



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Factores intervinientes en la gerencia del cuidado del enfermero: estudio descriptivo

Marcelo Costa Fernandes¹, Lucilane Maria Sales da Silva¹,
Thereza Maria Magalhães Moreira¹, Maria Rocineide Ferreira da Silva¹

¹Universidade Estadual de Ceará

RESUMEN

Objetivo: Investigar los factores intervinientes en la realización de las acciones de gerencia del cuidado.

Método: Estudio descriptivo, realizado con 32 enfermeros de la Atención Básica de Maracanaú-CE, de Mayo a Julio de 2012. Se recurrió al proceso metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo para ordenar y organizar los datos.

Resultados: Las principales dificultades señaladas fueron: demanda excesiva; resistencia de los usuarios a las actividades de prevención y promoción de la salud y; estructura organizacional precaria. Las facilidades presentadas fueron: apoyo de la secretaría de salud, trabajo en equipo y autonomía del enfermero.

Discusión: Las dificultades vivenciadas, especialmente relacionadas a la precarización del proceso de trabajo y el modelo asistencial tradicional, distancian el cuidado del proceso gerencial, mientras que el trabajo en equipo, el apoyo de la gestión y la autonomía fomentan la interacción del cuidado con la gerencia.

Conclusión: La atención básica presenta ambivalencias, pues a veces viabiliza y a veces presenta división entre el cuidado y la gerencia del cuidado.

Descriptor: Enfermería en Salud Pública; Atención de Enfermería; Gerencia.

INTRODUCCIÓN

La gerencia del cuidado del enfermero es comprendida como una relación dialéctica entre el proceso de trabajo, el cuidar y el administrar. O sea, es cuando ocurre la articulación entre los saberes de la gerencia (acciones de cuidado indirecto) y del cuidado (acciones de cuidado directo) viabilizando la existencia de una interface entre esos dos objetos en la práctica profesional del enfermero, cuya finalidad es proporcionar un cuidado sistematizado y de calidad a los usuarios de los servicios de enfermería⁽¹⁾.

Entre los innúmeros establecimientos de asistencia a la salud donde el enfermero desarrolla las acciones de gerencia del cuidado, se destaca la Estrategia Salud de la Familia (ESF), la cual fue constituida por la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), como estrategia esencial para expandir y consolidar el atendimento en ese nivel de atención⁽²⁾.

Se nota en la ESF que el proceso de trabajo del enfermero se presenta con dos dimensiones complementares principales: cuidado y gerencia. En la primera, el enfermero toma como objeto de intervención las necesidades de cuidado de la enfermería y tiene como finalidad el cuidado integral y de calidad; en el segundo, el enfermero toma como objeto la organización del trabajo y los agentes de enfermería, objetivando desarrollar e implementar condiciones adecuadas de cuidado a los usuarios y de desempeño para los trabajadores⁽³⁾.

De esta forma, el enfermero al ejercer la gerencia del cuidado en la ESF acaba por desarrollar su mejor práctica y consecuentemente la integralidad de sus acciones. Además, potencializa su actuación, lo que posibilita el buen andamiento del trabajo, así como también la superación de las prácticas asistencialistas y trasciende el modo simplificado de pensar y

exaltar el cuidado de enfermería como producto de múltiples interacciones sociales⁽⁴⁻⁵⁾.

Al considerar que el cuidado es la marca y el núcleo del proceso de trabajo de la enfermería, se entiende que las actividades gerenciales del enfermero deberían presentar como finalidad la calidad del cuidado de enfermería. Entonces, la división entre la dimensión cuidado y la gerencial dificulta esa calidad y proporciona conflictos en el cotidiano de trabajo del enfermero, sea del profesional con su propia práctica, sea en su relación con el equipo de enfermería y el equipo de salud⁽⁶⁾.

En ese sentido, se resalta la siguiente cuestión norteadora: ¿Cuáles son los factores intervinientes de la gerencia del cuidado de enfermería en la ESF?

