



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais



## Fatores intervenientes na gerência do cuidado do enfermeiro: estudo descritivo

Marcelo Costa Fernandes<sup>1</sup>, Lucilane Maria Sales da Silva<sup>1</sup>,  
Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>1</sup>, Maria Rocineide Ferreira da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará

### RESUMO

**Objetivo:** Investigar os fatores intervenientes na realização das ações de gerência do cuidado.

**Método:** Estudo descritivo, realizado com 32 enfermeiros da Atenção Básica de Maracanaú-CE, de Maio a Julho de 2012. Recorreu-se ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo para ordenação e organização dos dados.

**Resultados:** Principais dificuldades apontadas foram: demanda excessiva; resistência dos usuários às atividades de prevenção e promoção em saúde e; estrutura organizacional precária. As facilidades apresentadas foram: apoio da secretaria de saúde, trabalho em equipe e autonomia do enfermeiro.

**Discussão:** As dificuldades vivenciadas, especialmente atreladas à precarização do processo de trabalho e o modelo assistencial tradicional, distanciam o cuidado do processo gerencial, enquanto o trabalho em equipe, o apoio da gestão e a autonomia fomentam a interação do cuidado com a gerência.

**Conclusão:** A Atenção Básica apresenta ambivalências, pois ora viabiliza e ora apresenta cisão entre o cuidado e a gerência do cuidado.

**Descritores:** Enfermagem em Saúde Pública; Cuidados de Enfermagem; Gerência.

## INTRODUÇÃO

A gerência do cuidado do enfermeiro é compreendida como uma relação dialética entre o processo de trabalho, cuidar e o administrar. Ou seja, é quando ocorre a articulação entre os saberes da gerência (ações de cuidado indireto) e do cuidado (ações de cuidado direto) viabilizando a existência de uma interface entre esses dois objetos na prática profissional do enfermeiro, cuja finalidade é proporcionar um cuidado sistematizado e de qualidade aos usuários dos serviços de enfermagem<sup>(1)</sup>.

Entre os inúmeros estabelecimentos de assistência à saúde em que o enfermeiro desenvolve as ações de gerência do cuidado, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi constituída pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como estratégia essencial para a expansão e consolidação do atendimento nesse nível de atenção<sup>(2)</sup>.

Percebe-se na ESF que o processo de trabalho do enfermeiro apresenta-se com duas dimensões complementares principais: cuidado e gerência. Na primeira, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral e de qualidade; no segundo, o enfermeiro toma como objeto à organização do trabalho e os agentes de enfermagem, visando desenvolver e implementar condições adequadas de cuidado aos usuários e de desempenho para os trabalhadores<sup>(3)</sup>.

Desta forma, o enfermeiro ao exercer a gerência do cuidado na ESF acaba por desenvolver a sua melhor prática e conseqüentemente a integralidade das suas ações. Ademais, potencializa a sua atuação, o que possibilita o bom andamento do trabalho, como também a superação de práticas assistencialistas e a transcender o modo simplificado de pensar e exaltar o cuidado de enfermagem como produto de múltiplas interações sociais<sup>(4-5)</sup>.

Ao considerar que o cuidado é a marca e o núcleo do processo de trabalho da enfermagem, entende-se que as atividades gerenciais do enfermeiro deveriam apresentar como finalidade a qualidade do cuidado de enfermagem. Assim, a divisão entre a dimensão cuidado e a gerencial dificulta essa qualidade e proporciona conflitos no cotidiano de trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde<sup>(6)</sup>.

Nesse sentido, aponta-se a seguinte questão norteadora: quais os fatores intervenientes da gerência do cuidado de enfermagem na ESF?

