enf. 26 continua: “vou precisar colocar técnico na recepção, mas tenho medo de algum impedimento do COREN... alguém sabe?”. O Enf. 18 contribui com a conversa: “na minha UBS colocamos o técnico de enfermagem na escala da recepção, isso está descrito na escala impressa. Entra como atendimento”. O Enf. 31 coloca: “não pode estar na escala de enfermagem a recepção”. Descrevo como procedo na minha UBS: “não sei de nenhum impeditivo formal para o técnico não poder atender na recepção. De vez em quando colocamos um para dar apoio no balcão e notamos que a qualidade do que chegava ao acolhimento é outra coisa. A tarde isso ocorre com mais frequência”. O Enf. 18 continua: “entre estar e precisar existe uma diferença. Também não gostaria de deixar um técnico na recepção, mas na situação em que nos encontramos não tem jeito. Segundo o RH, há a possibilidade de deixá-lo na escala de recepção, colocando auxílio em atendimento, ou auxílio na recepção”. O Enf. 31 diz: “sim, auxiliar na recepção pode, mas apenas colocar recepção na escala, o COREN não aceita”.

Em outra ocasião, o Enf. 26 pergunta: “quem realiza o fechamento do estoque de fraldas na UBS de vocês”? O Enf. 1 responde “quem está escalado [auxiliares administrativos] na farmácia aqui na minha UBS”. O Enf. 34 coloca: “auxiliar administrativo tanto na UBS que estava quanto na que estou agora”. O Enf. 25 concorda como Enf. 34: “aqui na minha também”. Outros dois enfermeiros também relatam que esta atividade é executada pelos auxiliares administrativos locais. O Enf. 26 responde: “muito obrigado... preciso rever isso aqui na minha. A coordenadora deixou a enfermagem responsável”. O Enf. 1 posta uma imagem de espanto.

Em outro momento o Enf. 34 questiona: “me tirem uma dúvida: vocês solicitam exames quando o usuário diz que vai fazer em laboratório particular”? O Enf. 31 responde: “não. O laboratório não aceita também”. O Enf. 34 continua: “o usuário diz que aceita”. Eu participo da conversa: “não solicitamos”. O Enf. 7 diz “não peço exame... somente os do programa”. O Enf. 34 agradece.

Compartilho com o grupo a experiência de passar em todas as Unidades de Saúde para o recolhimento dos questionários desta investigação. “Cada visita que faço nas UBS, quando dá pra conversar um pouco com os colegas, vou percebendo diferenças no modo de

fazer as coisas. Lógico, olha o número de UBS que temos e os diferentes fatores que incidem sobre elas. Aí saio animada para algumas coisas e com dúvidas em outras. Acho que faz parte do processo de construção do conhecimento também. Se alguém puder me dizer como procedem quando um paciente chega como um pedido particular de fisioterapia, agradeço”.

O Enf. 7 responde: “tem que agendar consulta médica”. O Enf. 40 concorda: “mesma forma aqui na minha UBS”. Continuo: “alguém faz diferente disso”? O Enf. 26 e o Enf. 21 afirmam que o procedimento é apenas realizado pelos médicos. O Enf. 8 complementa: “agenda ou aguarda encaixe para o clínico trocar”. Pergunto: “e aquela história da gente fazer a guia e anexar o pedido”? O Enf. 34 diz: “tive essa dúvida essa semana e os enfermeiros da unidade disseram que podemos transcrever esses pedidos... eu não sabia disso também, elas dizem que fazem isso e tem dado certo”. Continuo: “até o mês passado também trocava e não dava problema... de repente, alguém disse que não era mais isso.... aí ontem fui verificar o fluxo que o Enf. 21 me deu, e vi que é referente ao último e-mail enviado sobre o assunto [que eu não tinha visto]. Na segunda feira enviei este último e-mail e a gente confere. E se alguém souber de outra orientação mais recente escrita, podia compartilhar”.

O Enf. 34 cumprimenta o grupo e pede uma ajuda: “a única medicação que não podemos fazer sem a presença do médico na UBS é a Noripurum, certo? Alguém tem alguma novidade sobre isso”? O Enf. 37 diz: “certo, não podemos”. O Enf. 34 insiste: “mas só essa, né? Está uma “conversa” aqui na Unidade que em algumas Unidades não estão fazendo nenhuma medicação sem ter o profissional médico na Unidade”. Afirmo que essa regra só valia para o Noripurum. O Enf. 31 contribui: “a Benzetacil não precisa também. Mudou”. O Enf. 8 fala: “eu não sabia do Noripurum...”. O Enf. 34 explica: “orientação fundamentada do COREN-SP nº 32/2014”. O Enf. 18 pergunta sobre a Benzetacil: “nem como primeira vez”? O Enf. 34 esclarece: “não, nota técnica COFEN/ctln nº 03/2017”. O Enf. 21 escreve: “para casos de sífilis apenas”. Alguém posta uma notícia sobre a política local, e o assunto é desviado.

O Enf. 21 posta uma imagem do cronograma de atendimentos do novo protocolo de atenção à saúde da criança. Digo: “infelizmente não tinha conseguido olhar para ele ainda... primeira vez que vejo. Mas tinha ciência que já estava disponível”. Nesse protocolo, foram incluídas as consultas do enfermeiro para algumas fases especiais do desenvolvimento infantil. Até então, o agendamento das consultas mensais para o acompanhamento de crianças com até dois anos de idade eram realizadas apenas para médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem.

O Enf. 8 diz: “eu vi, mas com dois enfermeiros na UBS é impossível”. O Enf. 34 comenta não ter visto o documento ainda e complementa: “com um enfermeiro no período:

impossível”! “Impossível mesmo... enlouqueço para dar conta”, completa o Enf. 26. O Enf. 18 fala: “praticamente em todas as UBS estamos com pelo menos um enfermeiro em algum dos períodos. Triste isso”. Coloco: “sim. Estou sozinho de manhã. Por isso fico me questionando sobre o que é essencial dentre de cada área de atenção para tentar dar conta disso, pelo menos”. O Enf. 8: “sou responsável pela saúde da mulher, me sinto mal de não conseguir fazer vigilância das gestantes e Papanicolau alterados”.

O Enf. 34 coloca: “aliás, depois de finalizada sua pesquisa, podíamos manter esse grupo para fortalecimento da nossa categoria na prefeitura e para troca de ideias e informações... o que vocês acham”? Algumas pessoas manifestaram-se a favor da ideia.

Eu achei muito importante esse pedido de continuidade, considerando que este grupo estava sendo o único meio de conversar com os colegas. Havia um ou outro treinamento, mas em sua maioria, eram organizados de modo a passar informações gerais, sem oportunizar o entrosamento entre as pessoas. Nos poucos treinamentos realizados pela Regional, deixei de participar de alguns, por julgar pouco produtivos.

Algumas preocupações do dia a dia: a terceirização dos serviços de saúde ea insegurança no trabalho

Após algumas negociações para o recolhimento dos questionários com os colegas, uma enfermeira posta a notícia sobre a pretensão do prefeito de terceirizar os serviços de Urgência e Emergência e os de especialidades médicas. Comento: “é lamentável... posso parecer o profeta do apocalipse, mas também parece ser algo inevitável. Mais cedo ou mais tarde vai chegar aqui. A sociedade, principalmente a classe média, não defende o serviço de saúde pública. Ela reivindica agilidade, acesso, e principalmente, planos de saúde. Os convênios médicos são os principais benefícios das empresas, e é uma das pautas de reivindicações dos sindicatos... enfim, não vejo grandes movimentos em defesa do SUS. Terceirizar pra sociedade parece até uma “justiça”, pois ela paga caro pelo pouco que recebe, pelo menos assim, acha que está tendo acesso a algum atendimento de qualidade. [...]. Escrevo sobre como imagino um serviço público de saúde bem organizado e contínuo: mas muitas vezes é difícil de defender isso... todos nós já presenciamos ou ainda presenciamos cada coisa que é de dar nó nas tripas.... As corrupções, os desmandos, os oportunismos, os despreparos, a falta de projetos que atravessa do micro ambiente de trabalho da esfera federal, passando pelos municípios e estados... eu temo pelo nosso futuro. E para compensar as ameaças, acredito numa rede solidária de trabalho. Coisa bem difícil de se criar. Por causa de nossas vaidades, orgulhos, diferenças em geral... a experiência de ir em todas as UBS tem sido muito boa. Além da troca

de experiências, conheci vários colegas da rede. E hoje me senti assim, amparada por uma rede de apoio, de pessoas mais antigas e de pessoas mais novas. E lamentei não ser assim na maior parte do tempo no trabalho. Seria tão mais fácil”.

O Enf. 34 coloca: “concordo com as duas colocações. E penso também que nós (os funcionários públicos) contribuímos para isso também! Quando não acolhemos o usuário como deveríamos. Quando não damos (temos) respostas satisfatórias...”.

Continuo a conversa: “fico bem chateada quando vejo alguns funcionários (disputando entre eles quem faz menos) e dando chá de cadeira em paciente sem o menor remorso... tenho esse problema direto. Talvez seja só na minha UBS! Aí me questiono se é meu problema de liderança ou de perfil/índole de cada um.... Um dia tinha um grupo conversando na sala do Programa de Atenção à Criança, e os pacientes se acumulando.... Tive que ir lá e pedir a gentileza de uma funcionar ir atendê-los. Resposta: eu até vou, mas não sei por que eu se tem tanta gente “mosqueando”!!! O Enf. 26 fala: “estou passando por muita dificuldade com a equipe aqui... Virei carrasco. Acho absurdo essa postura de que trabalham demais”.

O Enf. 18 informa que um enfermeiro de uma das Unidades Pré-Hospitalares (UPH) do município sofreu um acidente com cilindro de oxigênio e pergunta se alguém do grupo sabe do estado de saúde dele. Repassa uma mensagem de outro grupo de WhatsApp do qual também participa: “aconteceu um acidente ontem com ele na hora em que estava trocando os torpedos de oxigênio... ouvimos uma explosão muito forte... parece que pegou fogo num deles... com ele, graças a Deus não aconteceu coisa pior, teve queimaduras no tórax, lado esquerdo do pescoço e face... e dor no olho esquerdo... graças a Deus está consciente e nada mais grave aconteceu... infelizmente era algo premeditado de acontecer, do qual ninguém responsável tomou uma providência até hoje... poderíamos estar lamentando a morte dele... mas Deus o protegeu para que o pior não acontecesse... espero que alguma atitude definitivamente seja tomada [...] esposa veio aqui buscar as coisas dele... ele está no Conjunto Hospitalar de Sorocaba e optaram por não transferir... vai para a UTI na ala de Queimados agora pela manhã. Teve 12% do corpo queimado, aproximadamente (entre rosto e tórax). Não foi avaliado ainda pelo oftalmo... e continua com dificuldades para enxergar do lado esquerdo”.

Os enfermeiros do grupo manifestam um sentimento de perplexidade e solidariedade frente ao acontecimento. O Enf. 26 pergunta: “será que estava com vazamento”? O Enf. 31 responde: “não sei, mas eles deixam um de reserva. Porém, sem fluxômetro e manômetro. O que obriga a trocar quando acaba”. O Enf. 26 diz “sempre achei perigoso esse ato de trocar”. O Enf. 40 informa ao grupo: “trabalho com ele em outro estabelecimento, a

esposa disse que ele foi rapidamente atendido pela plástica do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, está consciente e bem dentro do possível, suas palavras foram de graças à Deus, foi um susto e nada mais grave aconteceu, e o que preocupava era o olho. Ele trabalhou nesse hospital e está sendo muito bem atendido”.

O Enf. 8 comenta: “já troquei torpedo de oxigênio quando trabalhava lá, sempre foi uma briga para responsabilizarem alguém para trocar”. Escrevo: “nunca troquei torpedo... sempre conto com a experiência dos funcionários... quem será que poderia orientar como fazer isso corretamente”? O Enf. 8 explica: “na UBS a empresa contratada troca a válvula quando vem repor o torpedo, na UBS não temos esse problema. Na Urgência deveriam estabelecer o fluxo para troca e não forçar isso para o enfermeiro”. Continuo: “amanhã vou verificar aqui. A empresa também troca aqui, mas temos um sobressalente, que o pessoal vivia pedindo a chave, pois caso tivesse aqui, poderiam trocá-lo. O nosso pequeno de transporte foi emprestado e não voltou”. O Enf. 8 posta a resposta da Prefeitura Municipal sobre o acidente ocorrido com o enfermeiro dos serviços de Urgência e Emergência.