Se destaca que este estudio es fundamental en la consolidación de una temática poco discutida en el escenario nacional, o sea, aún existen lagunas del conocimiento acerca de la gerencia del cuidado del enfermero en ese nivel de atención. Siendo así, la presente investigación objetiva investigar los factores intervinientes en la realización de las acciones de gerencia del cuidado del enfermero en la ESF.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado con 32 enfermeros de la ESF del municipio de Maracanaú-CE. Actualmente, la ciudad posee 51 equipos de Salud de la Familia, hace parte de la Macro regional de Fortaleza y la 3ª Micro regional de Salud del Estado o 3ª Coordinadoras Regionales de Salud (CRES). Fue utilizada la entrevista semiestructurada como técnica de recolecta de datos. Las entrevistas acontecieron en el período entre Mayo y Julio de 2012, en un local reservado de la propia unidad básica de salud.

Fue adoptado como criterio de inclusión llevar trabajando más de doce meses en la unidad de salud, por considerarse un período adecuado para la familiarización de ese profesional con la dinámica de la ESF. Como criterios de exclusión: estar de vacaciones, licencia-salud o apartado de la unidad. La suspensión de la recolecta de datos ocurrió a partir del momento que fue identificada la saturación teórica.

Para proceder a la ordenación y organización de los datos empíricos, producidos en las entrevistas semiestructuradas, se recurrió al proceso metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC), que es una herramienta que viabiliza la representación del pensamiento de un determinado grupo. Es una propuesta metodológica que propone la suma de las ideas no de manera numérica, sino, de forma metodológica la expresión del pensamiento colectivo por medio del discurso⁽⁷⁾.

El DSC consiste, básicamente, en analizar el material construido por una colectividad por medio de los relatos y en seguida, extraer las ideas centrales (IC) y sus respectivas expresiones-claves (ECH). Siendo que el contenido de las respuestas de sentido semejante es reunido en discursos-síntesis escritos en la primera persona del singular⁽⁷⁾.

La IC es un nombre o expresión lingüística que revela y describe de la manera más sintética y precisa posible el sentido de cada uno de los discursos analizados. Las ECH pueden ser definidas como fragmentos, trechos o transcripciones literales del discurso⁽⁷⁾. En esta investigación serán presentadas las IC y los respectivos DSC, identificados con una numeración correspondiente y en seguida discutidos con soporte en la literatura científica.

La investigación tuvo inicio después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Estadual de Ceará-UECE sub el parecer nº 26907. Los componentes

éticos y legales están presentes en todas las fases de la investigación, en conformidad con la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

De los 32 enfermeros que participaron como sujetos del estudio, la mayoría era del sexo femenino (n=30); con edad entre 26 y 30 años (n=13); graduados en lo máximo hace cinco años. Se observa la jovialidad de la muestra, notada tanto por el tiempo de graduado, como por el rango de edad.

No obstante, en las actividades realizadas por los enfermeros, se observan factores dificultadores y facilitadores que intervienen en la realización de las actividades de gerencia del cuidado en la ESF. De esta forma, serán presentados a seguir las IC y los respectivos DSC de los relatos de los enfermeros sobre esta cuestión.

Factores dificultadores para la realización de las acciones de gerencia del cuidado en la ESF

En relación a los factores dificultadores, fueron identificados tres IC, que demuestran obstáculos a los enfermeros en la realización de la gerencia del cuidado en la ESF.

La primera IC, sobre la demanda excesiva de los usuarios atendidos en la unidad, se originó a partir de la entrevista de 12 enfermeros:

IC 01: Demanda excesiva de usuarios atendidos en la unidad

DSC 01: Yo tengo una demanda muy excesiva, a veces atiendo una población muy superior a lo esperado. Hay días que atiendo quince, dieciséis personas en una mañana; es mucha gente. Eso se debe al gran número de familias, llegando a más

de dos mil, y al gran número de usuarios adscritos en mi área. Entonces, esta gran demanda que llega a la unidad, a veces atrasa algunas de mis actividades, pues yo necesitaba estar junto de mi equipo, organizando y planeando acciones que podría realizar en la propia comunidad, como en una calle que tiene muchos casos de dengue y podríamos intervenir, pero acabamos no logrando salir para realizar esas actividades. Entonces, así, yo podría hacer un atendimento más tranquilo, más calmo, conversar más, pero por causa de la gran demanda, acabo teniendo que acelerar mi consulta y perdiendo la calidad de mi cuidado. Y lo que contribuye también para esa gran cantidad de atendimientos es la ausencia del profesional médico de mi equipo. Con eso me quedo más sobrecargado, tengo que atender a más usuarios, trabajo en doble y consecuentemente algunas actividades yo acabo dejando de hacerla, como los grupos con los usuarios. Todo eso dificulta mi trabajo.