Destaca-se que este estudo é fundamental na consolidação de uma temática pouco discutida no cenário nacional, ou seja, ainda há lacunas do conhecimento acerca da gerência do cuidado do enfermeiro nesse nível de atenção. Sendo assim, a presente pesquisa objetiva investigar os fatores intervenientes na realização das ações de gerência do cuidado do enfermeiro na ESF.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 32 enfermeiros da ESF do município de Maracanaú-CE. Atualmente, a cidade possui 51 equipes de Saúde da Família, faz parte da Macrorregional de Fortaleza e a 3ª Microrregional de Saúde do Estado ou 3ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES). Foi utilizada a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. As entrevistas aconteceram no período entre Maio e Julho de 2012, em local reservado da própria unidade básica de saúde. Foi adotado como critério de inclusão trabalhar há mais de doze meses na unidade de saúde, por se considerar um período adequado para familiarização desse profissional com a dinâmica da ESF. Como critérios de

exclusão: estar de férias, licença-saúde ou em afastamento. A suspensão da coleta de dados ocorreu a partir do momento que foi identificada a saturação teórica.

Para proceder à ordenação e organização dos dados empíricos, produzidos nas entrevistas semiestruturadas, recorreu-se ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma ferramenta que viabiliza a representação do pensamento de um determinado grupo. É uma proposta metodológica que propõe a soma das ideias não de maneira numérica, mas operacionalizando de forma metodológica a expressão do pensamento coletivo por meio do discurso<sup>(7)</sup>.

O DSC consiste, basicamente, em analisar o material construído por uma coletividade por meio dos depoimentos e, em seguida, extrair as ideias centrais (IC) e suas respectivas expressões-chaves (ECH). Sendo que o conteúdo das respostas de sentido semelhante é reunido em discursos-sínteses redigidos na primeira pessoa do singular<sup>(7)</sup>.

A IC é um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido de cada um dos discursos analisados. As ECH podem ser definidas como fragmentos, trechos ou transcrições literais do discurso<sup>(7)</sup>. Nessa pesquisa serão apresentadas as IC e os respectivos DSC, identificados com uma numeração correspondente e em seguida discutidos com suporte da literatura científica.

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE sob o parecer nº 26907. Os componentes éticos e legais estão presentes em todas as fases da pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Dos 32 enfermeiros que participaram como sujeitos do estudo, a maioria era do sexo feminino (n=30); com idade entre 26 e 30 anos (n=13); graduados há no máximo cinco anos. Observa-se a jovialidade da amostra, percebida tanto pelo tempo de formado, quanto pela faixa etária.

No contexto das atividades realizadas pelos enfermeiros, observam-se fatores dificultadores e facilitadores que intervêm na realização das atividades de gerência do cuidado na ESF. Desta forma, serão apresentados a seguir as IC e os respectivos DSC dos relatos dos enfermeiros sobre essa questão.

### *Fatores dificultadores para a realização das ações de gerência do cuidado na ESF*

Em relação aos fatores dificultadores, foram identificados três IC, que demonstram obstáculos aos enfermeiros na realização da gerência do cuidado na ESF.

A primeira IC, sobre a demanda excessiva dos usuários atendidos na unidade, originou-se a partir da entrevista de 12 enfermeiros:

#### IC 01: Demanda excessiva de usuários atendidos na unidade

DSC 01: Eu tenho uma demanda muito excessiva, às vezes eu atendo uma população bem acima do esperado. Tem dias que atendo quinze, dezesseis pessoas numa manhã; é muita gente. Isso deve-se ao grande número de famílias, chegando a mais de duas mil, e ao grande número de usuários adscritos na minha área. Então, essa grande demanda que procura a unidade, às vezes atrasa algumas das minhas atividades, pois eu precisava estar junto da minha equipe, organizando e planejando

ações que poderia realizar na própria comunidade, como numa rua que tem muitos casos de dengue e a gente poderia intervir, porém a gente acaba não conseguindo sair para realizar essas atividades. Então, assim, eu poderia fazer um atendimento mais tranquilo, mais calmo, conversar mais, porém por conta da grande demanda, eu acabo tendo que acelerar a minha consulta e perdendo a qualidade do meu cuidado. E o que contribui também para essa grande quantidade de atendimentos é a ausência do profissional médico da minha equipe. Com isso eu fico mais sobrecarregado, tenho que atender mais usuários, trabalho em dobro e conseqüentemente algumas atividades eu acabo deixando de fazer, como os grupos com os usuários. Tudo isso dificulta o meu trabalho.