Comento: “postura no mínimo estranha do setor jurídico... e da comunicação, no meu ver, não expressou nenhuma preocupação com o funcionário”. O Enf. 8 diz: “não mesmo”. O Enf. 31 coloca: “só que o serviço não sofreu alterações”. O Enf. 26 fala: “senão fosse trocado o cilindro nunca aí sim o serviço sofreria alterações, né? Temos que saber dizer não”!!! O Enf. 25 desabafa: “funcionários são só números para a prefeitura”. O Enf. 1 relembra: “quando eu estava nessa Unidade Pré-hospitalar era um dos técnicos de enfermagem que trocava o cilindro”. O Enf. 8 continua: “na outra UPH, (Unidade Pré-Hospitalar) quando trabalhei lá, no início era a enfermagem, quando começamos a questionar ou nos recusar, a atividade foi designada a um auxiliar administrativo, mas nos fins de semanas continuava sendo a enfermagem. A empresa contratada só no dia de troca de torpedos vazios mesmo”.

O Enf. 40 se posiciona: [...] “Acabei de falar com ele e graças à Deus ele está bem, Oftalmo disse que o trauma do olho foi superficial, e ele disse que a dor está tolerável. Que nós enfermeiros, possamos diante da triste ocorrência, aprender a dizer não para aquilo que não é da nossa competência. Façamos aquilo que é da nossa atribuição, somente! Nossa vida é valiosa demais, para arriscarmos tanto por uma instituição que só nos vê como números. Jesus esteja conosco nessa caminhada na profissão que escolhemos. A Enfermagem já perdeu profissionais demais, vamos dar um basta nisso. Quem cuida de vida precisa de segurança. Enfermagem com segurança. Boa noite à todos”.

Entre um e outro atendimento: dúvidas, esclarecimentos, desabafo, apoios, propostas...

“Vocês estão sinalizando no SIS [Sistema de Informação em Saúde da SMS] quando fazem coleta de exame de gestante?! Eu não sabia que era preciso”, pergunta o Enf. 25. O Enf. 8 responde: “tem alguns exames que gestante tem código diferente”. O Enf. 26 fala: “sinalizamos sim, Enf. 25”. O Enf. 25 continua: “mas toxo [sorologia para toxoplasmose] não tem código diferente. Tenho uma gestante com toxo positiva que não foi feito avidez por que não sinalizamos no SIS que era gestante”. O Enf. 21 compartilha sua experiência: “quanto a recepcionar o exame de gestante... sempre oriento a digitar que é gestante... uma gestante nossa não foi digitado, daí o toxoplasmose foi reagente e não foi feito o teste de avidez... quando cobrei o laboratório eles informaram que só fazem de gestante... teve que coletar outra amostra”.

A toxoplasmose é uma doença de grande importância para a saúde pública, especialmente quando a infecção ocorre pela primeira vez durante a gestação. O risco de transmissão vertical e do comprometimento fetal pode ser minimizado através da identificação de gestantes suscetíveis à toxoplasmose e da detecção precoce dos casos de infecção aguda recente⁶⁴. O rastreamento sorológico é uma ferramenta eficaz para a prevenção da transmissão vertical pois sinaliza as gestantes que deverão iniciar o tratamento o mais breve possível. Desta forma, o atraso na realização da sorologia para toxoplasmose no início do pré-natal poderá comprometer a prevenção da toxoplasmose congênita.

O Enf. 1 abre outra discussão do grupo com um desabafo: “dezesesseis atendimentos em menos de uma hora, será que isso é acolhimento? Ou estamos fazendo apenas uma “triagem”? O Enf. 30 comenta: “menos de cinco minutos pra cada paciente... acho que em todas as unidades ou, pelo menos na maioria, a coisa infelizmente está assim... desanimador”. O Enf. 1 responde: “hoje estou substituindo um colega de outra UBS. Decepcionante esse “modelo de acolhimento” de Sorocaba”. O Enf. 1 continua: “e ainda aguentar surto de médico que acha que não deveríamos encaixar, se não tenho vaga para agendar, eu faço o que”? O Enf. 26 diz: “felizmente aqui na minha UBS é um pouco menos, mas mesmo assim não conseguimos fazer tudo o que deveríamos adequadamente”. O Enf. 30 consola a colega: “não esquite com eles, Enf. 1. Por mais difícil que seja, mantenha-se firme e não desanime. Estou em outra UBS, por uma temporada, se precisar de algo, mande mensagem”. O Enf. 1 agradece e finaliza: “desculpe, gente, mas a cada dia me decepiono mais com a nossa “Saúde Pública”. Desculpem o desabafo”. Escrevo que esse modelo de acolhimento parece um buraco sem fundo que a gente não consegue pensar alternativas pra sair dele. O Enf. 37 contribui com a conversa: “temos que

deixar claro que o acolhimento é um problema da Unidade e não só dos enfermeiros. Temos que colocar limites, por que em uma fiscalização do COREN-SP ninguém vai querer saber quantos acolhimentos atendemos e sim se estamos cumprindo nossas atribuições de enfermeiros, como SAE [sistematização da assistência de enfermagem], dimensionamento e supervisão de equipe”. Concordo com ele e coloco: “essa lógica de “consumir” o enfermeiro com a demanda espontânea está disseminada por quase todo o Brasil. Ela veio junto com a política de humanização e com a distorção que sofreu com os anos, reduziu nossas práticas quase a só isso. Como romper com isso”? Alguns enfermeiros postam imagens de choro, de bombas. O Enf. 17 se pronuncia: “o fato é que estamos sufocadas e não é de hoje. Não é por conta da crise. Há uns bons anos a situação só piora”. Continuo e digo à Enf. 1: “fico pensando em maneiras de trabalhar até aposentar (com uns 800 anos, eu acho) e adoecer menos”. O Enf. 1 responde: “você está certíssima em trabalhar dessa maneira”. Finalizo: “além de nunca ter tido coragem de pedir a conta, acredito nos princípios da saúde coletiva... então é melhor me reinventar para não enlouquecer”.

O Enf. 26 pergunta: “pessoal... alguém ainda envia aquelas notificações semanais [planilha informativa sobre o número de diarreias e outras patologias enviada semanalmente à Vigilância Epidemiológica (VE) que por muitos anos foi sistematicamente cobrada pelo médico responsável] para o médico da Vigilância Epidemiológica?”. O Enf. 18 responde: “na minha UBS ainda enviamos”. O Enf. 21 coloca: “notificações para a VE... nem mandei mais... ninguém cobrou”. Comento com o grupo: “sobre a planilha, voltamos a fazer há uns nove meses atrás. Não é enviada há uns quatro. Também não cobraram. Sei que é importante mas não entendo por que digitamos os CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) dos atendimentos médicos e precisamos levantar essas informações no papel ... Dentre as atividades que tive que priorizar, deixei essa para um segundo momento”. O Enf. 26 informa “não estou fazendo há uns quatro meses também e ninguém cobrou. Já cheguei a falar sobre os relatórios no gestor...talvez estejam utilizando, mas não informaram nada novo”. O Enf. 18 pergunta: “alguém da Vigilância que possa nos orientar”? O Enf. 8 diz: “lá na minha UBS disseram que pararam de fazer por que tem relatório no SIS que dá para pegar as informações”. Respondo: “tem sentido. Agora, por que será que esse “fantasma” fica aparecendo de vez em quando”? Perguntei por vários dias, para pessoas diferentes, quem conhecia o número do relatório do sistema de informação municipal que daria as mesmas informações solicitadas pela planilha manual. Uma colega soube informar e repassei para o grupo. Alguns colegas agradeceram e outras conversas foram surgindo.

O Enf. 1 pergunta: “como vocês fazem a desinfecção/esterilização do amnioscópio¹⁴”? Respondo que “não sei de cabeça, mas quando surgiu a dúvida, consultamos o POP [procedimentos operacionais padrão] e não estávamos fazendo do jeito indicado”. O Enf. 1 comenta: “então, o problema é que não tenho o POP”. O Enf. 44 informa que em sua UBS lavam com detergente enzimático e deixam trinta minutos no hipoclorito. O Enf. 1 agradece.

O Enf. 25 questiona: “vocês orientam os pacientes diabéticos a reutilização das agulhas de insulina”? Compartilho minha experiência: “atualmente não damos essa orientação. Mas há uns meses atrás ficou em falta, e muito contrariados, orientamos isso para quem não podia comprar”. O Enf. 26 concorda: “idem. Aqui damos 30 unidades para quem aplica uma vez ao dia e 60 para quem aplica duas ou mais vezes ao dia”, complemento. O Enf. 25 diz: “não é o ideal, eu sei, mas me parece que está em falta de novo”. Comprometo-me a procurar a orientação escrita que, segundo a auxiliar administrativa da minha UBS achava que tínhamos recebido, no entanto, não encontramos nenhum documento sobre o assunto.

O Enf. 39 levanta uma questão para o grupo: “pessoal, uma dúvida... eu sempre acompanhava os e-mails que a AFIP [laboratório terceirizado pela PMS] mandava com resultados de urocultura e sorologias para toxoplasmose e sífilis [planilhas que informam os resultados positivos para infecção urinária e sorologias positivas para toxoplasmose e sífilis para busca ativa imediata] alterados, para fazer convocação e acompanhamento, principalmente das gestantes. Há cerca de um mês esses e-mails estavam indo para o Spam, reclamei no suporte, e eles vieram certinho por uns dois dias e depois nunca mais recebi... vocês continuam recebendo esses resultados por e-mail da AFIP ou será que pararam de enviar mesmo”? Os Enf. 25 e Enf. 31 respondem: “eu recebo”. O Enf. 26 comenta: “comigo ocorreu o mesmo e não recebo mais”. O Enf. 1 participa: “aqui só começamos a receber há uma semana depois de muitas cobranças. A Unidade está aberta há oito meses e só agora começaram a enviar. Acho que vale a pena você continuar cobrando a AFIP”. As discussões e dúvidas sobre a instabilidade nos sistemas de informação ministeriais (ex.: SISCAN, SISPRENATAL¹⁵etc), da PMS e da internet municipal sempre voltavam no grupo.

Conversas e proposições a respeito das políticas relacionadas à gestão de pessoas da PMS

¹⁴Amnioscópio é o instrumento que permite a visualização do líquido amniótico para avaliação da maturidade e o bem-estar fetal.

¹⁵ Sistemas de Informação disponibilizados em plataforma web que integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer e Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

O Enf. 25 pergunta: “gente, vocês tem notícias das reformas do prefeito na saúde”? [eles e referia a uma reunião da Secretaria de Saúde para os funcionários e outros interessados, que pretendia apresentar o processo de terceirização na saúde]. O Enf. 37 explica: “a apresentação evidenciou que os casos atendidos nos serviços de Urgência e Emergência não são urgência e nem emergência. OK, já sabemos disso faz tempo. O problema que a solução mágica é remover os trabalhadores da Urgência e Emergência em um processo autoritário e despreparado para a Atenção Básica e anunciar que isso muda o modelo de atenção. E terceirizar o serviço alegando que é mais barato”. O Enf. 26 desabafa: “affff que absurdo”! O Enf. 37 continua: “o prefeito afirmou que a implantação será em 01 de janeiro de 2018. Não ficou claro se será em etapas, como será a remoção dos servidores. Quais indicadores serão utilizados para aferir se a iniciativa teve êxito. O indicador apresentado foi reduzir em 50% o número de atendimentos das unidades de pronto atendimento e pré-hospitalares, que deverão ser absorvidos pelas das UBS [...] o Secretário de Saúde afirmou que os médicos [removidos para as UBS] serão capacitados exaustivamente. Quando? Como? Não foi apresentado”. O Enf. 25 coloca: “ou seja... nada ficou esclarecido”. O Enf. 37 diz “entendo que o objetivo não era esclarecer e sim empolgar”.