La segunda IC fue construida a partir de los relatos de los enfermeros sobre la visión sólo de cura y la resistencia a las actividades de prevención y promoción de los usuarios de la ESF. El respectivo DSC de esa IC surgió a partir de nueve entrevistas:

IC 02: Visión sólo de cura y la resistencia a las actividades de prevención y promoción de los usuarios de la ESF

DSC 02: Lo que impide la realización de varias actividades aquí en la unidad es la visión de los usuarios de que el puesto de salud es sólo para curar, ellos no están interesados en un cuidado más integral, principalmente en las actividades de pre-

vención de enfermedades y la promoción de la salud que desarrollamos. Yo me doy cuenta que la realidad aquí en la unidad es que generalmente los usuarios sólo quieren el medicamento, ellos tienen que salir con la prescripción de un medicamento de nuestra consulta para curarse, ellos están viciados en eso. Y hay algunos usuarios que sólo vienen el día que se le acaba la pastilla. Otra dificultad es la falta de cooperación de los propios usuarios, pues cuando les digo que voy a hacer una actividad de educación en salud, ellos no quieren ni saber, se quedan con rabia, dicen que se quieren ir para casa, a hacer la comida, ellos no entienden la importancia de esas acciones en la salud, creen que usted no está trabajando y que trabajar es estar dentro del consultorio atendiendo y pasando medicamento. Yo tengo también mucha dificultad en la adhesión de ellos a los grupos, pues hay muchos usuarios portadores de enfermedades crónicas y que yo podría trabajar la prevención de complicaciones. De todas formas, yo hago el grupo, pero el día combinado no aparece nadie, o aparece una o dos personas, entonces no hay como dar continuidad a esas actividades.

De la construcción del DSC de la tercera IC participaron 10 enfermeros que abordaron la estructura organizativa precaria de la unidad como factor impeditivo para realizar la gerencia del cuidado, la cual será abordada (en el DSC) a seguir:

IC 03: Estructura organizativa en la unidad de salud precaria

DSC 03: Una cosa que me preocupa mucho es la cuestión de la estructura física de la unidad, pues es bastante precaria. Aquí es un

edificio alquilado y ya hace un buen tiempo que estamos aquí y es todo muy precario. Tuvieron que adaptar incluso esta sala, para que yo pudiera atender, porque no había ninguna disponible. Trabajamos improvisando y cuando llueve, no hay un lugar donde se pueda trabajar bien. Cuando el personal del NASF viene a realizar atendimiento con los usuarios de aquí, ellos no tienen ningún local para atender, por ejemplo, la terapeuta ocupacional, la fisioterapeuta, la psicóloga y la asistente social intentan hacer un atendimiento individualizado, pero no tienen una sala específica para eso y ellas acaban quedándose en el pasillo. A veces yo presto mi sala para un atendimiento más específico. Cuando yo voy a trabajar la cuestión del proceso de educación en salud, como crear grupos y dar una conferencia, yo no tengo un lugar, una sala de reunión, un auditorio donde yo pueda desarrollar estas actividades. Aquí hay un pasillo que es el local donde hago las actividades de educación en salud, sólo que es una gran dificultad, pues mientras intento hablar sobre los asuntos para el grupo, los otros usuarios que van para el atendimiento médico, pasan por el medio del pasillo, lo que perjudica el raciocinio y la concentración de todos los participantes. Entonces lo que yo veo es esa cuestión de la estructura física que deja a desear y que acaba por dificultar mis acciones. Una cuestión sería también aquí en la unidad es la ausencia de coche. De vez en cuando falta el vehículo. La semana pasada yo estaba sin el coche para mis visitas. Sin el vehículo el cuidado que usted planificó para las visitas domiciliarias se pone en riesgo, ya que ellas no irán a acontecer y quien sufre son los acamados, ocasionando también atraso en las vacunas de los ancianos que no tienen condiciones de venir hasta el puesto.