A segunda IC foi construída a partir dos relatos dos enfermeiros sobre a visão curativista e resistência às atividades de prevenção e promoção dos usuários da ESF. O respectivo DSC dessa IC surgiu a partir de nove entrevistas:

#### IC 02: Visão curativista e resistência às atividades de prevenção e promoção dos usuários da ESF

DSC 02: O que impede a realização de várias atividades aqui na unidade é a visão dos usuários de que o posto de saúde é só para curar, eles não são interessados num cuidado mais integral, principalmente nas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde que a gente desenvolve. Eu percebo que a realidade aqui na unidade é que geralmente os usuários só querem o medicamento, eles têm que sair com a prescrição de um medicamento da nossa sala para curar a doença deles, eles

são viciados nisso. E tem alguns usuários que só vêm apenas no dia que acaba o comprimido. Outra dificuldade é a falta de cooperação dos próprios usuários, pois quando falo que vou fazer uma atividade de educação em saúde, eles não querem nem saber, ficam logo com raiva, falam que querem ir para casa, fazer a comida, eles não entendem a importância dessas ações em saúde, acham que você não está trabalhando e que trabalhar é está dentro do consultório atendendo e passando medicamento. Eu tenho também muita dificuldade na adesão deles aos grupos, pois tem muito usuário portador de doenças crônicas e que eu poderia trabalhar a prevenção de complicações. Mesmo assim eu faço o grupo, porém no dia marcado não aparece ninguém, ou aparece uma ou duas pessoas, assim não tem como dar continuidade a essas atividades.

Da construção do DSC da terceira IC participaram 10 enfermeiros que abordaram a estrutura organizacional precária da unidade como fator impeditivo para a realização da gerência do cuidado, a qual será abordada (no DSC) a seguir:

#### IC 03: Estrutura organizacional na unidade de saúde precária

DSC 03: Uma coisa que me preocupa muito é a questão da estrutura física da unidade, pois é bastante precária. Aqui é um prédio alugado e já faz um bom tempo que a gente está aqui e é tudo muito precário. Tiveram que adaptar inclusive essa sala, para que eu possa atender, porque não tinha uma sala disponível. A gente trabalha no improvisado quando chove, não tem um lugar que você possa trabalhar direito. Quando o pessoal do NASF vem realizar atendimento com

usuários daqui, eles não têm nenhum local para atender, por exemplo, a terapeuta ocupacional, a fisioterapeuta, a psicóloga e a assistente social tentam fazer um atendimento individualizado, mas não tem uma sala específica para isso e elas acabam ficando no corredor. Às vezes eu acabo emprestando a minha sala para um atendimento mais específico. Quando eu vou trabalhar a questão do processo de educação em saúde, como criar grupos e palestras, eu não tenho um lugar, uma sala de reunião, um auditório que eu possa desenvolver essas atividades. Aqui tem um corredor que é o local que eu faço as atividades de educação em saúde, só que é uma grande dificuldade, pois enquanto tento falar sobre os assuntos para o grupo, os outros usuários que vão para o atendimento médico, passam pelo meio do corredor, o que prejudica o raciocínio e a concentração de todos os participantes. Então o que eu vejo é essa questão da estrutura física que deixa a desejar e acaba por dificultar as minhas ações. Uma questão séria também aqui na unidade é a ausência do carro. De vez em quando falta o veículo. Semana passada eu estava sem carro para as minhas visitas. Sem o veículo o cuidado que você planejou para as visitas domiciliares são comprometidas, uma vez que elas não irão acontecer e quem sofre são os acamados, ocasionando também atraso nas vacinas dos idosos que não tem condições de vir até o posto.

### *Fatores facilitadores na realização das ações de gerência do cuidado na ESF*

Dentre os fatores intervenientes na realização das ações de gerência do cuidado do enfermeiro na ESF há destaque também para as facilidades. Sendo que nessa pesquisa foram

identificadas e construídas três IC que abordam sobre essa temática.

