

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

GRAZIELA BECK PORTO

**DO CORREDOR AO CONSULTÓRIO:
diversidade e multifuncionalidade da Consulta de Enfermagem
na Atenção Básica de Porto Alegre-RS**

PORTO ALEGRE

2007

GRAZIELA BECK PORTO

**DO CORREDOR AO CONSULTÓRIO:
diversidade e multifuncionalidade da Consulta de Enfermagem
na Atenção Básica de Porto Alegre-RS**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Marta Julia Marques Lopes

PORTO ALEGRE

2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Porto, Graziela Beck

Do corredor ao consultório [manuscrito] : diversidade e multifuncionalidade da consulta de enfermagem na Atenção Básica de Porto Alegre-RS / por Graziela Beck Porto. – Porto Alegre, 2007. 125 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2007.

"Orientação: Prof^a. Dra. Marta Julia Marques Lopes"

1. Enfermagem 2. Atenção Básica de Saúde 3. Consulta de Enfermagem 4. Estratégia Assistencial I. Lopes, Marta Julia Marques. II. Título.

CDD 610.73
CDU 616-083

Bibliotecária Responsável
Gilmara F. Gomes CRB-10/1367

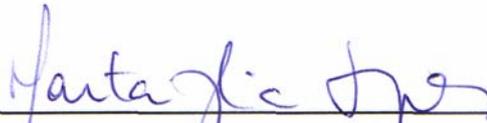
GRAZIELA BECK PORTO

**DO CORREDOR AO CONSULTÓRIO:
diversidade e multifuncionalidade da Consulta de Enfermagem
na Atenção Básica de Porto Alegre-RS**

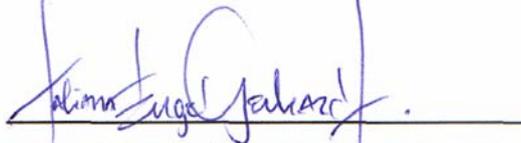
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 23 de dezembro de 2005.

BANCA EXAMINADORA



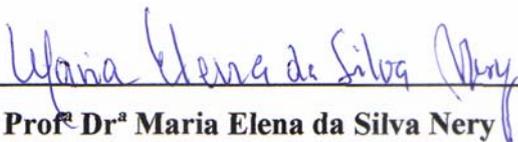
Profª Drª Marta Julia Marques Lopes (Orientadora)



Profª Drª Tatiana Engel Gerhardt



Profª Drª Maria Alice Dias da Silva Lima



Profª Drª Maria Elena da Silva Nery

RESUMO

Este estudo descreve e analisa o universo da Consulta de Enfermagem (CE) desenvolvida por enfermeiras da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre. Foram analisados 95 serviços de saúde de diferentes origens institucionais como: Unidades de Saúde; Unidades de Saúde da Família; Ambulatórios e Centros de Saúde; Unidades Particulares/Conveniadas e Unidades Mistas, localizadas em diferentes regiões do município de Porto Alegre. O número total de enfermeiras que aceitaram participar foi de 127, correspondendo a 80,9% da população das que atuam na Atenção Básica. Entre os objetivos constam descrever o universo dessa prática assistencial considerando concepções e métodos, o perfil das enfermeiras e sua inserção nos serviços de Atenção Básica de Saúde. O delineamento deste estudo é exploratório e descritivo, transversal, com abordagem analítica quanti-qualitativa. A coleta de dados baseou-se em um formulário e um guia de entrevistas. Revelou um universo heterogêneo, diversificado e multifuncional em relação à prática da CE pelas enfermeiras no cotidiano dos serviços de saúde. Dentre elas, 85,8% das entrevistadas desenvolvem CE, evidenciando essa prática como central na sua atuação profissional. A atuação na CE influencia e é influenciada pelas interações de trabalho; pela composição das equipes de saúde; pelo local de realização da consulta; pelas demandas assistenciais; pelas estratégias de acesso dos usuários ao serviço; pelas exigências e protocolos institucionais através de programas de saúde pública e acolhimento, e pela própria concepção de CE que cada enfermeira dá para a sua prática profissional. Evidenciou-se que a CE configura-se em estratégia assistencial substancial à demanda dos serviços, representada nos quantitativos de atendimentos e na complexidade das situações de saúde e de doença da clientela. Pode-se afirmar que existem diferentes concepções e práticas de CE, sendo definidas por um leque de ações que se estendem da formalidade a informalidade nos diferentes espaços dos serviços. Por fim, constata-se que a prática da CE foi ampliada e fortalecida com a implantação da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica de Porto Alegre nos últimos anos.