Factores facilitadores para la realización de las acciones de gerencia del cuidado en la ESF

Entre los factores intervinientes para la realización de las acciones de gerencia del cuidado del enfermero en la ESF se destacan también las facilidades. Siendo que en esta investigación fueron identificadas y construidas tres IC que abordan sobre esta temática.

La cuarta IC, sobre el apoyo de la secretaría municipal de salud, se originó a partir de las entrevistas de 21 enfermeros, la cual será presentada a seguir con su respectivo DSC:

IC 04: Apoyo de la secretaría de salud del municipio

DSC 05: Uno de los factores que yo veo que más facilita mi trabajo es la sociedad que tenemos con la secretaría de salud, principalmente con la coordinación de la atención básica. El apoyo de la secretaría contribuye bastante a nuestras actividades. La gestión actual posee criterios de cooperación, de abertura, de saber oír nuestras demandas y buscar siempre una solución. Yo noto la responsabilidad de la secretaría de dejar disponible materiales, insumos, hasta profesionales para contribuir en algún grupo de educación en salud que yo desarrollo aquí. La secretaría de salud realiza constantes capacitaciones, como los cursos y talleres, lo que ayuda en la renovación de nuestros conocimientos, pues ellos buscan siempre trabajar con nuevas metodologías de enseñanza, como la educación permanente y veo que eso está repercutiendo en mi atendimiento. Yo veo que esas capacitaciones que la secretaría desarrolla para nosotros, es fundamental, pues siempre tienen nuevos tratamientos, nuevas formas de cuidar, es muy bueno

reciclar. Lo que también facilita bastante, aquí en el municipio, es la presencia de un coordinador para cada unidad de salud y un gerente para cada AVISA [Áreas de Vigilancia de la Salud], que la secretaria de salud implantó. El coordinador y el gerente ayudan bastante en mi trabajo aquí en la atención básica. Ellos están diariamente en la unidad viendo lo que estamos necesitando para realizar nuestras actividades de cuidado, como materiales y hasta cosas estructurales y de organización, equipos rotos y que necesitan ser cambiados, las paredes si están necesitando de pintura, algún profesional de vacaciones y que por lo tanto se necesite ubicar a otro, material de limpieza que necesite ser comprado y hasta el abastecimiento de medicamentos en la farmacia. La presencia del coordinador de la unidad y del gerente de la AVISA ayuda mucho, pues en varios municipios es el enfermero que se responsabiliza por todo eso.

La quinta IC aborda el trabajo en equipo, como facilitador en la realización de la gerencia del cuidado. Las entrevistas de 17 enfermeros fueron utilizadas para construir el siguiente DSC:

IC 05: Trabajo en equipo

DSC 05: yo me doy cuenta que una facilidad es el trabajo en equipo. Yo suelo hablar que esta unidad de salud es una gran familia, pues nosotros tenemos una sociedad muy fuerte con todos. El trabajo en equipo en la unidad de salud es fundamental, pues si yo necesito faltar, la enfermera del otro equipo puede atender a mis usuarios, y en caso que ella falte yo atiendo los de ella. Cuando vamos a formar un grupo, una acción educativa, todos los equipos participan. Entonces trabajamos en equipo

para desarrollar las actividades y dividir las responsabilidades. Otro punto importante es la presencia del NASF [Núcleo de Apoyo a la Estrategia Salud de la Familia] que llegó para sumar. Yo puedo incluso encaminar a un usuario para hacer una evaluación con la fonoaudióloga, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y la asistente social, cuando noto que el usuario necesita una intervención de otro profesional. Quiero también destacar la sociedad con los ACS [Agentes Comunitarios de Salud], pues ellos tienen un papel muy importante en la ejecución de mis acciones. Los ACS son un puente entre la unidad de salud y la comunidad, ellos que nos pasan todas las informaciones de la población y también nuestras informaciones para la comunidad. Entonces, el trabajo en equipo, de forma integrada, ayuda a mis acciones.