O Enf. 21 posta uma notícia sobre a política de recursos humanos da SMS. O Enf. 44 pergunta: “então teremos remoção, né”? O Enf. 34 responde: “pelo jeito sim. E será que vão repor todas as vagas da enfermagem? Está sem reposição de aposentadorias e exonerações há mais de três anos”. O Enf. 21 diz: “acho que só os supervisores sabem”. O Enf. 34 fala “pode ser, mas essa informação deveria ser pública, né”? O Enf. 37 diz “entendo que é só uma comissão que ainda vai discutir critérios. Quais são nossas propostas? Uma vez que tenhamos consenso podemos encaminhar e pressionar para que sejam implantadas. Proposta nº 1: publicidade de todas as vagas disponíveis”. O Enf. 44 fala: “super importante”. O Enf. 34 diz “concordo e acrescento: publicidade de todos que estão em vaga provisória”. O Enf. 18 reitera: “transparência nas ações”. O Enf. 34 escreve a segunda proposta: “clareza com que será feito com vagas que teoricamente não existem: como enfermeiros que estão em equipe de saúde mental. O que será feito? Serão criadas essas vagas: Ou as pessoas terão que ir para as vagas “existentes”? Só um exemplo, pode haver outras”. O Enf. 8 contribui: “e sem dança de cadeiras com “vagas nobres” logo após a remoção. Nada me convence que isso não aconteceu na última remoção com algumas vagas não mencionadas escolhidas por pessoas com mais de 20 anos de prefeitura e, meses depois, estavam em suas lotações de origem”. O Enf. 37 diz “vou juntar as propostas, quem tiver mais alguma, copia as anteriores e acrescenta a nova no fim. Depois

podemos apresentar a outras (os) colegas e quem sabe teremos uma boa plataforma de reivindicações. Propostas: 1) Publicidade de todas as vagas disponíveis – ocupadas provisoriamente, não ocupadas e novas vagas 2) Clareza com o que será feito com vagas que teoricamente não existem: como enfermeiros que estão em equipe de saúde mental. O que será feito? Serão criadas essas vagas? Ou as pessoas terão que ir para as vagas “existentes”? 3) Vedada reserva de vagas para pessoas em cargo de confiança”. O Enf. 21 diz “item três muito bom... necessário e justo”. As discussões e explicações sobre esse assunto continuaram.

Em um determinado momento, a discussão girava em torno da necessidade de atualização do enfermeiro, o Enf. 18 comenta: “quem é um pouco mais antigo deve se lembrar dos grupos de estudo que tínhamos. Era muito bom compartilharmos informações e fluxos. Mas infelizmente acabou”. O Enf. 38 concorda e o Enf. 8 diz: “particpei dos últimos”.

Numa outra ocasião, o Enf. 21 informa sobre um curso à distância oferecido para atualização sobre sala da vacina. Diz: “é ótimo... ótimos profissionais... são 80 horas... ainda fico com alguma dúvida... dá para assistir o que mais interessa”. O Enf. 8 relata que está com dificuldades para assistir os vídeos do curso. “Para toda hora para carregar, perco o fio da meada. Perdi a paciência”. O Enf. 21 completa: “tem algumas horas que tem que desistir... principalmente nos finais de semana”. Enf. 8 diz “é quando tento assistir”. O Enf. 21 constata: “é muito esclarecedor... por exemplo... foi dito que quinze minutos de observação é para todo adolescente... não somente para HPV”.

A Febre Amarela e seu impacto no trabalho da enfermagem

A mudança no perfil epidemiológico da Febre Amarela gradualmente aumentou a procura pela vacina. Dentre outros motivos, em meados de janeiro de 2018, a morte confirmada de um macaco pelo vírus da Febre Amarela no município de Votorantim fez com que o município de Sorocaba reformulasse as estratégias de vacinação.

As medidas adotadas iam chegando aos poucos às UBS e, muitas vezes, de maneira não muito clara. Foram várias as etapas de vacinação: apenas para aqueles que viajarão para as áreas de risco, seguida da liberação da vacina para mediante a entrega de senhas e, posteriormente, a administração de doses fracionadas para toda a população.

A vacina contra a Febre Amarela já era feita de maneira regionalizada, ou seja, havia seis UBS que disponibilizavam o produto para todo o município. Rapidamente a procura pela vacina tomou proporções enormes e uma situação muito delicada instalou-se nestas unidades de referência. Como na primeira fase as vacinas foram disponibilizadas, em número

controlado - apenas para os viajantes de áreas de risco - parte da população entrou em desespero e superlotava estas UBS.

O número de doses não era suficiente para todos e as senhas esgotavam-se rapidamente. Havia pessoas que aguardavam cerca de dois dias na fila para tentar garantir a senha.

No caso, a UBS onde trabalho era um dos serviços de referência para a vacinação e imunizava uma vez por semana os pacientes que conseguiam as senhas. O número de doses disponibilizado era muito pequeno e, mesmo a vacina ainda não sendo recomendada para todos, a procura era imensa. Diariamente, usuários e trabalhadores viviam situações constrangedoras e estavam sujeitos aos mais variados tipos de violência, como a física, a verbal e a moral. Apesar de ser a única enfermeira do período da manhã, horário no qual acontecia a vacinação, nenhum outro enfermeiro foi deslocado para lá no dia da oferta deste procedimento. Depois de muito pedir, em alguns dias, uma Supervisora de Área ficava algumas poucas horas no local, ajudando a organizar a fila e a entregar as senhas.

Várias vezes me lembrei do episódio da Revolta da Vacina, inclusive alguns pacientes que buscavam pela vacina também faziam alusão a este acontecimento histórico, cuja reação popular à lei de vacinação obrigatória - proposta por Oswaldo Cruz - paralisou a cidade do Rio de Janeiro de dez a dezesseis de novembro de 1904, conforme retratado no livro de Nicolau Sevcenko⁶⁵.

A associação de vários fatores desencadeou esta revolta popular, dentre os quais as diferentes concepções políticas, científicas, religiosas e culturais da época. Pelas implicações socioculturais e morais que envolvem a questão, a vacinação também deve ser compreendida como:

[...] resultante de processos históricos nos quais são tecidas múltiplas interações e onde concorrem representações antagônicas sobre o direito coletivo e o direito individual, sobre as relações entre Estado, sociedade, indivíduos, empresas e países, sobre o direito à informação, sobre a ética e principalmente sobre a vida e a morte⁶⁶.

Num certo sentido, este foi o clima que vivenciamos por várias semanas na UBS, onde os questionamentos sociais, as diferentes visões técnicas e as críticas feitas às ações do governo - que permearam a Revolta da Vacina - também estiveram presentes neste período.

O Enf. 26 pergunta: “alguém foi na reunião da Febre Amarela”? O Enf. 8 diz: “nem sabia que teria uma reunião...” O Enf. 31 coloca: “não estava sabendo”. O Enf. 26 explica:

“pessoal, é só para as Unidades que fazem a vacina da Febre Amarela. Imagino que seja uma prévia para começar a imunizar todos... será”? O Enf. 31 fala: “minha unidade faz e não estava sabendo”. O Enf. 35 escreve “até onde eu sei eles disponibilizaram para os funcionários... vão chegar uns frascos na Unidade para fazer nos funcionários”. O Enf. 8 diz: “na minha UBS já chegou para a equipe”. O Enf. 17 fala: “estou cobrindo uma UBS na região norte. Hoje fizeram nos funcionários”.

O Enf. 26 posta uma imagem e informa: “atenção para essa nova orientação quanto a quem faz uso do AAS [ácido acetil salicílico]. Deverá ter avaliação médica para tomar a vacina da Febre Amarela”. Complemento: “agora temos que pegar nomes e assinaturas de quem tomará a vacina, como comprovante de que foram questionados e estão cientes quanto às contraindicações. Achei bom”. O Enf. 26 continua: “precisamos mesmo nos resguardar diante da proporção de vacinados versus reações vacinais. Para as crianças, costumava pedir para os pais assinarem um termo quando não traziam a carteira... agora não é pra vacinar”? Respondo: “após a reunião de hoje, fomos orientados a não vaciná-los sem carteira. Em função de possíveis interações vacinais”. O Enf. 21 pergunta: “onde achou esse documento sobre o AAS”? O Enf. 26 responde: “minha coordenadora falou que a supervisora passou por e-mail. O Enf. 21 continua: uma infectologista já tinha falado isso mas não tinha por escrito... faz meses isso”. Posto a imagem da recomendação sobre os cuidados para a aplicação da vacina de febre amarela em pacientes em uso contínuo de AAS, divulgada pela coordenadora da minha UBS. Ao não localizar a fonte da informação, questiono e fui informada que é de um manual de enfrentamento, mas que não sabia o título dele.

O Enf. 25 informa que em sua UBS está fazendo uma média de mil doses de vacina por dia. “Até agora fizemos 395. Ontem foram 910”. O Enf. 37 reflete: “podiam direcionar o quantitativo de doses não aplicadas para as UBS que estão com mais procura”. O Enf. 21 concorda e complementa: “sim... e funcionários também... hoje minha UBS vacinou 250, com um número menor de funcionários”.

Como já foi dito, a minha UBS era referência para a vacina da Febre Amarela e a oferta ocorria uma vez por semana. Várias vezes precisamos da escolta policial para conseguir abrir a Unidade e da presença dos policiais ao longo do período de vacinação para ajudar a administrar os diferentes conflitos que surgiam. Foram muitas ameaças aos funcionários, brigas por causa de senhas e lugares na fila, discussões entre pacientes e entre pacientes e funcionários. Um dia, alguns pacientes tentaram pular o balcão para agredir a auxiliar administrativa que informava o fim das senhas. Uma destas pessoas ofendia a funcionária com xingos racistas e

fomos obrigados a abandonar o balcão por alguns minutos. Neste momento, eu vi os guardas ouvindo a briga à distância e fui até eles pedir ajuda. A resposta que me deram foi que não poderiam intervir, apenas tentar conter a população na base da orientação. Mas, apesar disso, não estavam lá tentando a contenção verbal e, muito a contragosto, um deles dirigiu-se para a recepção da UBS. A partir deste dia, a Prefeitura enviou um outro tipo de segurança policial, mais contenciosa, que controlava a entrada dos pacientes na UBS e a situação ficou menos difícil de se administrar. Frente a todos estes episódios - que se repetiam semanalmente - viramos notícia nos principais jornais da região, inclusive na capital.

O Enf. 37 comenta: “tô esgotado com a fila que começou às 14 horas. As pessoas estão enlouquecidas com a vacina da Febre Amarela”. O Enf. 1 pergunta: “já tem fila hoje?? Pra tomar amanhã?” O Enf. 37 responde: “desde as 14 horas”. “Vixi”, diz Enf. 18. Enf. 25 fala: “ouvi dizer que estão vendendo lugar na fila”. O Enf. 1 coloca: “não duvido”. O Enf. 21 informa: “cinquenta reais, fiquei sabendo”. O Enf. 1 diz: “está barato! Kkkk”. Informo que as duas primeiras pessoas da fila daquele dia de trabalho, que se inicia às sete horas da manhã, queriam a senha para a vacinação que aconteceria no dia seguinte. O Enf. 21 compartilha a experiência da semana: “segunda feira, tivemos um problema sério aqui na minha UBS... roubaram os cabos de energia e relógio... a população queria me ajudar... foram bem compreensivos... no final deu tudo certo”. Ele pede ajuda: “as UBS estão encaminhando pacientes para vacinação depois do horário”. Concordo com ele: “um stress de agora foi por que o paciente estava pegando fila com os locais e horários antigos. Precisamos atualizar os impressos que estamos entregando para a população”. O Enf. 21 continua: “precisamos da ajuda de todos para atualizar informações”. O Enf. 8 contribui: “tem gente no Facebook divulgando horários antigos”. O Enf. 21 diz “precisa comentar que tá errado... nem tenho conseguido trabalhar por causa dessas informações erradas”. O Enf. 26 fala: “cansei de tentar corrigir o povo no Face... nunca vi tanta ignorância. Estou assustado”!

O Enf. 21 pergunta: “alguém tem a imagem dos postos e horários da vacina da Febre Amarela? O site [da prefeitura] está desatualizado...”. Respondo: “espere aí”. Depois de um tempo considerável, respondo: “olha, só achamos a reportagem do dia 06/02, no site da prefeitura, que fala da ampliação da vacina para todas as UBS, das 8 às 15 horas, com número de senhas que variam de 300 a 500”. O Enf. 26 complementa: “em todos os postos até as 15 horas ou até encerrar a cota diária de doses”. O Enf. 21, enfermeiro de uma das Unidades referência para vacinação da Febre Amarela, agradece.

Apesar de se tratar da mesma rede de Unidades Básicas de Saúde, o impacto da vacinação contra a Febre Amarela incidiu de maneiras diferentes nos serviços. As vinte e seis Unidades que não ofereciam a vacina de Febre Amarela não estavam expostas ao stress e dificuldades impostas às seis Unidades de referência.