Descritores: Enfermagem; Atenção Básica de Saúde; Consulta de Enfermagem - perfil, métodos, clientela; Estratégia Assistencial.

Limites: *Enfermagem; Enfermeiras; Consulta de Enfermagem; Atenção Básica de Saúde.*

RESUMEN

Este estudio describe y analiza el universo de la Consulta de Enfermería (CE) desarrollada por enfermeras de la Red de Servicios de Atención Básica de Salud de Porto Alegre. Fueron analizados 95 servicios de salud de diferentes orígenes institucionales como: Unidades de Salud; Unidades de Salud de la Familia; Ambulatorios y Centros de Salud; Unidades Particulares/Conveniadas y Unidades Mixtas, localizadas en diferentes regiones del municipio de Porto Alegre. El número total de enfermeras que participaron fue de 127, correspondiendo a 80,9% de la población de las que actúan en la atención básica. Entre los objetivos constan describir el universo de esta práctica asistencial considerando concepciones y métodos, el perfil de las enfermeras y su inserción en los servicios de atención básica de salud. El delineamiento de este estudio es exploratorio y descriptivo, transversal, con abordaje analítica cuanti-cualitativa. La colecta de datos se basó en un formulario-guía de entrevistas. Reveló un universo heterogéneo, diversificado y multifuncional en relación a la práctica de la CE por las enfermeras en el cotidiano de los servicios de salud. Entre ellas 85,8% de las entrevistadas desarrollan CE, evidenciando esa práctica como central en su actuación en ese ámbito de la salud. Esa actuación en la CE influencia y está influenciada por las interacciones de trabajo; por la composición de los equipos de salud; por el lugar donde se realiza de la consulta; por las demandas asistenciales; por las estrategias de acceso de los usuarios al servicio; por las exigencias y protocolos institucionales a través de programas de salud pública y acogimiento. Se evidenció que la CE se configura en estrategia asistencial substancial a la demanda de los servicios, representada en los cuantitativos de atendimientos y en la complejidad de las situaciones de salud y de enfermedad de la clientela. Se puede afirmar que existen diferentes concepciones y prácticas de CE, siendo definidas por un conjunto de acciones que se extienden de la formalidad a la informalidad en los diferentes espacios de los servicios. Se constata que la práctica de la CE fue ampliada y fortalecida con la implementación de la Estrategia de Salud de la Familia en la atención básica de Porto Alegre en los últimos años.

Descriptor: *Enfermería; Atención Básica de Salud; Consulta de Enfermería – perfil, concepciones, métodos, clientela; Estrategia Asistencial*

Límites: *Enfermería; Enfermeras; Consulta de Enfermería, Atención Básica de Salud.*