La última IC, sobre las facilidades para realizar las acciones de gerencia del cuidado, aborda sobre la autonomía del enfermero en la Atención Básica. El respectivo DSC fue construido a partir de las entrevistas de cuatro enfermeros:

IC 06: Autonomía del profesional enfermero en el trabajo de la ESF

DSC 06: En la atención básica, el profesional enfermero tiene bastante autonomía para algunas actividades, lo que facilita mi trabajo. Yo tengo sí, autonomía para realizar varias acciones aquí en la unidad sin pedir la autorización de otro profesional. Si usted analiza, en el hospital el enfermero no tiene tanta autonomía, a veces se queda esperando la decisión del médico. En la atención básica el enfermero orienta muchas cosas, por ejemplo, en una actividad de promoción de la salud, yo tengo el

poder de decisión en relación a la fecha, horario, local, cómo va a ser hecho, cuál es el grupo que va a ser envuelto; no necesito la autorización del médico para desarrollar esas actividades. Las acciones de educación en la salud son más fáciles de ser realizadas por causa de la autonomía que la atención básica le proporciona.

DISCUSIÓN

El DSC 01 retrata, de acuerdo con los enfermeros, la demanda excesiva de usuarios que son atendidos diariamente en la ESF. Pero, de acuerdo con el decreto nº 2.488, del 21 de octubre de 2011 de la Política Nacional de Atención Básica, cada equipo de salud de la familia debe ser responsable por, en lo máximo, 4.000 mil usuarios, siendo la media recomendada de 3.000 mil, respetando los criterios de equidad para esta definición. Se recomienda, incluso de acuerdo con este decreto, que el número de usuarios por equipo debe considerar el grado de vulnerabilidad de las familias de aquel territorio, porque cuanto mayor sea el grado de vulnerabilidad menor deberá ser la cantidad de personas por equipo⁽⁸⁾.

A pesar de existir ese límite de usuarios definidos por el Ministerio de la Salud, se cree que la cantidad de familias atendidas en la ESF de este municipio sea muy superior al preconizado por la PNAB, conforme apunta el DSC 01 de los enfermeros, hecho observado también en otras realidades brasileñas⁽⁹⁾.

En este contexto, el enfermero se distancia de la gerencia del cuidado, ya que las actividades relacionadas al cuidado indirecto como planeamiento, coordinación y organización acaban por no ser desarrolladas por causa del exceso de usuarios atendidos clínicamente.

Se nota también en el DSC 01, la inquietud de los enfermeros en relación al equipo incompleto, principalmente debido a la ausencia del profesional médico, lo que repercute intensamente en su trabajo. Esto, porque el enfermero necesita incluir en la atención de enfermería a aquellos usuarios ya citados para la consulta con el médico, disminuyendo, de esta forma, la calidad del cuidado prestado, ya que debido a la gran demanda y el tiempo reducido para cada atendimento, acciones como la acogida, el vínculo y la escucha calificada, dejan de ser realizadas.

La carencia de médicos en la ESF es un reflejo del régimen de trabajo y de la remuneración, pues muchos ayuntamientos no realizan concurso público, generando una serie de vínculos precarios de trabajo, con grandes diferencias salariales entre los municipios, lo que, por su naturaleza, influye en la elevada rotación, pues los médicos acaban por migrar de un municipio hacia otro, conforme la propuesta financiera que reciban⁽¹⁰⁾.

De acuerdo con el DSC 02 de los enfermeros, uno de los obstáculos vivenciado por esos profesionales en la ESF para ejecutar sus acciones de gerencia del cuidado es la propia resistencia que los usuarios imponen, principalmente, a las actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud. Esta oposición refleja todo un proceso histórico de construcción de los modelos de atención a la salud, principalmente del modelo biomédico centralizado en la concepción clínica de la fisiopatología, que negligencia otros aspectos determinantes del proceso salud-enfermedad, como las cuestiones culturales, políticas y económicas. Tal paradigma asistencial tradicional todavía está bastante presente en los servicios de salud⁽¹¹⁾.