Depois de muitas semanas, a procura pela vacina diminui, causado, dentre outros fatores, pelo aumento de número de doses oportunizadas pelo fracionamento da vacina, o medo das reações vacinais e os esclarecimentos sobre a situação epidemiológica da cidade. Todas as UBS passaram a vacinar contra a Febre Amarela e, com o passar do tempo, o número de doses começaram a sobrar e serem desprezadas.

Após refletir sobre os acontecimentos nas Unidades de Saúde, compartilho um dos meus pensamentos com o grupo: “cá estou quase terminando de digitar os questionários e me perguntando como ficamos frente a tudo isso. Acho que foi na epidemia da dengue que consegui realmente ver a grandeza da enfermagem. Levamos grande parte dos atendimentos nas costas, se não fosse a gente, já pensou o que seria? Lógico que também acho que fizemos coisas para as quais não estávamos preparadas e provavelmente também erramos... agora parece que estamos à frente de novo, numa situação diferente. Enfrentando conflitos, e muitas vezes por falta de informações, ajudando a explicar o que parece inexplicável. Hoje [a primeira e única abordagem feita pela supervisora local para essa finalidade] a supervisora explicou brevemente a estratégia adotada na região nobre da cidade e outras coisas [havia muitos questionamentos sobre as razões que levavam a SMS a vacinar uma das regiões mais ricas da cidade, casa a casa. Com os esclarecimentos foi possível entender que tratava-se do raio de segurança ao redor do local onde ocorreu a morte do macaco infectado pelo vírus da Febre Amarela]. Já fez uma boa diferença pra equipe. Melhorou bem nossos argumentos. Vai ver, era só eu que não sabia! O Enf. 21 responde: “na terça feira fiquei sabendo por um morador desse bairro”.

Ao longo dos seis meses de conversa pelo aplicativo, notei que os enfermeiros não se envolveram com a discussão de três questões que apresentei e uma quarta de outra colega do grupo:

1. Será que tem muita diferença entre as atribuições dos auxiliares e técnicos de enfermagem descritas pelo COREN e pela prefeitura?
2. Quanto à vigilância dos tratamentos de sífilis, alguém faz diferente? Faz igual? Não faz? Estou precisando descobrir um jeito de “otimizar” as vigilâncias.

3. São necessários de 5 a 10 minutos de movimento intenso para diluir um frasco de benzetacil em plena epidemia de sífilis, isso é ou não é um aumento do risco ocupacional dos nossos técnicos e auxiliares de enfermagem? Se a aquisição desse medicamento, dessa forma, coloca em risco a saúde de nossos colegas, qual medida podemos cobrar para que isso seja minimizado?
4. Em média, quantos mililitros vocês estão tendo de sobra da vacina da febre amarela por dia?

Depois de alguns meses, um dos colegas do grupo elogiou a dinâmica das conversas dos enfermeiros. Daí, respondi a ele: “eles não conversam muito”. Ele respondeu: “conversam sim”. Continuei: “mas não respondem algumas questões tão importantes”. Ele respondeu: “talvez não respondam àquilo que não tem resposta”.

Este grupo de conversa ainda existe e as participações não pararam. Conta com a presença virtual de 28 participantes e toda semana alguém compartilha uma notícia, algum método de trabalho que julga interessar aos demais, esclarece dúvidas, desabafa, divulga cursos ou editais de contratação, pede informações ou envio de materiais. Também existem períodos de silêncio e algumas questões que não são debatidas mais a fundo. No entanto, as conversas continuam focadas nos assuntos ligados à enfermagem e às suas interfaces com as diferentes instituições que a atravessam.

CAPÍTULO 5: SOB À LUZ DA AIPP: A INSTITUIÇÃO ENFERMAGEM E AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Conforme descrito no Capítulo 3 - referente à metodologia - esta investigação utiliza como base teórico-metodológica a Análise Institucional, na perspectiva da Análise Institucional das Práticas Profissionais¹⁻⁸ (AIPP) para ampliar a compreensão das práticas profissionais dos enfermeiros.

Relembrando que este referencial teórico se baseia em um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são: encomenda e demanda, transversalidade, analisador e implicação, tendo por base um conceito dialético de instituição⁵¹.

A partir de uma breve retrospectiva histórica da enfermagem e da análise dos conteúdos dos questionários e do grupo do aplicativo do WhatsApp utilizados como instrumentos de coleta de dados desta investigação, procurei, à luz da Análise Institucional, promover o enlace desta teoria com as práticas profissionais dos enfermeiros na Atenção Básica no município de Sorocaba/SP.

Uma breve reflexão sobre a história da enfermagem e as instituições que têm atravessado esta profissão

Ainda que a regulamentação jurídica do trabalho dos enfermeiros venha se modificando por meio das leis, dos regulamentos e dos pareceres emitidos pelos órgãos de classe, bem como as diversas reformas curriculares realizadas no interior das instituições de ensino, nos dias atuais a forma como os enfermeiros referem-se à sua profissão ainda revela algumas características do passado.

Alguns resultados dos embates entre as forças instituídas e instituintes que modelam a instituição enfermagem puderam ser verificados através da associação da história da profissão com os conteúdos dos questionários e do grupo do WhatsApp. O processo de institucionalização da profissão pode ser conferido através do perfil, das opiniões e dos discursos dos enfermeiros participantes da pesquisa, como foi abordado no capítulo 4.

O enlace entre a história da enfermagem e os discursos dos enfermeiros permitiu desenvolver uma análise histórico-social da instituição enfermagem, facilitando a compreensão dos diferentes lugares que esta profissão ocupa no seio da sociedade. A apresentação destas

disputas de forças políticas e institucionais e suas resultantes contribuiu para demonstrar que a enfermagem é um contínuo ‘ser’ sempre em transformação, e que os enfermeiros são os principais sujeitos dessas ações.

Os dados da pesquisa evidenciaram que alguns atributos guardam certas semelhanças com questões históricas e constituem as práticas profissionais dos enfermeiros das UBS do município de Sorocaba. O predomínio do gênero feminino na categorial profissional, a demanda expressiva de trabalho dificultando o desempenho global das atribuições, a presença dos conflitos com a classe médica e o pouco envolvimento da categoria com as atividades político-institucionais caracterizam o cotidiano do trabalho dos profissionais. Destacou-se, também, o empenho com o qual os profissionais buscam atender às diversas demandas de serviços e dar vazão para as necessidades dos usuários.

A constatação desses fatos ainda nos dias de hoje nos remeteu aos primórdios da fundação da profissão e as dificuldades enfrentadas. Ficou evidente que, apesar dos inúmeros movimentos instituintes desencadeados ao longo do “desenho da profissão”, determinados desafios ainda estão presentes na rotina dos enfermeiros.

Em alguns posicionamentos dos participantes da pesquisa, notou-se um certo sentimento de culpa por não ser possível o cumprimento de todas as atribuições esperadas para um enfermeiro da Atenção Básica. Notou-se também a cobrança pessoal para que a atuação fosse exemplar e funcionasse como um “modelo” de prática profissional, não só para a equipe de enfermagem, como para outras categorias. Por meio destas manifestações, constatou-se que esse “modelo ideal de enfermeiro” ainda constitui parte do imaginário de alguns profissionais.

Em certa medida, essas reações emocionais nos remeteram ao “perfil profissional” esperado, amplamente disseminado por Florence Nightingale e outras precursoras da profissão. Ao não realizar a contento as atividades do dia a dia, características como a devoção, a obediência, a santidade e a servidão parecem que, de alguma maneira, foram feridas. É possível que a construção histórica desse perfil ideal de enfermeiros e sua obediência a ele, “produza um certo perfil mais asujeitado” e explique parte da ‘desunião’ da categoria profissional e o pouco engajamento nas lutas de classe.

Esta investigação mostrou que existe uma rede de instituições que atravessam o trabalho dos enfermeiros na Atenção Básica, quais sejam: de forma mais ampla a formação, o SUS, a ABEn, o COREN e o COFEN; e, de forma mais direta, a Secretaria Municipal de Saúde, as UBS e, também, a medicina. Todas essas instituições permeiam, de alguma forma, as práticas

dos enfermeiros e, conseqüentemente, interferem em maior ou menor grau nas dinâmicas cotidianas do saber-fazer desses profissionais.

O atual contexto da área da saúde no município, no que tange à organização dos processos de trabalho na Atenção Básica e a opção do governo municipal pela terceirização de importantes serviços de saúde, evidenciou que o trabalho dos enfermeiros ocorre em meio a uma forte desconstrução político-econômica, estrutural e filosófica do SUS. O processo de desmanche desta “instituição base” mostrou inspirar e desmotivar ao mesmo tempo. Dentre outros fatores, isso dá-se em razão de suas diretrizes norteadoras constituírem parte da formação profissional de muitos enfermeiros que, conforme podem, resistem ao seu desmantelamento. Por outro lado, também desmotiva alguns profissionais, dada a incerteza do futuro do SUS e a impotência dos enfermeiros para o enfrentamento de problemas como, dentre outros, a falta de condições adequadas de trabalho, de capacitações e de um adequado ordenamento dos processos de trabalho.

Parte deste desmanche do Sistema Único de Saúde (SUS) é materializada através de ações do governo municipal e manifesta-se principalmente por meio da instituição Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Sabidamente é de conhecimento de todos que a atual situação em que se encontra o SUS é uma decisão política e é fruto de uma consecução de medidas governamentais de todas as esferas de governo e de intensas disputas políticas entre partidos políticos. Para os enfermeiros da Atenção Básica, talvez seja possível afirmar que a SMS é a instituição que mais influencia e direciona as práticas profissionais dos enfermeiros da Atenção Básica.

Os enfermeiros relataram que a formação acadêmica é a instituição que traz a fundamentação científica e ética para o trabalho. No entanto, apesar de ser uma instituição estruturante, a formação na graduação não é o suficiente para atender aos desafios do dia a dia de trabalho no SUS. As manifestações dos enfermeiros revelaram que é no fazer junto aos demais colegas de profissão, que se dá o aprimoramento profissional. A prática compartilhada do trabalho promove o ajustamento das teorias apreendidas com os recursos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Da mesma forma, essa vivência desenvolve as habilidades técnicas e confere a segurança pessoal para a execução dos procedimentos, o que mostra que, no desenvolvimento da carreira, a troca de experiências favorece a construção do nosso ser profissional.

Notou-se que os enfermeiros que obtiveram sua formação em um curso de graduação em enfermagem mais voltado para a saúde coletiva, sentem-se mais preparados para

o exercício da profissão na Atenção Básica. Há indícios de que as particularidades dos processos de trabalho dos enfermeiros que atuam no modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) favoreçam a integração profissional, logo, contribuam mais para o aprendizado profissional. Apesar desses fatos não serem garantidores de uma prática mais qualificada, isso nos faz pensar na importância de um olhar especial aos enfermeiros que não tiveram uma formação muito focada na saúde coletiva e atuam em UBS tradicionais.

Independentemente do modelo de cuidado - seja de uma UBS tradicional, seja do modelo da ESF - a implementação da sistematização da assistência de enfermagem na Atenção Básica ainda é muito desafiadora, e contribui, de forma restrita, para a cientificidade da profissão, o que se mostrou uma preocupação para a categoria. No dia a dia de uma UBS, diversas situações aproximam e distanciam os enfermeiros de suas competências legais e a consulta frequente ao Conselho Regional de Enfermagem demonstrou que esta instituição é um referencial importante para o exercício profissional.

No entanto, foi constatado que nem sempre o que é realizado está dentro dos preceitos legais da profissão. Isso pode ocorrer tanto em função de justificativas para suprir as deficiências dos serviços quanto para facilitar o dia a dia do trabalho dos enfermeiros. A designação de funções mal definidas na SMS muitas vezes acaba sendo direcionada aos enfermeiros, como foi visto, no caso do controle de estoque de fraldas.

Nesse sentido, as limitações da instituição COREN quanto ao sistema de cobranças da instituição Secretaria Municipal de Saúde mostram-se um tanto desmotivadoras para os enfermeiros. Isto é verificado, por exemplo, quanto ao não cumprimento do dimensionamento de trabalhadores por parte da SMS conforme preconizado pela própria COREN. Apesar de reiteradas fiscalizações, a SMS nunca acatou a contento estas normativas e o quadro de funcionários permaneceu o mesmo. Por outro lado, as exigências para o exercício das práticas dos enfermeiros são rigorosas e estas, em grande parte dos casos, estão atreladas às condições de trabalho, o que nem sempre está dentro da governabilidade destes profissionais. No entanto, no ato de fiscalização do COREN em uma UBS, isso não parece ser muito considerado.