ABSTRACT

This study describes and analyses the environment of Nursing Consultation (NC) developed by nurses of the Basic Health Attention Service Network in Porto Alegre. Ninety five (95) health services of different institutional origins were analyzed, they are: Health Units; Family Health Units; Polyclinic and Health Centers; Private/Covenanted Units; and Mixed Units, located in different regions of Porto Alegre. The total number of nurses who participated was 127, corresponding to 80,9% of the population of the ones who work in the basic attention. Among the objectives of this study there are the description of the universe of the assistance practice which takes into consideration the concepts and methods, the profile of the nurses and their insertion in the basic health attention service. The outline of this study is exploratory, descriptive and transversal, with an analytical quanti-qualitative approach. The collection of the data was based in a form of interviews. After the analysis, the mentioned universe showed to be heterogeneous, diversified and multifunctional in relation to the practice of the NC performed by the nurses in their daily work in the health service. Among them, 85,8% of the interviewees work with NC, they evidence such practice as being core in their acting in this kind of health service. Their acting in NC influences and it is influenced by work interactions; by the composition of the health teams; by the place of the consultation; by the demands of assistance; by strategies of users' access to the service; and, by the requirements and institutional protocols through programs of public health. It was made evident that NC is a substantial assistance strategy to the demands of the service, which is represented in the high number of consultations and in the complexity of the health situations and patients' sickness. We can affirm that there are different conceptions and practices of NC. They may be defined by a varied range of actions which go from the formality to the informality in different places which offer health service. It was verified that the practice of NC was amplified and fortified with the implantation of the Family Health Strategy in basic attention which happened in the city of Porto Alegre in the last years.

Descriptors: *Nursing; Basic Health Attention; Nursing Consultation - profile conceptions, methods, clientage; Assistance Strategy*

Limits: *Nursing; Nurses; Nursing Consultation; Basic Health Attention.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas aquelas pessoas que contribuíram de alguma forma para a elaboração deste trabalho.

À professora Marta Julia Marques Lopes, minha orientadora, pelo incentivo e pelas críticas construtivas.

Às pessoas que me ajudaram na realização das entrevistas, proporcionando a realização deste estudo: Vivian Elizabeth Araújo, Rosana Maffaciolli e Ângela da Silva Lupi.

Às professoras do Mestrado da Enfermagem pelas discussões, construções e desconstruções de conhecimentos.

Aos colegas do Mestrado pelo apoio e convívio, inclusive nos momentos de descontração.

Ao Programa de Fomento à Pós-Graduação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior, pela bolsa de mestrado ofertada a nós, estudantes.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, à Escola de Enfermagem, ao Programa e às professoras do Curso de Pós-Graduação dessa Escola, pelo aprendizado, pelo enriquecimento intelectual, moral e pela admirável valorização de nossa profissão.

Ao meu pai, que me auxiliou durante a pesquisa como motorista e “agente pesquisador”.

À minha mãe, que, mesmo não tendo “altos estudos”, sempre acreditou em mim e me incentivou.

A minha irmã Zuky, mesmo à distância.

Ao meu companheiro Teonísio, por todo apoio, carinho e tolerância nos momentos de angústia e de alegria.

TRÊS COISAS...

*De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando.
A certeza de que precisamos continuar.
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar.
Portanto, devemos fazer.
Da interrupção, um caminho novo.
Da queda, um passo de dança.
Do medo, uma escada.
Do sonho, uma ponte.
Da procura, um encontro.*

Fernando Pessoa

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn -	Associação Brasileira de Enfermagem
ABS -	Ambulatório Básico de Saúde de Centro de Saúde
ASSEPLA -	Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.
BCF -	Batimentos Cardíacos Fetais
BDA -	Boletim Diário de Atendimento
CE -	Consulta de Enfermagem
COFEN -	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-RS -	Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
CREMERS -	Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
CS -	Centro de Saúde
DIU -	Dispositivo intra-uterino
EENF/UFRGS -	Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
FASC -	Fundação de Assistência Social e Cidadania, da Prefeitura Municipal de Porto Alegre
GESC -	Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
GHC -	Grupo Hospitalar Conceição
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HMV -	Hospital Moinhos de Vento
MS -	Ministério da Saúde
NANDA -	North American Nursing Diagnoses Association
PSF -	Programa de Saúde da Família
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SERGS -	Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul
SMS/POA -	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SOC -	Subjetivo, objetivo, conduta
SOIC -	Subjetivo, objetivo, interpretação, conduta
SSC/GHC -	Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