Entonces, ese modelo de asistencia a la salud influyó y permanece influyendo tanto a los profesionales de la salud como a los propios

usuarios de la Atención Básica, como fue posible observar en el DSC 02. Este modelo con abordaje individualista, direcciona sus acciones a los sujetos enfermos, con sus prácticas y saberes culturalmente incorporados y reproducidos en la Atención Básica⁽¹²⁾.

De esta forma, se nota la necesidad de romper con ese modelo tradicional en la ESF, ya que esas prácticas verticales y fragmentadas poseen como objeto de trabajo la enfermedad, cuya solución sea rápida y práctica. Esto es, basada solamente en la terapia medicamentosa, direccionando a los usuarios a una errónea comprensión acerca de la solución de sus problemas de salud, lo que demuestra también la influencia del proceso de medicalización en el cotidiano asistencial.

Se nota también en los DSC 02 la dificultad de los enfermeros para realizar grupos de salud con los usuarios, puesto que ocurre poca adhesión y participación en esas actividades. En este contexto, es fundamental que el enfermero busque sociedades con los demás miembros del equipo de salud, con el objetivo de trabajar la sensibilización de los usuarios sobre la importancia de las acciones educativas y consecuentemente, elevar la adhesión de los usuarios en esas actividades.

No obstante, se cree que esa sensibilización de los usuarios sólo será alcanzada a partir del momento en que el enfermero se dé cuenta de la importancia de este actor social en el proceso de la construcción de las acciones de cuidado. En otras palabras, cuando sea incentivado el empoderamiento del usuario en la realización de su propio cuidado y que estas acciones estén de acuerdo con sus reales necesidades, dejando así, de ser construida de forma unilateral por el enfermero.

De esta forma, a partir del momento que acontezca esa interacción del enfermero con el usuario tanto en las acciones del cuidado

indirecto como en las del cuidado directo serán desarrolladas de forma más democrática y consecuentemente, la gerencia del cuidado será realizada con mayor eficiencia y eficacia.

El DSC 03 aborda las limitaciones del área física del servicio de salud, que de acuerdo con el manual de estructura física de las unidades básicas de salud, esos establecimientos deben tener un área específica para las reuniones, donde deben ser desarrolladas las actividades de educación para la salud, lo que diverge del discurso de los enfermeros presentados en esta investigación⁽¹³⁾.

Lo que se espera de la estructura física de un establecimiento de asistencia a la salud de la Atención Básica, no es que ella sea perfecta o modelo, sino que pueda conformar en su espacio todas sus necesidades organizativas, gerenciales, asistenciales y de la comunidad⁽¹⁴⁾. Pues, con ese espacio físico adecuado, el enfermero irá a disponer de condiciones correctas para realizar las acciones de gerencia del cuidado.

Sim embargo, lo que se observa en la red nacional de Atención Básica son unidades de salud con conservación e higiene precarias, con presencia de infiltraciones e iluminación deficientes, además de varias ESF que son sedeadas en estructuras físicas que no fueron construidas para tal fin⁽¹⁵⁾.

Incluso, de acuerdo con el DSC 03 de los enfermeros, se nota la información relacionada a la falta de espacio específico para realizar las actividades desarrolladas por los profesionales del NASF. A pesar de ser de la competencia de las secretarías de salud de los municipios disponer un espacio físico adecuado en las unidades de salud, y garantizar los recursos de costeo necesario al desarrollo de las acciones mínimas descritas en el objetivo de las actividades de los diferentes profesionales que compondrán los NASF, no siendo recomendada una estructura física específica para el equipo de NASF⁽⁸⁾.

Fernandes MC, Silva LMS, Moreira TMM, Silva MRF. Factors involved in the management of nursing care: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 Sept [cited year month day]; 12 (2): 522-33. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4081>

Se entiende que la precaria estructura física es realmente un factor dificultador, pero no impeditivo de la gerencia del cuidado, principalmente en relación a las actividades de educación para la salud, como los grupos, pues los enfermeros pueden utilizar los equipamientos sociales de su territorio, como iglesias, parques y escuelas, para realizar esas acciones, lo que puede proporcionar mayor interacción con la propia comunidad.