A pesquisa evidenciou diversas tensões diárias entre os movimentos instituídos e instituintes no fazer dos enfermeiros, como as estratégias utilizadas pela medicina para aumentar sua concentração de poder através da limitação do campo de atuação da enfermagem e o movimento de resistência da categoria profissional a fim de diminuir o grau de dependência e subordinação a instituição. A medicina é outra instituição que atravessa as práticas de enfermagem, desde as disputas no âmbito das macro políticas institucionais como nas

atividades diárias dos enfermeiros. Assim, de maneira mais direta, a SMS e a medicina modelam diferenciadamente o fazer dos enfermeiros em cada UBS, a depender da Regional de Saúde na qual o profissional está lotado e do grau de integração entre os enfermeiros e os médicos no interior de cada serviço.

Quando os enfermeiros falam: os analisadores da instituição enfermagem

Em diversos momentos da pesquisa, alguns acontecimentos e algumas práticas profissionais desempenharam o papel de analisadores em relação à instituição enfermagem. No decorrer da leitura das conversas do grupo de WhatsApp dos enfermeiros, os analisadores saltam aos olhos. Alguns deles são apresentados a seguir.

De forma geral, o efeito do analisador é sempre de revelar algo que estava oculto às pessoas e aos grupos, de desorganizar o que de certa forma estava organizado e, assim, dar um sentido diferente a fatos já conhecidos⁶⁷.

O episódio da liminar demandada pelo Conselho Federal de Medicina, apresentado no capítulo 4, revelou os conflitos diários que permeiam as práticas profissionais dos enfermeiros, sobretudo na sua relação com os médicos. Uma das marcas da fundação da enfermagem moderna é a sua oposição à profissão médica⁶⁸. Dessa forma, tal fato pode ser considerado um analisador, pois colocou a enfermagem frente ao seu processo de institucionalização.

O iminência da terceirização da rede de serviços de urgência e emergência e a possibilidade de uma remoção dos profissionais pela rede de serviços foram outras circunstâncias que podem ser consideradas analisadoras, pois fizeram com que os enfermeiros se posicionassem. Os mecanismos de realocação dos profissionais utilizados pela SMS fizeram emergir dúvidas e questionamentos quanto à clareza e à democratização do processo e oportunizaram a criação de uma pauta de propostas. Essa discussão colocou o grupo de enfermeiros frente aos diversos não-ditos da instituição SMS e a construção coletiva das propostas criou uma expectativa de participação na elaboração de alguns critérios que poderiam ser negociados numa futura remoção dos profissionais.

Em 2018, o processo de organização da vacinação da população contra a Febre Amarela, disparado pela SMS, foi outro analisador que, através da fala dos enfermeiros, desvelou as grandes dificuldades vivenciadas pelos usuários, trabalhadores e gestores.

Dentre os diversos fatores que favoreceram a difícil situação vivenciada pelas Unidades de Referência para a vacinação, destacaram-se a comunicação pouco eficiente em

relação às estratégias definidas pela SMS frente a estas UBS, o atraso na divulgação de algumas especificidades técnicas e a não realocação de profissionais e insumos para os serviços com maior demanda. A diversidade de informações quanto à divulgação dos postos, dos horários e dos critérios para o acesso à vacina também contribuiu para a intensificação do pânico instalado na população e para a confusão entre os profissionais, potencializando o stress das equipes de saúde e muitas vezes, aumentando o risco à saúde dos usuários e dos trabalhadores.

As discussões sobre as atribuições específicas da enfermagem também atuaram como analisadoras a partir do momento em que evidenciaram as dúvidas e os diferentes posicionamentos entre os enfermeiros. Considerando as singularidades de cada indivíduo e as especificidades de cada unidade de saúde, não seria esperado uma padronização rígida das ações, entretanto, foi possível notar que as diferentes interpretações impactam diretamente na organização do trabalho de toda a UBS e no acesso dos usuários aos serviços do SUS. Neste sentido, as discussões sobre dúvidas técnicas também se apresentaram como analisadoras da instituição enfermagem, considerando que trazem à luz a desatualização técnica, a falta de capacitação e de fornecimento de documentos norteadores oferecidos pela SMS, bem como o interesse e as limitações de alguns enfermeiros para a “auto capacitação”.

O modelo de acolhimento realizado nas UBS do município de Sorocaba/SP sempre surgiu nas conversas do WhatsApp, considerando que em sua maioria essa atividade é realizada apenas pelos enfermeiros. Em diferentes graus, essa prática profissional parece expropriar os enfermeiros de outras atribuições, tais como as ações de promoção em saúde, a supervisão de equipes e as atualizações técnicas, sobretudo no âmbito das políticas de saúde e de classe.

A sala do acolhimento tem-se mostrado uma grande ‘sala de conveniência’ partindo do princípio de que, neste local, amenizam-se os conflitos através da garantia da escuta e dá-se atenção àqueles usuários para os quais, muitas vezes, os trabalhadores ou o próprio sistema de saúde não pode, ou não quer, dar respostas. Assim, às custas de uma demanda exacerbada de trabalho dos enfermeiros, o acolhimento vai se instituindo mais como um espaço para onde são encaminhados os cidadãos sem fluxos definidos, do que um espaço de escuta qualificada e de cuidado integral, conforme afirmam as diversas políticas de saúde publicadas até então.

Por outro lado, o acolhimento também pode funcionar como um escudo de proteção aos enfermeiros, quando estes não se sentem preparados ou dispostos a administrar as diferentes atividades em andamento na UBS. Apesar dos participantes da pesquisa demonstrarem um certo grau de insatisfação pelo modo como o trabalho está organizado nas UBS, não evidenciaram uma atitude mais propositiva para a reorganização desta prática profissional. Tal perspectiva

pode estar relacionada com as lógicas de hierarquia e obediência, como visto no capítulo 2. Isso torna o acolhimento um analisador expressivo.

A própria manutenção do grupo de conversa do aplicativo WhatsApp mostrou-se um importante analisador pois evidenciou a necessidade de diálogo e interação existente entre os enfermeiros e o preenchimento de algumas lacunas do conhecimento. No entanto, é preciso considerar que, medidas as proporções, os enfermeiros também estavam sujeitos a uma orientação equivocada ou incompleta, dado que muitas das orientações partiam de fontes pessoais dos colegas de trabalho e não por meio de um órgão oficial da SMS. De alguma maneira, o ambiente virtual criado por este grupo de enfermeiros mostrou-se acolhedor às demandas dos profissionais e criou uma rede de apoio entre seus participantes.

O aplicativo do WhatsApp nesta investigação também se revelou um dispositivo instituinte para analisar as práticas profissionais e para as investigações científicas. Isso deu-se frente à possibilidade do grupo de enfermeiros rever, ressignificar e dar novos sentidos aos processos de trabalho, bem como permitir o acompanhamento em tempo real de parte da dinâmica de trabalho dos participantes e seus desdobramentos.

No dia a dia dos enfermeiros na Atenção Básica, quando deparados com essas situações-analisadoras – que, de alguma maneira, fez a instituição enfermagem falar – verificaram-se também algumas manifestações de resistência frente às condições de trabalho, de “desobediência” a algumas diretrizes dos órgãos de classe e da Secretaria Municipal de Saúde. Nem sempre esse movimento de resistência culminou em algum sucesso notável e imediato. A suspensão da liminar do CFM, que impedia os enfermeiros de solicitarem os exames validados pelos protocolos da Atenção Básica, mostrou a força coletiva da categoria profissional. Na sua maioria, essa resistência revelou a movimentação individual dos enfermeiros para a melhoria da qualidade de vida e de segurança pessoal no ambiente de trabalho.

A partir do momento que alguns analisadores colocaram os enfermeiros para falar, também foi possível constatar que há um potencial para a construção de novas subjetividades e para a formação de um grupo de profissionais mais sujeito do que sujeito⁶⁹.

As diferentes modalidades de implicações que mobilizam os enfermeiros

Um conceito central para a Análise Institucional é o de implicação, nas suas dimensões afetiva, ideológica e profissional, sempre presente, mesmo de forma inconsciente,

nas nossas relações com tudo que fazemos e que deve ser compreendida e analisada por nós, quando estivermos realizando atividades educativas ou de pesquisa e/ou intervenção⁵¹.

Ao longo da investigação, mediante as colocações feitas pelos enfermeiros - e por mim mesma ao participar das conversas do grupo de WhatsApp - foi possível verificar a manifestação das distintas modalidades de implicação, em especial, as ideológicas, as profissionais, as organizacionais e as libidinais. A compreensão das diferentes modalidades de implicação com as quais estamos envolvidos é importante para que possamos dimensionar e nos posicionar frente a seus efeitos. Elucidar as dimensões com as quais estamos implicados ajuda-nos a compreender as respostas dadas frente a alguma questão e os motivos pelos quais adotamos determinados posicionamentos.

Os episódios da liminar disparada pelo Conselho Federal de Medicina - que almejava a redução do campo de atuação dos enfermeiros - e a construção de uma proposta para a remoção dos funcionários frente a terceirização dos serviços de urgência e emergência demonstraram que as dimensões político-ideológicas estão presentes em alguns profissionais.

Por meio de falas de estímulos à participação dos demais integrantes do grupo para o enfrentamento destas situações, buscou-se a mobilização e o posicionamento político dos enfermeiros. De alguma forma, estes apelos contrariavam a passividade e a desunião da categoria profissional. Inclusive, em várias falas, notou-se o repúdio a atitudes como “dar jeitinho”, ou seja, rejeitar as atitudes que buscam garantir de qualquer forma o atendimento das necessidades dos pacientes e colocar os interesses da enfermagem em segundo plano.

A postura de alguns enfermeiros de “dar um jeitinho” revelava a sujeição às imposições da classe médica e às omissões da SMS, bem como atitudes dos profissionais em assumirem uma postura de abnegação e, por que não, de quase mártir, em nome da saúde dos usuários.

Quando questionados quanto aos mecanismos utilizados pelos enfermeiros para a qualificação das práticas profissionais, as dimensões econômico-ideológicas também foram verificadas. Isso pode ser constatado frente à necessidade da busca por capacitações gratuitas, pelo sistema de educação a distância (Ead) e, na sua maioria, realizadas fora do horário de trabalho, considerando a dificuldade de se organizar para os estudos durante o período de atuação e a pouca oferta das capacitações oferecidas pela SMS.

Em diversos momentos, a dimensão afetiva também esteve presente, em especial nos momentos em que os enfermeiros se sentiam desamparados e sem terem suas necessidades

acolhidas, como no caso da vacinação contra febre amarela. A dimensão afetiva também foi revelada ao conversarem sobre o descontentamento e a impotência dos enfermeiros frente ao modo como o acolhimento vem sendo realizado e os participantes do grupo buscarem confortar e apoiar o profissional que estava em alguma situação delicada.

A dimensão profissional manifestou-se ao longo de toda a pesquisa, principalmente ao serem explicitados os mecanismos para a superação das dificuldades do dia a dia do trabalho. Apesar dos obstáculos diários para uma prática de trabalho saudável e menos estressante, foi possível notar na maioria dos profissionais que o compromisso com a saúde coletiva e os usuários ainda habita o íntimo dos profissionais. Nem que isso signifique “enlouquecer para dar conta”. A implicação profissional também pode ser notada nos relatos que continham um certo pesar pela não realização das atribuições em sua totalidade, o que produzia um sentimento de dever não cumprido.

Distinguir as modalidades de implicações presentes em cada profissional pode ser útil para minimizar o sofrimento do exercício profissional e potencializar as práticas de trabalho de maneira mais saudável. O confronto com a complexidade institucional e com os limites da ação individual pode causar certa desestabilização, mas leva a redefinir a própria implicação profissional, ampliando, ao mesmo tempo o campo de análise e o leque de posicionamentos possíveis¹.

A elucidação coletiva das implicações também pode permitir para a enfermagem, enquanto instituição, a reintegração de parte de suas práticas profissionais e a elaboração de estratégias de trabalho que fortaleçam o papel dos enfermeiros na Atenção Básica. Isso também pode contribuir para a superação de ‘heranças herdadas’, como a submissão, a obediência e a passividade e, sobretudo, estimular a adoção de novas posturas profissionais.