SUDS -	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFRGS -	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US -	Unidade de Saúde
USC -	Unidade de Saúde Conveniada
USF -	Unidade de Saúde da Família
USM -	Unidade de Saúde Mista
VD -	Visita domiciliar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa Geral de Porto Alegre-RS por Regiões, 2004	48
Figura 2 -	Realização da CE pelas enfermeiras dos serviços de Atenção Básica de Porto Alegre-RS	52
Figura 3 -	Prescrição medicamentosa, solicitação de exames laboratoriais e outros exames na CE, Porto Alegre-RS	94
Figura 4 -	Modalidades de captação de pacientes para a CE pelas enfermeiras que atuam na Atenção Básica, Porto Alegre-RS	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Tipo de serviço de Atenção Básica de Saúde e tempo de funcionamento, Porto Alegre-RS	46
Tabela 2 -	Origem institucional dos serviços na Atenção Básica de Porto Alegre-RS	47
Tabela 3 -	Localização dos serviços de saúde de Atenção Básica em Porto Alegre-RS	48
Tabela 4 -	Composição das equipes de saúde e o tipo de serviço de saúde, na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS	50
Tabela 5 -	Faixas etárias da população de enfermeiras atuantes na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS	51
Tabela 6 -	Origem das instituições e o exercício das CEs pelas enfermeiras na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.....	53
Tabela 7 -	Localização das instituições e o exercício das CEs pelas enfermeiras na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS	54
Tabela 8 -	Tipo de serviço de saúde e exercício da CE pelas enfermeiras da Atenção Básica de Saúde Porto Alegre-RS	55
Tabela 9 -	Composição da equipe de saúde e o exercício das CEs pelas enfermeiras na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS	56
Tabela 10 -	Tempo de exercício da CE pelas enfermeiras da Atenção Básica de Saúde Porto Alegre-RS	57
Tabela 11 -	Tempo de trabalho das enfermeiras nas instituições de Atenção Básica de Porto Alegre-RS	58
Tabela 12 -	Tempo de serviço na área de enfermagem das enfermeiras da Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS	59
Tabela 13 -	Tempo de serviço na área de saúde pública das enfermeiras da Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS	59
Tabela 14 -	Regime de trabalho semanal das enfermeiras nas instituições de saúde da Atenção Básica de Porto Alegre-RS	60

Tabela 15 -	Formação acadêmica e técnica das enfermeiras dos serviços de saúde de Atenção Básica, Porto Alegre-RS	60
Tabela 16 -	Formação especializada das enfermeiras dos serviços de saúde de Atenção Básica de Porto Alegre-RS	61
Tabela 17 -	Cursos de mestrado realizados por enfermeiras dos serviços de saúde de Atenção Básica de Porto Alegre-RS	62
Tabela 18 -	Formação acadêmica e/ou aperfeiçoamento técnico em Consulta de Enfermagem das enfermeiras na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS	63
Tabela 19 -	Local de Obtenção da formação / capacitação em CE pelas enfermeiras da Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS	63
Tabela 20 -	Ano de formação acadêmica em graduação em enfermagem das enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS	64
Tabela 21 -	Ano da última formação acadêmica das enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS	65
Tabela 22 -	Existência de treinamento / capacitação em CE na instituição atual, Porto Alegre-RS	67
Tabela 23 -	Usuários classificados por categorias etárias e sexo atendidos pelas enfermeiras nas CEs, Porto Alegre-RS	69
Tabela 24 -	Presença de CE agendada e CE “do dia” nos serviços de saúde de Atenção Básica, Porto Alegre-RS	72
Tabela 25 -	Motivos informados pelas enfermeiras que realizam CE nos serviços de saúde de Atenção Básica, Porto Alegre-RS	73
Tabela 26 -	Motivos informados pelas enfermeiras para não realizar CE nos serviços de saúde de Atenção Básica, Porto Alegre-RS	77
Tabela 27 -	Utilização de processos metodológicos para a realização das CEs pelas enfermeiras que desenvolvem CE nas Unidades de Atenção Básica, Porto Alegre-RS	79
Tabela 28 -	Processos metodológicos (específicos ou não) utilizados pelas enfermeiras que desenvolvem CE nas Unidades de Atenção Básica, Porto Alegre-RS	79