Se nota también, de acuerdo con el DSC 03, la ausencia de vehículo como un factor impeditivo para ejecutar la gerencia del cuidado del enfermero, ya que el modelo de trabajo de la Atención Básica previene la inserción de este profesional en la comunidad para realizar diversas actividades, como las visitas domiciliarias y las actividades educativas. Pero esas acciones se quedan limitadas a medida en que el enfermero no posee un transporte disponible para su locomoción.

El apoyo da secretaría de salud especialmente en el suministro de recursos materiales, conforme apuntado en el DSC 04 de los enfermeros, converge con las directrices y normas del decreto de la Atención Básica, las cuales determinan que las secretarías municipales de salud deban garantizar recursos materiales, equipos e insumos suficientes para el funcionamiento de las unidades de salud y para la ejecución del conjunto de acciones propuestas⁽⁸⁾.

Con ese apoyo, el enfermero tendrá condiciones de prever y proveer recursos, lo que viabilizará la continuidad del plan de acciones y la interface entre el proceso de trabajo cuidar y gerenciar, o sea, la realización de la gerencia del cuidado⁽¹⁶⁾.

Otro punto a ser destacado en el DSC 04 son las constantes capacitaciones ofrecidas por la gestión. Lo que más una vez está de acuerdo con el decreto de la Atención Básica, porque es papel de la secretaría de salud desarrollar

acciones y articular instituciones para la formación y garantía de educación permanente de los profesionales de la ESF⁽⁷⁾.

De esta forma, es esencial que esas capacitaciones tomen como referencia las necesidades de salud de las personas y de las poblaciones, teniendo como objetivo la transformación de las prácticas profesionales y de la propia organización del trabajo y así, la realización del proceso de trabajo en la dimensión de la gerencia del cuidado del enfermero con más eficiencia y eficacia⁽¹⁷⁾.

Sim embargo, es importante mencionar que estos hallazgos divergen de los encontrados en el país como un todo, siendo frecuente la presencia de fallas en la formación de los profesionales de la Atención Básica y en la educación permanente en el servicio donde ellos están inseridos⁽¹⁸⁾.

En el municipio donde fue realizada la investigación, las unidades de salud están divididas por Áreas de Vigilancia a la Salud (AVISA). Siendo que cada AVISA está bajo la responsabilidad de una gerencia, que posee de tres a seis unidades de salud, donde, cada una de esas unidades, tiene un coordinador administrativo, responsable por orientar los trabajos locales.

La presencia del gerente de la AVISA y del coordinador de la unidad es fundamental para el enfermero, según el DSC 04, pues en diversos municipios ese profesional es quien se queda responsable por las actividades administrativas y de coordinación de la unidad, además de representar el eslabón de comunicación entre la ESF y la secretaría municipal de la salud⁽¹⁹⁾.

Por tanto, con la presencia del gerente de la AVISA y del coordinador de la unidad, hay una disminución del exceso de actividades realizadas por el enfermero, haciendo con que él se dedique más a las atribuciones de su categoría profesional, entre ellas, las acciones de gerencia del cuidado.

Se puntúa, conforme el DSC 05 de los enfermeros, la mención sobre la importancia del trabajo en equipo en el contexto de la ESF. De este modo, la presencia de diferentes formaciones profesionales, así como de un alto grado de articulación entre ellos, es esencial. De tal forma que no sólo las acciones sean compartidas, sino también que tenga lugar un proceso interdisciplinar en el que gradualmente los núcleos de competencia profesionales específicos vayan enriqueciendo el campo común de competencias y ampliando, así, la capacidad de cuidado de todo el equipo de la ESF⁽⁸⁾.

De acuerdo con el DSC 05 de los enfermeros, lo que favorece alcanzar la integralidad de la atención y la interdisciplinariedad de las acciones es la existencia del NASF y la sociedad con el Agente Comunitario de la Salud (ACS).