A construção da transversalidade: um grande desafio para a profissão

A participação no grupo do aplicativo pode ter instituído novos modos de produzir cuidado, principalmente entre os próprios enfermeiros. Em várias ocasiões foi possível notar um sentimento de desamparo e de falta de acolhimento às demandas profissionais por parte das instituições de saúde. De alguma maneira, a troca de ideias e diálogos neste ambiente virtual pode ter amenizado a solidão e o isolamento dos profissionais. A discussão sobre as dúvidas técnicas de alguns enfermeiros despertou outros profissionais para questões que poderiam necessitar de ajustes em suas UBS. Assim, o grupo de conversa, em alguns momentos, pode ter qualificado as práticas de enfermagem e aumentado a segurança e acesso aos usuários.

Notou-se que frente às duas situações postas - a suspensão parcial das atividades dos enfermeiros e a iminência de um processo de remoção de funcionários - estes profissionais se posicionaram como um grupo sujeito, orientando-se e criando os próprios limites para suas práticas, além de elaborar algumas propostas que visavam aumentar sua autonomia. A resistência dos enfermeiros às regras que vieram ‘de fora’ mostrou a negação do grupo a uma postura mais sujeitada e evidenciou, gradualmente, a construção da transversalidade entre seus participantes⁵¹.

O advento das tecnologias de comunicação na área da saúde tem facilitado a formação de grupos que abordam temas de interesse comum, facilitando a discussão de casos e contribuindo para as tomadas de decisões. Independentemente do tipo da mídia social utilizada para os grupos de conversas, nem sempre o conteúdo se mostra pertinente aos motivos que os fundaram. É bastante comum que estes grupos percam o foco e envolvam-se em conflitos, culminando em saídas de participantes e num esvaziamento das discussões. Após a estabilização do número de participantes deste grupo de WhatsApp, isso não aconteceu.

Em certa medida, essa atitude apontou na direção de um movimento de resistência ao se opor a outra característica marcante da profissão, que é a desarticulação política da enfermagem. O desejo de continuar com o uso do aplicativo e lentamente incluir novos membros demonstrou o interesse desses enfermeiros na construção da “união da classe”.

Com isso, a construção de um grupo sujeito parece um desafio histórico ainda a ser superado, o que faz questionar se isso é possível, dado a sua “herança genética” de adaptações a situações adversas e de pouca mobilização política. Esse grupo do aplicativo mostrou um potencial para a construção de uma identidade mais sujeita, no entanto, ainda há muito a caminhar.

O ambiente virtual construído nesse grupo conectou, aproximou e fez lembrar que os enfermeiros não estavam sozinhos em suas UBS. Ele também informou sobre assuntos ligados à enfermagem, despertou para a necessidade de atualizações e divulgou as políticas locais de saúde. A manutenção do grupo mostrou-se um recurso com potencial para o aumento do coeficiente de transversalidade entre os enfermeiros. Sua continuidade pode ainda oportunizar a entrada de novos participantes e, dessa maneira, contribuir, a médio e longo prazo, para o fortalecimento dos enfermeiros na Atenção Básica.

O empoderamento dos enfermeiros pode materializar-se por meio da revisão das práticas profissionais que, conseqüentemente, favorecerão a melhoria na qualidade de vida no

trabalho. A restauração de algumas funcionalidades perdidas no dia a dia em uma UBS também pode levar os profissionais à realização de uma assistência à saúde mais qualificada e ocupar um lugar de “mais voz”.

Diante disso, quem sabe, o grupo de conversas dê visibilidade a questões da enfermagem que requeiram novos posicionamentos e traga novas configurações para a profissão. E, não obstante, contemplem antigas e velhas demandas profissionais como o reconhecimento e a valorização do trabalho por parte das instituições de saúde e da população.

Assim, é preciso que os enfermeiros da Atenção Básica se questionem quanto aos caminhos para o desenvolvimento da autonomia e da satisfação com o trabalho. E eu espero que esta pesquisa cumpra parte deste propósito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O breve resgate da história da enfermagem e a apresentação do cenário de práticas dos enfermeiros da Atenção Básica do Município de Sorocaba/SP, analisados a partir do referencial teórico da Análise Institucional, evidenciaram o processo contínuo de embates entre movimentos instituídos e instituintes. Através das escritas e das falas dos participantes da pesquisa, foi possível identificar os conceitos aplicados deste referencial teórico na prática profissional dos enfermeiros contemporâneos, revelando os limites, as implicações e os desafios a serem superados para o fortalecimento da instituição enfermagem. Esses movimentos no âmbito político-institucional, que atravessaram a história da profissão e chegaram até os dias atuais, mostram o processo de institucionalização da enfermagem no campo da Saúde Coletiva.

Nota-se que alguns marcos instituídos ao longo da história da profissão permitem o seu reconhecimento dentro da área da saúde e subsidiam as práticas profissionais, tais como os conselhos de classe federal e estadual (COFEN/COREN), a ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), o Congresso Brasileiro de Enfermagem e a REBEn (Revista Brasileira de Enfermagem). No entanto, outros procedimentos específicos da profissão como a implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), ainda se constituem um desafio na Saúde Coletiva.

As rápidas transformações sociais, somadas às atualizações técnicas no campo das políticas de saúde, dificultam o acompanhamento das mudanças por parte dos enfermeiros, normalmente absorvidos pela grande demanda de trabalho, pela desmotivação e pela falta de um espaço permanente para o repensar do trabalho no SUS. O aumento da demanda de usuários que buscam pelo sistema público de saúde, sem as devidas adequações de infraestrutura e do número de trabalhadores, exige da prática dos enfermeiros uma certa plasticidade que, em muitos casos, transcende os limites técnicos e, em especial, o limite físico-emocional. A implementação do SUS sempre enfrentou dificuldades nos âmbitos político e econômico para sua viabilização plena e, com isso, os cenários das práticas profissionais dos trabalhadores frequentemente apresentam limites estruturais, técnicos e operacionais. Partindo dessa premissa, as atribuições definidas para os enfermeiros no campo da Saúde Coletiva parecem um tanto idealizadas e nos faz pensar nas condições necessárias para que pudessem ser realizadas em sua totalidade.

As atribuições dos enfermeiros apresentadas pela lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, apresentam de maneira mais ampla as responsabilidades, os campos de atuação e as modalidades de cuidados a serem realizados privativamente por estes profissionais. Por sua vez, a PNAB/17 enquanto uma política instituinte, traz um detalhamento das práticas de enfermagem voltadas à Atenção Básica e coloca a responsabilidade pela realização e/ou supervisão do acolhimento como atribuição específica dos enfermeiros, tornando-o um grande analisador da profissão. Há indícios de que a realização do acolhimento da demanda espontânea realizada exclusivamente pelos enfermeiros tem sido uma das atividades que expropriam e, ao mesmo tempo, protegem esses profissionais de desenvolverem suas atribuições de maneira mais plena.

A pressão da demanda de trabalho e a busca pelo atendimento das mais variadas necessidades do usuários faz com que nem sempre as práticas dos enfermeiros estejam dentro do que lhes é legalmente atribuído, evidenciando, assim, o confronto entre instituído x instituinte, entre aquilo que é legalmente proposto para o exercício profissional e as necessidades práticas da profissão. Diariamente faz-se necessária a avaliação dos princípios éticos e legais para a ação, o que imprime o caráter de uma prática profissional fluida e que exige a ponderação permanente nas tomadas de decisões de cada enfermeiro, em cada UBS, não sendo possível uma “padronização total” do trabalho.

A Análise Institucional das Práticas Profissionais revelou que as práticas de enfermagem são atravessadas o tempo todo por diferentes instituições como a formação, a SMS, o COREN e a medicina. É imprescindível elucidar as modalidades das implicações que os enfermeiros desenvolvem com cada uma delas, sejam ideológicas, afetivas ou profissionais, o que, sem dúvida, possibilita novos posicionamentos frente a seus efeitos. A análise coletiva das práticas e das diferentes dimensões das implicações permitiram, em certa medida, a elaboração conjunta de planos de enfrentamento, tanto no âmbito pessoal como coletivo, favorecendo a constituição de grupos e pessoas mais autônomas.

Em 2014, uma mudança político-administrativa na SMS de Sorocaba culminou na minha volta ao trabalho na assistência, após doze anos de atuação na gestão. Esse fato aproximou-me das atividades que os enfermeiros exerciam no dia a dia do SUS e assim, passei a ocupar o lugar daqueles profissionais aos quais me dediquei por muitos anos - junto a outros colegas de trabalho da SMS - a criar coletivamente “para eles” as estratégias de reformulação de práticas e ampliação do acesso da população. Os enfermeiros não eram o foco exclusivo das

ações de Educação Permanente, mas compunham e, muitas vezes, lideravam as equipes das UBS.

A partir de mais esta experiência profissional, penso que se tivesse a oportunidade de rever minha atuação enquanto apoiadora, manteria diversas atividades que desenvolvíamos com aos gestores locais e os trabalhadores, no entanto, buscaria outros mecanismos frente às equipes, para a criação de um plano de apoio e execução específico para cada UBS, construído ‘com eles’. A ‘troca de lugares’ colocou-me frente aos desafios que eram parcialmente relatados pelos enfermeiros nos encontros educativos e nas idas às UBS, e que, somados aos meus “ideais de SUS”, cruzaram as dimensões ideológicas e profissionais das minhas próprias implicações. Depois de um tempo das “novas práticas assistenciais”, de alguma maneira as implicações afetivas me mobilizaram e esta pesquisa oportunizou um vínculo entre alguns enfermeiros e eu, e promove, até os dias atuais, um sentimento de pertencimento e de um “certo existir profissional”.

Por diferentes motivos, nem sempre todos os enfermeiros estão dispostos a enfrentar as diversas dificuldades encontradas no dia a dia do trabalho, fazendo com que atuem conforme seus limites pessoais e as condições dadas pela SMS. Talvez esse seja um dos fatores que torne a prática da transversalidade um desafio histórico para a profissão. Assim como as enfermeiras pioneiras do passado - em número insuficiente, em meio a uma forte demanda de trabalho e submetidas às orientações da medicina - as enfermeiras contemporâneas têm dificuldade para a criação de vínculos e espaços para discussões das políticas de classe e de trabalho. Nesse aspecto, parece que a instituição enfermagem está sempre a esperar o agir de outras instituições. Apesar das diversas micropolíticas criadas dentro das UBS, de maneira geral, os enfermeiros não conseguem produzir um modo de trabalho coletivo que otimize mais as suas práticas profissionais e que seja menos estressante e mais gratificante.

De nenhuma maneira o espaço virtual substitui os encontros entre pessoas, mas nesta pesquisa, o grupo de conversas proporcionado pelo WhatsApp pôde atuar como um veículo de aproximação e espaço de escuta entre os colegas. Porém, esta iniciativa está muito longe de suprir a necessidade de formação profissional permanente, levantada em uma das questões do questionário dessa investigação.

Através da escuta dos profissionais que participaram da pesquisa, ficou evidente a “ausência” da SMS de Sorocaba no papel de condutora dos processos formativos que promovam o aprimoramento das práticas de enfermagem. Em diversos momentos, a ausência dessa organização revelou a diferença de acesso dos usuários na mesma rede de serviços, a falta

de equidade na distribuição da força de trabalho e, ainda, anunciou possíveis danos à saúde e à segurança da população e dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

O acompanhamento virtual da rotina dos enfermeiros revelou diversas situações-analisadoras que refletem diretamente nas práticas de enfermagem, como as tensões da relação médico-enfermeiro, a falta de transparência nas políticas organizacionais e de recursos humanos da SMS, a indefinição de certas atividades que acabam por ser designadas aos enfermeiros e, sobretudo, as próprias dúvidas técnicas e a falta de uma capacitação sistemática. Nesse sentido, esta pesquisa deu espaço para a vazão aos diversos não ditos que ocorrem no exercício da profissão, oportunizando o acolhimento das dúvidas e queixas entre os pares, minimizando um pouco do sofrimento no trabalho. Ao mesmo tempo, evidenciou diversos aspectos do exercício profissional nos quais os enfermeiros poderiam atuar a fim de fortalecer a profissão e ampliar o reconhecimento e a valorização do trabalho por parte da população e das demais categorias profissionais.

Esta pesquisa refere-se a uma fração da história, de um certo grupo de enfermeiros da Atenção Básica do município de Sorocaba/SP, em um determinado período de tempo. Estes profissionais continuam desenhando seus caminhos, em diversas direções.