A quarta IC, sobre o apoio da secretaria municipal de saúde, originou-se a partir das entrevistas de 21 enfermeiros, a qual será apresentada a seguir com o seu respectivo DSC:

### IC 04: Apoio da secretaria de saúde do município

DSC 05: Um dos fatores que eu vejo que mais facilita o meu trabalho é a parceria que nós temos com a secretaria de saúde, principalmente com a coordenação da atenção básica. O apoio da secretaria contribui bastante para as nossas atividades. A gestão atual possui senso de cooperação, de abertura, de saber ouvir as nossas demandas e buscar sempre uma solução. Eu vejo a responsabilidade da secretaria de disponibilizar materiais, insumos, até profissionais para contribuir em algum grupo de educação em saúde que eu desenvolvo aqui. A secretaria de saúde realiza constantes capacitações, como os cursos e oficinas, o que ajuda na renovação dos nossos conhecimentos, pois eles buscam sempre trabalhar com novas metodologias de ensino, como a educação permanente e eu vejo que isso está repercutindo no meu atendimento. Eu vejo que essas capacitações que a secretaria desenvolve para a gente é fundamental, pois sempre têm novos tratamentos, novas formas de cuidar, é muito bom reciclar. O que também facilita bastante, aqui no município, é a presença de um coordenador para cada unidade de saúde e um gerente para cada AVISA [Áreas de Vigilância da Saúde], que a secretaria de saúde implantou. O coordenador e o gerente ajudam bastante no meu trabalho aqui na atenção básica. Eles estão diaria-

mente na unidade vendo o que a gente está precisando para as nossas atividades de cuidado, como materiais e até mesmo coisas estruturais e organizacionais, equipamentos quebrados e que precisam ser trocados, as paredes se estão precisando de pintura, algum profissional de férias e que precisa remanejar outro, material de limpeza que precisa ser comprado e até o abastecimento de medicamentos na farmácia. A presença do coordenador da unidade e do gerente da AVISA ajuda muito, pois em vários municípios que é o enfermeiro que fica responsável por tudo isso.

A quinta IC aborda sobre o trabalho em equipe, como facilitador na realização da gerência do cuidado. As entrevistas de 17 enfermeiros foram utilizadas para a construção do seguinte DSC:

#### IC 05: Trabalho em equipe

DSC 05: Eu percebo que uma facilidade é o trabalho em equipe. Eu costumo falar que essa unidade de saúde é uma grande família, pois nós temos uma parceria muito forte com todos. O trabalho em equipe na unidade de saúde é fundamental, pois se eu precisar faltar, a enfermeira da outra equipe pode atender os meus usuários, caso ela falte eu que atendo os dela. Quando a gente vai formar um grupo, uma ação educativa, todas as equipes participam. Então a gente trabalha em equipe para desenvolver bem as atividades e dividir as responsabilidades. Outro ponto importante é a presença do NASF [Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família] que chegou para somar. Eu posso inclusive encaminhar um usuário para fazer avaliação com a fonoaudióloga, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social,

quando eu percebo que o usuário precisa de uma intervenção de outro profissional. Quero também destacar a parceria com os ACS [Agentes Comunitários de Saúde], pois eles têm um papel muito importante na execução das minhas ações. Os ACS são a ponte entre a unidade de saúde e a comunidade, eles que passam todas as informações da população para a gente e também as nossas informações para a comunidade. Então, o trabalho em equipe, de forma integrada, ajuda nas minhas ações.

A última IC, sobre as facilidades para a realização das ações de gerência do cuidado, aborda sobre a autonomia do enfermeiro na Atenção Básica. O respectivo DSC foi construído a partir das entrevistas de quatro enfermeiros:

#### IC 06: Autonomia do profissional enfermeiro no trabalho da ESF

DSC 06: Na atenção básica, o profissional enfermeiro tem bastante autonomia para algumas atividades, o que facilita o meu trabalho. Eu tenho sim autonomia para realizar várias ações aqui na unidade sem pedir a autorização de outro profissional. Se você for analisar, no hospital o enfermeiro não tem tanta autonomia, às vezes fica esperando a decisão do médico. Na atenção básica o enfermeiro orienta muitas coisas, por exemplo, numa atividade de promoção da saúde, eu tenho o poder de decisão em relação à data, horário, local, como vai ser feito, qual o grupo que vai ser envolvido; eu não preciso da autorização do médico para desenvolver essas atividades. As ações de educação em saúde são mais fáceis de serem realizadas por conta dessa autonomia que a atenção básica lhe proporciona.