Por lo que se comprende, que el trabajo en equipo, facilitado, principalmente por la interacción con los profesionales del NASF y los ACS, contribuirá para articular el cuidado con la gerencia, puesto que el enfermero será capaz de apropiarse con más eficiencia de las herramientas e instrumentos de gerencia, como el planeamiento, la evaluación, la coordinación y comisión de actividades, lo que proporcionará la realización correcta del proceso de trabajo en la dimensión de la gerencia del cuidado⁽¹⁾.

En el DSC 06 los enfermeros discutieron acerca de la autonomía, la cual ellos poseen en la ejecución de las acciones en la ESF, como siendo un factor que contribuye para realizar la gerencia del cuidado.

El enfermero, por medio de su actuación efectiva en la ESF, gana cada vez más espacio, autonomía y poder de decisión en el equipo, dejando de ser un complemento e instrumento del trabajo médico y pasando a configurarse como una parcela del trabajo colectivo en la salud, corresponsable por la construcción de los servicios en salud, con sus saberes y prácticas

relacionadas a las necesidades sociales y de la salud de la población⁽²⁰⁾.

Entonces, la autonomía del enfermero se vuelve más expresiva en el ámbito de la ESF, por medio de las acciones de prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, como las actividades educativas, lo que posibilita más independencia, tanto en el planeamiento como en la concretización de las acciones de cuidado, y por consecuencia, la efectividad de la gerencia del cuidado.

CONCLUSIÓN

Esta investigación identificó las principales dificultades y facilidades para realizar las acciones de la gerencia del cuidado por el enfermero, o sea, los factores intervinientes en la ejecución de las actividades de cuidado directo y el cuidado indirecto de forma articulada e integrada en la ESF.

Esos resultados demuestran que la Atención Básica es un ambiente aún permeado por ambivalencias, pues unas veces viabiliza las posibilidades de construcción de una interface entre esas dos dimensiones del proceso de trabajo, a partir del momento en que hay condiciones de continuidad y ejecución de las acciones planeadas; y otras veces presenta obstáculos en la búsqueda por la integralidad y la complementariedad entre el cuidado y la gerencia, por fomentar la comisión de esas actividades, especialmente debido a la precarización del proceso de trabajo y el énfasis en el modelo de asistencia tradicional.

Se destaca también que la conjetura que facilita la gerencia del cuidado por el enfermero adviene del apoyo y de la oferta de condiciones mínimas de trabajo por la presencia de gestores, en las Áreas de Vigilancia a la Salud, próximos y abiertos para darles soporte en la provisión de

insumos, arreglos de materiales, en el adecuado cuadro de trabajadores y en las capacitaciones amparadas en la educación permanente. Gestores próximos y que auxilian en la organización del trabajo de los equipos de ESF potencializan la cooperación entre los miembros del equipo y la autonomía del enfermero para que éste haga la gerencia las actividades de promoción de la salud.

A su vez, las condiciones de trabajo inadecuadas, como la falta de estructura y el equipo mínimo, perjudican la realización de las actividades de atendimento domiciliar y de educación en la salud. Además de eso, todavía el modelo solo de cura y medicamentos influye en las percepciones de la comunidad sobre la producción de salud, haciendo que las acciones de prevención y promoción de la salud no sean valorizadas y reconocidas por los usuarios.

Es importante resaltar que los resultados obtenidos en esta investigación poseen limitaciones, ya que fue desarrollada en la ESF de un municipio, por lo que no se puede generalizar para los otros servicios de la Atención Básica de alcance nacional, pues depende de la realidad de la salud de la población y de la dinámica del proceso de trabajo de los enfermeros de cada territorio.

Además de eso, este estudio no pretende agotar las cuestiones presentadas y discutidas en esta investigación, sino, despertar y sensibilizar nuevas discusiones sobre la gerencia del cuidado del enfermero en la ESF, principalmente enfatizando la horizontalidad y la agregación de tecnologías de relacionamiento y corresponsabilidad de las acciones de salud, proporcionando cuidado ético, humano e integral.

CITAS

1. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitala-

res: 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

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: Kurcgant 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
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
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
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
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
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
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>

Recibido: 24/10/2012

Revisado: 15/05/2013

Aprobado: 22/08/2013