Apesar de parecer que nossos atos, muitas vezes, não passam de efemeridades, na somatória de todos eles, este estudo mostrou que, de uma necessidade, de muitas vontades, de muitos desafios, foi possível criar uma profissão.

E desenvolvê-lo tornou-me um pouco mais consciente de que a melhoria da qualidade de vida no trabalho e, pelo menos uma pequena parte de seu futuro, está em minhas mãos. A enfermagem ainda é uma obra inacabada.

Apesar de um certo grau de desmotivação quanto ao futuro da profissão, esse mesmo futuro também depende da capacidade de articulação entre os enfermeiros “hoje”. Espero que esta pesquisa contribua nesse sentido e estimule os colegas da Atenção Básica a discutirem suas práticas profissionais, dando espaço e voz àqueles que se dedicam à Saúde Coletiva e, sobretudo, que insiram a enfermagem mais fortemente no campo da pesquisa científica com a realização de novas investigações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal Revista de Psicologia*. 2008; 20 (1): 19-26.
- 2 Celli A. A evolução urbana de Sorocaba [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Arquitetura da Universidade de São Paulo; 2012.
- 3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Cidades e Estados. [acesso 2019 Mai 17]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sorocaba.html?>
- 4 Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano S/A. [Internet]. Região Metropolitana de São Paulo. [acesso 2019 Mai 17]. Disponível em: <https://www.emplasa.sp.gov.br/RMS>
- 5 Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [Internet]. Estatísticas vitais e saúde. [acesso 2019 Mai 17]. Disponível em: <http://www.perfil.seade.gov.br/>
- 6 Vivot CC. Análise institucional e política de educação permanente: ferramentas de gestão e institucionalização da Atenção Básica no município de Sorocaba/SP [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2014.
- 7 Brasil. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Fiocruz; 2005.
- 8 Guillier D. L'analyse des implications dans les pratiques socianalytiques: celles de l'analyste ou/et celles de son client? *L'Homme et la Société*. 2003;1(147) : 35-53.
- 9 Monceau G. Como as instituições permeiam as práticas profissionais. Socioclínica institucional e formação de professores. In: Pimenta SG, Franco MAS. Pesquisa em educação: possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação. São Paulo: Edições Loyola; 2008: 27-73.
- 10 Fortuna CM. Práticas de acolhimento e modos de gestão na Atenção Básica à luz da Análise Institucional [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2015.

- 11 Trezza MCA, Santos RM, Leite JL. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. [Internet]. 2008 [citado 2019 jan 21]; 61(6):904-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000600019&script=sci_arttext
- 12 Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979. O nascimento do hospital; 99-111.
- 13 Padilha MI, Sioban N, Borenstein MS. As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem. [Internet]. 2011 [citado 2019 jan 23]; 18 Supl 1:241-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500013
- 14 Lopes LMM, Santos SMP. Florence Nightingale: Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. [Internet]. 2010 [citado 2019 jan 23]; 3(2): 181-89. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a19.pdf>
- 15 Almeida DB, Silva GTR, Freitas GF, Ramos FRS, Albuquerque GL, Almeida IFB, et al. Recursos de disciplinarização na enfermagem: um estudo histórico e foucaultiano. [Internet]. 2017 [citado 2019 jan 23]; 30(6):598-606. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-210020170006000598
- 16 Cardoso MMVN, Miranda CML. Anna Justina Ferreira Nery: um marco na história da enfermagem brasileira. [Internet]. 1999 [citado 2019 jan 20]; 52 (3): 339-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671999000300003
- 17 Peres MAA. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro: 90 anos de sua criação. Editorial. [Internet]. 2013 [citado 2019 jan 20]; 16 (1):7-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100001
- 18 Mascarenhas NB, Melo CMM, Silva LA. Gênese do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925). [Internet]. 2016 [citado 2019 jan 23]; 20(2): 200-27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-814520160002000220
- 19 Germano RM. Organização de enfermagem brasileira. *Enfermagem em Foco*. 2010; 1(1):14-17.

- 20 Carvalho AC. Associação Brasileira de Enfermagem – 1926-1986. *Rev. Bras. Enf.* 1986; 39 (1): 7-12.
- 21 Bellaguarda ML, Padilha M. I, Neto AF P, Pires D. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. *Esc. Anna Nery.* 2013;17 (2): 369-74.
- 22 Salviano MEM, Nascimento PDFS, Paula MA, Vieira CS, Frison SS, Maia MA, et al. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69 (6): 1240-5.
- 23 Kletemberg DF, Siqueira MD, Mantovani MF. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período de 1960-1986. *Escola Anna Nery. R. Enferm.* 2006; 10 (3): 478-86.
- 24 Santana FR. Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro: pesquisa socioclínico Brasil e na França [tese] Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo:2016.
- 25 Germano RM. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. *Rev. Bras. Enferm.* 2003; 56 (4): 365-368.
- 26 Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate.* 2018; 42 (1): 38-51.
- 27 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- 28 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.
- 29 Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2018[citado 2019 jan 20];42(116):11-24. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000100011&script=sci_arttext.
- 30 Savoye A. Analyse Institutionnelle et recherches socio-historiques: quelle compatibilité? *L'Homme et la Société.* 2003; 147(1):133-50. Disponível em <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2003-1-page-133.htm>

- 31 Monceau G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. *Psicologia em Revista*. 2015; 21(1): 197-217.
- 32 Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LSK, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1):[8 telas].
- 33 Preuss LT. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. *R. Katál*. 2018; 21 (2): 324-335.
- 34 Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.488, 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). Edição Federal, Brasília; 2011.
- 35 Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 578/09, 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. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
- 36 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 37 Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Sorocaba. Regimento Interno Unidade Básica de Saúde Simus. Sorocaba/SP. 2018.
- 38 Grimberg M. Bioética e troca de mensagens por aplicativo WhatsApp sempre alerta na palma da mão. *ArquivBras Cardiol*. 2018; 31 (3): 126-129.
- 39 Ressler, PK, Glazer G. Legislativo: engajamento da enfermagem na política de saúde e saúde através das mídias sociais. *Jornal Online de Questões em Enfermagem [Internet]*. 2010 [citado 2019 fev. 15]; 16(1):11. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21800931>

- 40 Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Orientação fundamentada N° 039/2016. Utilização do WhatsApp no ambiente de trabalho Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%20039_1.pdf
- 41 Mesquista AC, Zamarioli CM, Fulquini FL, Carvalho EC, Angerami ELS. As redes sociais nos processos de trabalho em enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 [citado 2019 jan. 24]; 51: e03219
- 42 Whatsapp. [Internet]. 2019; [acesso em 2019 jan 31]. Disponível em: <https://www.whatsapp.com/about/>
- 43 Willemse J. Undergraduate nurses reflections on WhatsApp use in improving primary health care education. Texto Contexto Enferm, 2017; 26 (3): e0260016.
- 44 Vieira AC, Harisson, DM, Bueno, MB, Guimaraes NG. Uso da rede social Facebook™ na coleta de dados e disseminação de evidências. Escola Anna Nery. 2018; 22(3): 1-7.
- 45 Lima ICV, Galvão MTG, Pedrosa SC, Cunha GH, Bastos CAK. Uso do aplicativo WhatsApp no acompanhamento em saúde de pessoas com HIV: uma análise temática. Esc Anna Nery. 2018; 22(3): 1-6.
- 47 Lourau R. A análise institucional. 3 ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
- 48 L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva. 2003; 8 (1): 265-274.
- 49 L'Abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. Mnemosine. 2012; 8 (1): 1:194-219. Disponível em www.mnemosine.com.br/mnemosine/index.php/mnemo/author/submission/483.
- 50 L'Abbate S. Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM. Análise Institucional & Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013. 31-88.

- 51 L'Abbate S. Intervenção e pesquisa qualitativa em análise institucional. In: Barros, NF; JG & Turato, ER. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Unicamp; 2005. p. 235-46.
- 52 Lourau R. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. *René Lourau* analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 67-86.
- 53 Moura AH. A psicoterapia institucional e o clube dos saberes. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 54 Barbier R. A pesquisa-ação na instituição educativa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
- 55 Lourau R. Implicação: um novo paradigma? In: Altoé, S. René Lourau. Analista em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 246-58.
- 56 Baremblytt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5 ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
- 57 Lourau R. Objeto e método da análise institucional. In: Altoé, S. René Lourau. Analista em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p.66-86.
- 58 Monceau G. Técnicas socioclínicas para a análise social das práticas sociais. Psicologia em Revista. 2015; 21 (1): 197-217.
- 59 Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436, 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). Edição Federal, Brasília; 2017.
- 60 Santos LMP, Pereira MZ. Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural Cad. Saúde Pública. 2007; 23(1):17-24.
- 61 Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo de útero. [acesso em 2019 fev 24]. Disponível em:
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio
- 62 Monteiro JCS; Nakano AMS; Gomes FA. O aleitamento materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. InvestEducEnferm. 2011;29(2): 316-21.

- 63 Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução N° 0501/15. Norma técnica que regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às Feridas. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/ANEXO-Resolu%C3%A7%C3%A3o501-2015.pdf>
- 64 Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica N° 163/18 CGAFME/DAF/SCTIE/MS. Informa aos entes federados acerca da disponibilização dos medicamentos para o tratamento de Toxoplasmose Gestacional e solicitar informações relativas ao consumo desses medicamentos. Brasília; 2018. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/420107/>
- 65 Sevcenko N. A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes. Coleção Tudo é História. São Paulo: Ed. Brasiliense; 1984.
- 66 Porto A; Ponte, C. F.: Vacinas e campanhas: imagens de uma história a ser contada. História, Ciências, Saúde [Internet]. 2003 [citado 2019 jan 24]; 10 supl: 725-42.
- 67 L'Abbate S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: Rodrigues, H. B. C & Altoé, S. Saúde Loucura 8. Análise Institucional. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 79-99.
- 68 Fortuna C M, Oliveira K F, Feliciano AB, Silva M V, Borges F A, Camacho GA, et al. O acolhimento como analisador das relações entre profissionais, gestores e usuários. Rev. Esc. Enferm. USP. 2017; 51: e03258.
- 69 Guattari, F. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo; 3ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Análise das práticas profissionais dos enfermeiros das Unidades de Saúde do município de Sorocaba/SP sob a ótica da Análise Institucional: de onde saímos, para onde estamos indo?

Responsáveis: Claudia Cristiane Vivot (doutoranda) e Profa. Dra. Solange L'Abbate (orientadora)

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos: Ao longo dos anos, a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba/SP, por meio dos gestores, das equipes técnicas e dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tem adotado diferentes estratégias de organização político-administrativa de seu território. Independente dos diferentes modelos de gestão municipal e local adotados pelos governos, o ato de acolher, cuidar e fazer a rede de assistência fluir, aos poucos se modifica e se reajusta às novas políticas públicas. Nesse aspecto, o enfermeiro possui uma posição central na organização e execução dos cuidados voltados aos usuários, assim como na preparação e na supervisão de suas equipes. O objetivo da investigação é analisar as práticas profissionais dos enfermeiros atuantes na assistência aos usuários e na coordenação de suas respectivas equipes de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde do município de Sorocaba/SP. Procedimentos: Participando do estudo você está sendo convidado a preencher um questionário contendo 8 questões diretas e um espaço livre para suas colocações pessoais. Os questionários serão entregues e recolhidos pessoalmente pela pesquisadora em cada Unidade Básica de Saúde. O prazo para o preenchimento do instrumento é de 10 dias.

Desconfortos e riscos: Não há riscos previsíveis nesta pesquisa. Desta maneira, não serão tomadas medidas voltadas à prevenção de riscos. Buscar-se-á evitar-lhes desconfortos durante a pesquisa, embora não haja previsibilidade da ocorrência destes.