Tabela 29 -	Processos metodológicos de CE utilizados pelas enfermeiras que realizam CE nas Unidades de Atenção Básica, Porto Alegre-RS	80
Tabela 30 -	Tempo de duração da CE na agenda das enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS	87
Tabela 31 -	Razões que interferem no tempo das CEs entre as enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS	89
Tabela 32 -	Média de CEs realizadas por semana, segundo informações das enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS	91
Tabela 33 -	Local no serviço de saúde onde se realizam as CEs pelas enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS	92
Tabela 34 -	Processos coletivos de trabalho entre enfermeira e os demais profissionais que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS	93
Tabela 35 -	Solicitação de exames laboratoriais ou outros exames na CE entre as enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS	95
Tabela 36 -	Procedimentos das enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde em face da terapia medicamentosa na CE, Porto Alegre-RS	97
Tabela 37 -	Prescrição medicamentosa pelas enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde e profissionais envolvidos na CE, Porto Alegre-RS	98
Tabela 38 -	Origem dos usuários de saúde para as CEs na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS	100
Tabela 39 -	Profissionais de saúde não médicos que encaminham pacientes para CEs, Porto Alegre-RS	101

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	22
2.1	Evolução histórica da Consulta de Enfermagem no Brasil	22
2.2	A Consulta de Enfermagem como estratégia metodológico-assistencial	29
2.3	Objetivos	34
3	METODOLOGIA	35
3.1	Delineamento do estudo	35
3.2	O campo empírico e os sujeitos	36
3.3	Coleta de dados	37
3.4	Análise de dados	38
3.5	Limites e possibilidades da abordagem do campo	39
3.6	Aspectos éticos	41
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	42
4.1	Tipos de serviços de saúde da Rede de Atenção Básica do município de Porto Alegre	42
4.1.1	Centros de saúde	42
4.1.2	Unidades de saúde	43
4.1.3	Unidades de saúde da família	44
4.1.5	Os serviços de saúde de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre sob a ótica do Estudo	45
4.2	O perfil das enfermeiras dos serviços de saúde e o exercício da Consulta de Enfermagem	51
4.3	A Consulta de Enfermagem e a modalidade assistencial	68
4.4	O exercício da Consulta de Enfermagem: motivações / desmotivações	73
4.5	A Consulta de Enfermagem como processo metodológico: diversidade	78
4.6	Processo de trabalho das enfermeiras e a Consulta de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde	86
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	107

APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados	113
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	124
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125

1 INTRODUÇÃO

A prática e as reflexões a respeito da Consulta de Enfermagem (CE), desenvolvida nos serviços de Atenção Básica de Porto Alegre-RS, motivaram-me a escrever e desenvolver esta dissertação. Esta dissertação é requisito para a Conclusão do Curso de Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENF/UFRGS).

Durante minha formação acadêmica e profissional, muitas foram as indagações relacionadas à CE, mais especificamente sobre o seu formato metodológico enquanto estratégia assistencial da enfermagem e das enfermeiras em particular. Questionava-me com relação aos referenciais teóricos e metodológicos da CE, e se conseguiam explicar esta ação privativa da enfermeira¹ em seu processo de trabalho, que julgo, a princípio, estar além do que está proposto atualmente.

A motivação para a escolha do tema foi minha formação acadêmica e atuação profissional no exercício da CE, identificando assim a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os instrumentos técnicos para atuação com os sujeitos e objetos da prática da enfermagem. Além disto, integro às discussões sobre a atuação da enfermeira na CE, através do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC)², e de órgãos representativos e disciplinadores das profissões da área da Enfermagem, como Conselho Regional de Enfermagem (COREN-RS), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul (SERGS).