## DISCUSSÃO

O DSC 01 retrata, de acordo com os enfermeiros, a demanda excessiva de usuários que são atendidos diariamente na ESF. Porém, de acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 da Política Nacional de Atenção Básica, cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 mil usuários, sendo a média recomendada de 3.000 mil, respeitando os critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se, ainda de acordo com essa portaria, que o número de usuários por equipe deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, dado que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe<sup>(8)</sup>.

Mesmo existindo esse limite de usuários definidos pelo Ministério da Saúde, acredita-se que a quantidade de famílias atendidas na ESF desse município seja bem superior ao preconizado pela PNAB, conforme aponta o DSC 01 dos enfermeiros, fato observado também em outras realidades brasileiras<sup>(9)</sup>.

Nesse contexto, o enfermeiro se distancia da gerência do cuidado, já que atividades relacionadas ao cuidado indireto como planejamento, coordenação e organização acabam por não serem desenvolvidas em decorrência do excesso de usuários atendidos clinicamente.

Percebe-se, ainda no DSC 01, a inquietação dos enfermeiros com relação à incompletude da equipe, principalmente devido à ausência do profissional médico, o que repercute intensamente em seu trabalho. Isso, pois, o enfermeiro precisa incluir no atendimento de enfermagem aqueles usuários agendados para a consulta com o médico, diminuindo, desta forma, a qualidade do cuidado prestado, uma vez que em decorrência da grande demanda e o tempo reduzido para cada atendimento, ações como

acolhimento, vínculo e escuta qualificada, deixam de ser realizadas.

A carência de médicos na ESF é um reflexo do regime de trabalho e da remuneração, visto que muitas prefeituras não realizam concurso público, gerando uma série de vínculos precários de trabalho, com grandes diferenças salariais entre os municípios, o que, pela sua natureza, influencia a elevada rotatividade, pois os médicos acabam por migrar de um município para outro, conforme a proposta financeira que recebem<sup>(10)</sup>.

De acordo com o DSC 02 dos enfermeiros, um dos obstáculos vivenciado por esses profissionais na ESF na execução de suas ações de gerência do cuidado é a própria resistência que os usuários impõem, principalmente, às atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde. Essa oposição reflete todo um processo histórico de construção dos modelos de atenção à saúde sobretudo do modelo biomédico centrado na concepção clínica da fisiopatologia, que negligencia outros aspectos determinantes do processo saúde-doença, como questões culturais, políticas e econômicas. Tal paradigma assistencial tradicional ainda é bastante presente nos serviços de saúde<sup>(11)</sup>.

Logo, esse modelo de assistência à saúde influenciou e permanece influenciando tanto os profissionais da saúde, como os próprios usuários da Atenção Básica, como foi possível observar no DSC 02. Esse modelo com abordagem individualista, direciona suas ações aos sujeitos doentes, com suas práticas e saberes culturalmente incorporados e reproduzidos na Atenção Básica<sup>(12)</sup>.

Desta forma, percebe-se a necessidade de romper com esse modelo tradicional na ESF, já que essas práticas verticalizadas e fragmentadas possuem como objeto de trabalho a doença, cuja solução será rápida e prática. Isto é, baseada apenas na terapia medicamentosa, direcionando os usuários a uma errônea compreensão acerca

da solução de seus problemas de saúde, o que demonstra também a influência do processo de medicalização no cotidiano assistencial.

Nota-se também nos DSC 02 a dificuldade dos enfermeiros na realização de grupos de saúde com os usuários, pois ocorre pouca adesão e participação nessas atividades. Nesse contexto, é fundamental que o enfermeiro busque parcerias com os demais membros da equipe de saúde, com o objetivo de se trabalhar a sensibilização dos usuários sobre a importância das ações educativas e, conseqüentemente, elevar a adesão dos usuários nessas atividades.