Benefícios: Sua participação na pesquisa não lhes proporcionará benefícios diretos. No entanto, a tese elaborada a partir dos questionários respondidos pelos enfermeiros fornecerá subsídios para a discussão e revisão das práticas profissionais desta categoria profissional. Será garantido o anonimato das declarações dos participantes, de modo que estas serão utilizadas somente para fins acadêmicos. As identidades dos participantes serão mantidas sob sigilo em todas as fases da pesquisa

Acompanhamento e assistência: As pesquisadoras estarão à disposição para os esclarecimentos necessários durante o preenchimento do questionário através dos telefones celulares, dos emails ou dos telefones institucionais, conforme especificado logo abaixo. Após o recolhimento e análise dos questionários, de acordo com o interesse dos participantes, será organizada uma devolutiva para o grupo, discutindo os principais assuntos apontados pelos sujeitos da pesquisa.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização: Não haverá nenhum tipo de ressarcimento de despesas relativas ao preenchimento do instrumento de pesquisa e este deverá ser feito durante sua rotina de trabalho. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Claudia Cristiane Vivot, pelo telefone: (15) 99704-0236, pelo e-mail: cvivot@gmail.com e na Unidade Básica de Saúde Jardim Simus, das 7 às 13 horas pelo telefone (15) 3221-1177 ou Profª. Dra. Solange L'Abbate, Departamento de Saúde Coletiva – FCM/UNICAMP-SP Fone: (19) 35218036. Emailslabbate@lexxa.com.br Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; email: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Análise das práticas profissionais dos enfermeiros das Unidades de Saúde do município de Sorocaba/SP sob a ótica da Análise Institucional: de onde saímos, para onde estamos indo?

Responsáveis: Claudia Cristiane Vivot (doutoranda) e Profa. Dra. Solange L'Abbate (orientadora)

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos: Ao longo dos anos, a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba/SP, por meio dos gestores, das equipes técnicas e dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tem adotado diferentes estratégias de organização político-administrativa de seu território. Independente dos diferentes modelos de gestão municipal e local adotados pelos governos, o ato de acolher, cuidar e fazer a rede de assistência fluir, aos poucos se modifica e se reajusta às novas políticas públicas. Nesse aspecto, o enfermeiro possui uma posição central na organização e execução dos cuidados voltados aos usuários, assim como na preparação e na supervisão de suas equipes. O objetivo da investigação é analisar as práticas profissionais dos enfermeiros atuantes na assistência aos usuários e na coordenação de suas respectivas equipes de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Sorocaba/SP. Nesta etapa da pesquisa, você está sendo convidado a participar das seguintes formas de coleta de dados: um grupo no aplicativo Whatsapp e um encontro presencial. O grupo de Whatsapp tem como finalidade discutir as práticas diárias dos enfermeiros, suas aproximações e/ou distanciamentos do processo formativo da graduação e das atuais políticas de saúde. O encontro presencial tem como objetivo aprofundar as questões que surgiram nos questionários respondidos na primeira etapa da pesquisa e os diálogos mais marcantes registrados no

aplicativo Whatsapp. Será realizado um encontro presencial em cada uma das três Regionais de Saúde, com a duração aproximada de 3 horas. O local será escolhido nas proximidades de cada Regional de Saúde e a data do encontro será combinada de acordo com a pactuação realizada entre os enfermeiros participantes do grupo de Whatsapp e a pesquisadora. Esse encontro presencial será gravado em mídia digital, transcrito e analisado conforme o objetivo. Serão selecionadas as reflexões pertinentes ao tema discutido para inclusão na pesquisa e posteriores publicações científicas, sendo assegurado a não identificação dos participantes. Todo o material produzido ficará armazenado por cinco anos após o término da investigação, sob responsabilidade da pesquisadora e estará a sua disposição neste período. Desta forma, através da sua participação nesta pesquisa você irá contribuir para evidenciar as principais influencias e mecanismos utilizados pelo enfermeiro das UBS na revisão e aprimoramento de suas práticas profissionais.

Desconfortos e riscos: durante sua participação, poderá ocorrer um possível risco ou circunstâncias desconfortáveis ao se deparar com situações difíceis do trabalho e coloca-la sob análise do grupo. Da mesma forma, poderá identificar limitações em seus conhecimentos e habilidades para superar a situação apresentada. No entanto, esclareço que você não é obrigado a responder qualquer questão, comentário/postagem que julgue desnecessária ou acometa sua integridade moral. Outro possível desconforto é o risco de expressar sua opinião e ter que ouvir os presentes do grupo, o que poderá causar tensões, especialmente, nas opiniões divergentes. Neste caso, solicito que se manifeste no próprio grupo, pois este fato também poderá ser comum aos outros participantes. Dessa maneira, o problema ou a dificuldade poderá ser solucionada no próprio grupo, ou ainda, necessitar de estratégias de mediação por parte da pesquisadora para a superação das possíveis dificuldades apresentadas. Você também poderá manifestar seus desconfortos diretamente as pesquisadoras através dos contatos abaixo indicados.

Benefícios: A sua participação na pesquisa poderá proporcionar benefícios através da troca de experiências em grupo e da oportunidade de utilizar algumas estratégias criadas neste coletivo que facilitam o trabalho na saúde. Você poderá se apropriar de conceitos e estratégias de trabalho com o intuito de aperfeiçoar suas práticas profissionais facilitando seu dia a dia.

Acompanhamento e assistência: As pesquisadoras estarão à disposição para os esclarecimentos necessários durante o funcionamento do grupo de Whatsapp e na realização do encontro presencial através do telefones fixos e celulares, dos emails ou dos telefones institucionais, conforme especificado abaixo.

Sigilo e privacidade: As informações e as opiniões emitidas serão tratadas de forma anônima no conjunto das demais pessoas que participarem do estudo. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo nas análises e divulgações e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Ressarcimento e Indenização: Não haverá nenhum tipo de ressarcimento de despesas relativas à sua participação no grupo de Whatsapp e no encontro presencial. Estas participações deverão ocorrer durante sua rotina de trabalho. Se você aceitar o convite para participar da pesquisa, esclareço que não está previsto pagamento por esta participação, da mesma maneira que não será gerada nenhuma despesa financeira a você. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

Contato: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Claudia Cristiane Vivot, pelo telefone: (15) 99704-0236, pelo e-mail: cvivot@gmail.com e na Unidade Básica de Saúde Jardim Simus, das 7 às 13 horas pelo telefone (15) 3221-1177 ou Profa. Dra. Solange L'Abbate, Departamento de Saúde Coletiva – FCM/Unicamp/Campinas-SP, fone: (19) 35218036 e (11) 07179-3542, email slabbate@lexxa.com.br. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp, das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; email: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar conforme abaixo assinalado e declaro estar

recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

() Participação no grupo do Whatsapp

() Participação no encontro presencial realizado na minha Regional de Saúde Nome do (a) participante:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

(Assinatura do pesquisador)

Data: ____/____/____.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

ANEXO 3

Questionário para análise das práticas dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde do Município de Sorocaba/SP

Este questionário faz parte da pesquisa de doutorado, pela qual sou responsável, intitulada **Análise das práticas profissionais dos enfermeiros das Unidades de Saúde do município de Sorocaba sob a ótica da Análise Institucional**. Objetiva mapear os diferentes campos de formação profissional do enfermeiro, os desafios impostos no dia a dia do trabalho, os dispositivos utilizados para responder as demandas diárias e os reflexos destas práticas profissionais no âmbito pessoal, nas equipes e na produção do cuidado.

A sua participação nesse projeto é voluntária e todas as informações estarão protegidas sob o sigilo da pesquisa científica.

Respondendo ao questionário, você estará contribuindo para a mudança do olhar sobre as práticas dos enfermeiros, o que poderá contribuir para dar mais visibilidade e maior reconhecimento desta profissão, que é essencial para a prestação do cuidado aos usuários dos serviços de saúde.

Desde já, meu profundo agradecimento pela sua colaboração. Gostaria de pedir para você remeter o questionário preenchido de preferência até 30 de junho de 2017.

Caso tenha interesse em participar desta investigação, solicito que envie o questionário respondido aos meus cuidados, na Unidade Básica de Saúde do Jardim Simus.

Identificação pessoal

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Instituição formadora: _____ Ano de formação: _____

Formações complementares (especializações, aprimoramentos, residências, etc): _____

Local de trabalho: _____

Tempo de atuação na PMS: _____

Questionário

1. Quais as contribuições da sua formação na graduação para a realização das suas práticas profissionais cotidianas no seu local de trabalho?
2. Quais são as dificuldades encontradas na sua atuação profissional decorrentes das mudanças tecnológicas e as transformações no contexto do SUS? O que você tem feito para superá-las?
3. É sabido que muitas portarias ministeriais, protocolos e normativas são lançadas frequentemente a fim de organizar os serviços de saúde e a prática do cuidado. De que maneira você se apropria dessas informações e as viabiliza no seu dia a dia?
4. Você se articula com outros profissionais da equipe da UBS na produção do cuidado ao usuário? Como você tem feito?
5. Você se articula com outros profissionais da UBS e/ou da rede de cuidados a fim de melhorar a organização do serviço? Como você tem feito?
6. Você consegue visualizar a influência de sua prática profissional na equipe de enfermagem pela qual você é responsável? De que maneira essa influência vem ocorrendo?
7. Tendo em vista as atribuições definidas para os enfermeiros pelo Coren/SP e pela SMS/Sorocaba, quais as semelhanças e diferenças que você verifica entre as definições legais e sua prática cotidiana de trabalho? Exemplifique:
8. Quais são suas expectativas em relação ao futuro do enfermeiro de forma geral? E em relação a você mesmo?

Caso você queira abordar algum outro assunto relacionado às questões acima, sinta-se à vontade para colocá-lo.

ANEXO 4



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Análise das práticas profissionais dos enfermeiros das Unidades de Saúde do município de Sorocaba sob a ótica da Análise Institucional: de onde saímos, para onde estamos indo?

Pesquisador: Cláudia Cristiane Vivot

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 69347517.0.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.533.909

Apresentação do Projeto:

Solicitação de emenda um (1).

A inclusão dos encontros presenciais para aprofundamento das questões que surgirão nos questionários foi sugerido pela banca de qualificação e mostrou-se uma proposta muito pertinente. O grupo de Whatsapp, criado para organizar o recolhimento dos questionários, instituiu-se como espaço de discussões dos problemas cotidianos enfrentados pelos enfermeiros, assim como espaço de troca de experiências e aprendizado, mostrando-se um potente instrumento de pesquisa. Ambas as propostas foram aprovadas no seminário da disciplina SC 421, que orientou a realização da emenda nesse projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Nada é alterado do objetivo principal da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nada é alterado do objetivo principal da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como a emenda foi apresentada dá a entender que , por exemplo, o grupo de whatsapp já está

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.533.909

implementado e parecer ter sido bem aceito pelos participantes. Esclarecer melhor!

O método do trabalho teve alteração: além dos questionários será incluído , um grupo de discussões do aplicativo Whatsapp e três encontros presenciais por Regional de Saúde do município de Sorocaba.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para emenda forma encaminhados:

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1040400_E1.pdf 23/11/2017 - com a justificativa da emenda
- novotcle.pdf 23/11/2017: novo TCLE com a inclusão do grupo whatsapp e reunião presencial
- projetoversao3.pdf

Para atender pendências:

- Terceiracartaresposta.pdf: localiza nos documentos as alterações realizadas.
- segundotcle.pdf -

Recomendações:

No TCLE

O local onde o participante assina deve também ser datado.

As páginas devem ser rubricadas por pesquisador e participante e paginadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em consideração ao parecer anterior (Número do Parecer: 2.501.955) 20 de Fevereiro de 2018:

Pesquisador apresenta um NOVO TCLE com inclusão das informações sobre a emenda (riscos, procedimentos...) referindo apenas os procedimentos da emenda. Assim fica a entender que todos os já participantes serão reconsentidos. Se esse não for o caso favor notificar o CEP para esclarecimentos. O cronograma foi atualizado na plataforma Brasil.

Conclusão: emenda aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.533.909

íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final, em formulário próprio do CEP, devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_104040_0_É1.pdf	24/02/2018 18:32:31		Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.533.909

Outros	Terceiracartaresposta.pdf	24/02/2018 18:31:13	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	segundotcle.pdf	24/02/2018 18:30:07	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
Outros	Segundacartaresposta.pdf	30/01/2018 22:13:37	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
Outros	segundaemenda.pdf	18/01/2018 18:35:20	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novotcle.pdf	23/11/2017 21:31:08	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoersao3.pdf	23/11/2017 21:28:30	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	14/07/2017 16:34:36	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEplataformaClaudia.pdf	13/07/2017 21:40:15	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocompleta3.pdf	05/07/2017 20:12:29	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
Outros	AtestadoMatricula.pdf	15/05/2017 17:28:54	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEPDOUTORADO.pdf	15/05/2017 17:21:04	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/05/2017 17:17:25	Claudia Cristiane Vivot	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecercampopesquisa.pdf	12/04/2017 21:48:01	Claudia Cristiane Vivot	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: oep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.533.909

CAMPINAS, 08 de Março de 2018

Assinado por:
Maria Fernanda Ribeiro Bittar
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br