Os estudos clássicos de Horta (1979) definem a CE como um meio de prestação de assistência realizada pelo profissional Enfermeiro ao indivíduo aparentemente sadio ou em tratamento ambulatorial, não-hospitalizado. Para Vanzin e Nery (2000), a CE é o “[...] primeiro contato com o cliente para a identificação dos problemas de saúde [...]” (p.5), podendo ser realizada em nível hospitalar, ambulatorial, à domicílio, em consultório particular ou em outro local. A meu ver, as definições de CE foram ampliadas, visto as mudanças nas políticas de saúde, nas competências das enfermeiras e na complexidade dos serviços de saúde, tornando-se difícil adotar um referencial teórico único para a CE.

¹ Optamos por definir “enfermeira” ao invés de “enfermeiro”, pelo fato de a Enfermagem ser majoritariamente feminina. Trata-se de profissional com diploma superior.

² Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, da EENF/UFRGS.

Nesse sentido, a CE tem sido desenvolvida para diferentes clientela, em diferentes situações de saúde e doença, em serviços de saúde públicos e privados, nas várias regiões do país. Tem sido realizada em hospitais, ambulatórios públicos e privados, Unidades Básicas de Saúde e, mais recentemente, no Programa de Saúde da Família (PSF), sendo expressiva na execução de Programas de Saúde Pública. No entanto, esta produção profissional técnica e relacional é pouco visível em termos de registros e/ou divulgação como proposta metodológica de intervenção de enfermagem.

A sistematização da CE, citada na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem atual, tem referencial originário dos estudos de Horta (1979). No entanto, penso, observa-se (in)definições filosóficas e metodológicas nas diferentes formas de agir das enfermeiras ao desenvolverem a CE. Existem divergências sobre a modalidade assistencial reconhecida e prerrogativa profissional e o seu uso como estratégia de demanda, e os limites de atuação das enfermeiras na utilização e produção de conhecimentos, considerando as interfaces de diferentes áreas e as prerrogativas dos demais profissionais que atuam no campo da saúde. Desta forma, a idéia de integralidade da atenção à saúde, na maioria das vezes, choca-se com as formas de produção e utilização do conhecimento, respondendo a metas produtivas e fragmentadas e a diversidade profissional implicada nesse processo.

Além disso, constata-se ausência de referencial teórico próprio nas CEs realizadas nos serviços de Atenção Básica, as quais, freqüentemente, seguem pressupostos programáticos ou protocolos assistenciais multidisciplinares. Em Porto Alegre, campo empírico deste estudo, pode-se questionar em que consiste a prática da CE desenvolvida pelas enfermeiras nos serviços e quais os referenciais teóricos e metodológicos utilizados. Evidencia-se, dessa forma, a necessidade de pensar a prática da CE na perspectiva metodológico-assistencial e onde e como a mesma se situa nos serviços de Atenção Básica de saúde no município.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 1999, p. 9), Atenção Básica conceitua-se como “[...] um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação.” Para isso, o MS considera necessário avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Pouco se conhece a respeito da prática cotidiana da CE nos serviços, no que ela consiste, no que ela significa para a população e em termos de impacto nos serviços. Este estudo, portanto, propõe-se a conhecer e analisar a prática da CE nos diferentes serviços de Atenção Básica à saúde de Porto Alegre-RS.

Os serviços públicos de Atenção Básica de Porto Alegre incluem Centros de Saúde (CSs) e Ambulatórios Básicos de CS (ABS), Unidades de Saúde (USs), Unidades de Saúde da Família (USFs) e Unidades de Saúde particulares-conveniadas (USCs) (PORTO ALEGRE, 2004a, 2004b, 2004c). Nesses serviços, diferentes profissionais desenvolvem atividades assistenciais e/ou Programas de Saúde Pública. A enfermagem representa a maioria dos profissionais em atenção nesse âmbito. Um dos profissionais atuantes é a enfermeira, a qual utiliza em seu processo de trabalho a CE, buscando atingir os objetivos e metas do planejamento programático local e de ações de intervenção na Atenção Básica de Saúde.

Nas discussões sobre as práticas de saúde, em especial na área da saúde coletiva, têm-se evidenciado a importância da abordagem multiprofissional na assistência ao indivíduo, à família e à comunidade. Cada vez mais reconhece-se que as intervenções de saúde não se centram em um único profissional, mas se constroem entre diferentes saberes e categorias profissionais, restritas ou não à área da saúde.