Porém, acredita-se que essa sensibilização dos usuários só será alcançada a partir do momento em que o enfermeiro perceber a importância desse ator social no processo de construção das ações de cuidado. Ou seja, quando for incentivado o empoderamento do usuário na realização do seu próprio cuidado e que essas ações estejam de acordo com as suas reais necessidades, deixando, assim, de ser construída de forma unilateral pelo enfermeiro.

Desta forma, a partir do momento em que acontecer essa interação do enfermeiro com o usuário tanto as ações de cuidado indireto quanto as de cuidado direto serão desenvolvidas de forma mais democrática e, conseqüentemente, a gerência do cuidado será realizada com maior eficiência e eficácia.

O DSC 03 aborda as limitações de área física do serviço de saúde, que de acordo com o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, esses estabelecimentos devem ter uma área específica para reuniões, onde devem ser desenvolvidas as atividades de educação em saúde, o que diverge do discurso dos enfermeiros apresentados nesta pesquisa<sup>(13)</sup>.

O que se espera da estrutura física de um estabelecimento de assistência à saúde da Atenção Básica, não é que ela seja perfeita ou padrão, mas que possa conformar no espaço todas as

suas necessidades organizativas, gerenciais, assistenciais e da comunidade<sup>(14)</sup>. Pois, com esse espaço físico adequado, o enfermeiro irá dispor de condições adequadas para realizar as ações de gerência do cuidado.

Entretanto, o que se observa na rede nacional de Atenção Básica são unidades de saúde com conservação e higiene precárias, com presença de infiltrações e iluminação deficientes, além de várias ESF que são sediadas em estruturas físicas que não foram construídas para tal fim<sup>(15)</sup>.

Ainda, de acordo com o DSC 03 dos enfermeiros, nota-se a informação relacionada à falta de espaço específico para a realização das atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF. No entanto, competem às secretarias de saúde dos municípios disponibilizar espaço físico adequado nas unidades de saúde, e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das ações mínimas descritas no escopo de atividades dos diferentes profissionais que compõem os NASF, não sendo recomendada estrutura física específica para a equipe de NASF<sup>(8)</sup>.

Entende-se que a precária estrutura física é realmente um fator dificultador, mas não impeditivo da gerência do cuidado, principalmente em relação às atividades de educação em saúde, como os grupos, pois os enfermeiros podem utilizar dos equipamentos sociais do seu território adstrito, como igrejas, praças e escolas, para a realização dessas ações, o que pode proporcionar maior interação com a própria comunidade.

Nota-se, também de acordo com o DSC 03, a ausência de veículo como fator impeditivo na execução da gerência do cuidado do enfermeiro, visto que o modelo de trabalho da Atenção Básica prevê a inserção desse profissional na comunidade na realização de diversas atividades, como as visitas domiciliares e as atividades educativas. Contudo, essas ações ficam limitadas

na medida em que o enfermeiro não possui um transporte disponível para a sua locomoção.

O apoio da secretaria de saúde especialmente no fornecimento de recursos materiais, conforme apontado no DSC 04 dos enfermeiros, converge com as diretrizes e normas da portaria da Atenção Básica, as quais determinam que as secretarias municipais de saúde devam garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das unidades de saúde e para a execução do conjunto de ações propostas<sup>(8)</sup>.

Com esse apoio, o enfermeiro terá condições de prever e prover recursos, o que viabilizará a continuidade do plano de ações e a interface entre o processo de trabalho cuidar e gerenciar, ou seja, a realização da gerência do cuidado<sup>(16)</sup>.

Outro ponto a ser destacado no DSC 04 são as constantes capacitações fornecidas pela gestão. O que mais uma vez está de acordo com a portaria da Atenção Básica, pois é papel da secretaria de saúde desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais da ESF<sup>(7)</sup>.

Desta forma, é essencial que essas capacitações tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e, assim, a realização do processo de trabalho na dimensão da gerência do cuidado do enfermeiro com mais eficiência e eficácia<sup>(17)</sup>.

No entanto, é importante mencionar que esses achados divergem dos encontrados nos países como um todo, sendo frequente a presença de falhas na formação dos profissionais da Atenção Básica e na educação permanente no serviço onde os mesmos estão inseridos<sup>(18)</sup>.

No município em que foi realizada a pesquisa, as unidades de saúde são divididas por Áreas de Vigilância à Saúde (AVISA). Sendo que cada AVISA está sob a responsabilidade de uma

gerência, a qual possui de três a seis unidades de saúde, em que, cada uma dessas unidades, tem um coordenador administrativo, responsável por orientar os trabalhos locais.

A presença do gerente da AVISA e do coordenador da unidade é fundamental para o enfermeiro, segundo o DSC 04, pois em diversos municípios esse profissional é quem fica responsável pelas atividades administrativas e de coordenação da unidade, além de representar o elo de comunicação entre a ESF e a secretaria municipal de saúde<sup>(19)</sup>.

Portanto, com a presença do gerente da AVISA e do coordenador da unidade, há diminuição do excesso de atividades realizadas pelo enfermeiro, facilitando com que ele se dedique mais às atribuições de sua categoria profissional, entre elas, as ações de gerência do cuidado.

Pontua-se, conforme o DSC 05 dos enfermeiros, menção sobre a importância do trabalho em equipe no contexto da ESF. Desse modo, a presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre eles, é essencial. De tal forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual gradativamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências e ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe da ESF<sup>(8)</sup>.

Ainda de acordo com o DSC 05 dos enfermeiros, o que favorece alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações é a existência do NASF e a parceria com o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Compreende-se, em vista disso, que o trabalho em equipe, facilitado, sobretudo pela interação com os profissionais do NASF e os ACS, contribuirá para a articulação do cuidado com a gerência, dado que o enfermeiro será capaz de se apropriar com mais eficiência das ferramentas e instrumentos gerencias, como o planejamento,

avaliação, coordenação e delegação de atividades, o que proporcionará a realização correta do processo de trabalho na dimensão da gerência do cuidado<sup>(1)</sup>.

No DSC 06 os enfermeiros discutiram acerca da autonomia, a qual eles possuem na execução das ações na ESF, como sendo um fator que contribui na realização da gerência do cuidado.

O enfermeiro, por meio da sua atuação efetiva na ESF, ganha cada vez mais espaço, autonomia e poder de decisão na equipe, deixando de ser um complemento e instrumento do trabalho médico e passa a se configurar como uma parceira do trabalho coletivo em saúde, corresponsável pela construção dos serviços em saúde, com seus saberes e práticas relacionadas às necessidades sociais e de saúde da população<sup>(20)</sup>.

Logo, a autonomia do enfermeiro se torna mais expressiva no âmbito da ESF, por meio das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, como as atividades educativas, o que possibilita mais independência, tanto no planejamento quanto na concretização das ações de cuidado, e, por consequência, a efetivação da gerência do cuidado.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa identificou as principais dificuldades e facilidades na realização das ações de gerência do cuidado pelo enfermeiro, ou seja, os fatores intervenientes na execução das atividades de cuidado direto e cuidado indireto de forma articulada e integrada na ESF.

Esses resultados demonstram que a Atenção Básica é um ambiente ainda permeado por ambivalências, pois ora viabiliza possibilidades da construção de uma interface entre essas duas dimensões do processo de trabalho, a partir do momento em que há condições de continuidade e execução das ações planejadas; ora apresenta

obstáculos na busca da integralidade e complementaridade entre o cuidado e a gerência, por fomentar a cisão dessas atividades, especialmente em decorrência da precarização do processo de trabalho e ênfase no modelo de assistência tradicional.

Destaca-se também que a conjectura que facilita a gerência do cuidado pelo enfermeiro advém do apoio e da oferta de condições mínimas de trabalho pela presença de gestores, nas Áreas de Vigilância à Saúde, próximos e abertos para dar suporte na provisão de insumos, conserto de materiais, no adequado quadro de trabalhadores e nas capacitações amparadas na educação permanente. Gestores próximos e que auxiliam na organização do trabalho das equipes de ESF potencializam a cooperação entre os membros da equipe e a autonomia do enfermeiro para gerenciar as atividades de promoção em saúde.

Por sua vez, as condições de trabalho inadequadas, como falta de estrutura e de equipe mínima, prejudicam a realização das atividades de atendimento domiciliar e de educação em saúde. Além disso, ainda há influência do modelo curativista e medicalizante nas percepções da comunidade sobre a produção de saúde, em que as ações de prevenção e promoção em saúde acabam não sendo valorizadas e reconhecidas pelos usuários.

É importante ressaltar que os resultados obtidos nesta investigação possuem limitações, uma vez que foi desenvolvido na ESF de um município, de forma que não se pode generalizá-los para os demais serviços da Atenção Básica de abrangência nacional, pois depende da realidade de saúde da população e da dinâmica do processo de trabalho dos enfermeiros de cada território.

Além disso, este estudo não pretende esgotar as questões apresentadas e discutidas nesta pesquisa, mas despertar e sensibilizar novas discussões sobre a gerência do cuidado do

enfermeiro na ESF, principalmente com ênfase na horizontalidade e agregação de tecnologias de relacionamento e corresponsabilidade das ações de saúde, proporcionando cuidado ético, humano e integral.

## REFERÊNCIAS

1. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2012 June [cited 2012 Oct 20]; 46(3): 734-41. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso)
2. Fernandes MC, Silva LMS. Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 10]; 14(2):438-47. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/42>
3. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgart P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
4. Backes DS, Erdmann AL, Lunardi VL, Lunardi WD, Erdmann RH. Despertando novas abordagens para a gerência do cuidado de enfermagem: estudo qualitativo. *Online braz j nurs* [Internet]. 2009 [cited 2012 Oct 20]; 8(2): [about 5 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2407/527>
5. Santos JLG, Lima MADs, Klock P, Erdmann AL. Conceptions of nurses on management of care in an emergency department-descriptive exploratory study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2012 Apr [Cited 2012 May 14]; 11(1): 101-14. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3580>
6. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2009 [cited 2012 Oct 20]; 18(2):258-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf>
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2.ed. Caxias do Sul: Educ; 2005.
8. Ministério da Saúde (Brasil). 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). *Diário Oficial da União* 24 out 2011. Seção 1.
9. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. saúde pública* [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 10]; 24 Suppl 1: 100-10. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015)
10. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia de saúde da família. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 20]; 15 Suppl 1: 1521-31. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700064](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064)
11. Ceolin T, Heck RM, Pereira DB, Martins AR, Coimbra VCC, Silveira DSS. A inserção das terapias complementares no sistema único de saúde visando o cuidado integral na assistência. *Enferm glob* [Internet]. 2009 June [cited 2013 Aug 10]; (16):[available from 9 p.]. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200017&lng=es)
12. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva*. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 55-124.

13. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. Ximenes NFRG, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Rev bras enferm* [Internet]. 2008 [cited 2012 Oct 20]; 61 (1): 36-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/06.pdf>
15. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev bras saúde matern infant* [Internet]. 2010 Nov [cited 2013 Aug 10]; 10 Suppl 1: 69-81. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500007&lng=en)
16. Azzolin GMC, Peduzzi M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. *Rev gaúcha enferm* [Internet]. 2007 Dec [cited 2012 Oct 20]; 28(4): 549-55. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3151/1724>
17. Faustino AM, Jesus CAC, Reis PED, Moura EF, Medeiros KC, Amorim MAN. Models management of nursing care: qualitative study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2010 May [Cited 2012 Apr 28]; 9(1): [about 7 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2843>
18. Ferreira MEV, Schimith MD, Caceres NC. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 Aug [cited 2013 Aug 10]; 15(5): 2611-20. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500035&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500035&script=sci_arttext)
19. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe estratégia de saúde da família. *Rev bras enferm* [Internet]. 2009 Apr [Cited 2012 Apr 28]; 62(2): 265-71. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015)
20. Costa RKS, Miranda FAN. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuições para a mudança do modelo assistencial. *Rev RENE* [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 10]; 9(2): 120-28. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/570/pdf>

---

**Recebido:** 24/10/2012

**Revisado:** 15/05/2013

**Aprovado:** 22/08/2013