Frente a isso, concordamos com Maciel e Araújo (2003) quando afirmam que cada profissional envolvido necessita ter domínio da área que está sob sua responsabilidade, não só do ponto de vista do conhecimento científico, mas também de suas implicações éticas, sociais e políticas. Na prática, considera-se que este assunto requer aprofundamentos no campo da saúde coletiva, visto que permanecem divergências quanto às competências profissionais entre as categorias que trabalham na saúde, aliadas às contínuas mudanças no mundo do trabalho.

Na perspectiva da Atenção Básica de Saúde, de diferentes formas, busca-se transformação nesse processo de divergências profissionais, estruturando e consolidando uma rede de serviços de saúde (Unidades Básicas de Saúde), viabilizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a educação em saúde. Dentre essas ações, pode-se citar o diagnóstico e tratamento precoces, o atendimento de urgências de baixa complexidade, os cuidados básicos a doentes crônicos e egressos de internações, os cuidados básicos a portadores de deficiências e referência para serviços de média e alta complexidade, entre outros (BRASIL, 2002).

Entretanto, as ações descritas pelo MS, até o presente momento, têm, a nosso ver, um caráter predominantemente médico-assistencialista, com indefinição das ações profissionais dos diferentes atores envolvidos, em especial a enfermagem, que é numericamente majoritária na Atenção Básica. Essas indefinições podem ser motivo de divergência entre os profissionais da área da saúde com relação às práticas de trabalho cotidianas, além das questões éticas implicadas nos princípios do SUS e nas competências profissionais.

Complementando essa idéia, Takeda (2004) refere que os problemas de saúde apresentados por qualquer população são de diversas naturezas, afetam todos os órgãos e sistemas e muitas vezes não são estritamente médicos. Diz ainda a autora que, entre os problemas mais freqüentes, encontram-se aqueles de grande complexidade, exigindo intervenções sobre indivíduos, famílias e grupos sociais, bem como englobando elementos de diferentes disciplinas, como biomedicina, sociologia, antropologia, psicologia, educação, entre outros. Ressalta-se que os problemas de saúde e doença são também construções sociais (culturais), ao mesmo tempo em que biológicos.

Acredita-se que isso é evidenciado, principalmente, no campo da Atenção Básica, em especial na prevenção e recuperação de problemas de saúde, espaço de trabalho em que, muitas vezes, as atuações profissionais se misturam. Podemos constatar esse fato, principalmente, em relação à CE, no momento em que a enfermeira realiza orientações para a educação em saúde. A educação em saúde pode e deve ser realizada por diferentes profissionais da saúde, a fim de que a integralidade da assistência seja alcançada na sua plenitude, levando-se em conta os aspectos biológicos e sociais.

Entretanto, existem questionamentos sobre a abrangência da prática da CE por órgãos disciplinadores de diferentes categoriais profissionais (em especial, o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul - CREMERS), resultando, muitas vezes, em dificuldades para a prática dessa atividade e o pleno desempenho profissional da enfermeira. Estes órgãos consideram que a enfermeira utiliza conhecimentos não próprios de seu campo de atuação, que estão além de sua competência, como a prescrição de medicamentos, mesmo havendo uma lei que possibilita sua prática através de protocolos autorizados pelos serviços de saúde.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, de 1986, diz que a CE é uma atividade privativa do Enfermeiro, que, de acordo com Vanzin e Nery (2000), deve ser executada de forma autônoma, sem a necessidade do acompanhamento de outro profissional durante a CE e o mesmo pode referenciar o cliente para outros profissionais. Em relação ao Ministério da Saúde, existem poucas referências sobre as atribuições do Enfermeiro na execução da CE, embora esteja citada como uma atividade a ser executada na Atenção Básica. Já a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA), por exemplo, apresenta um manual de ações de enfermagem, que inclui práticas técnicas realizadas em serviços de Atenção Básica, sem se referir a CE como metodologia assistencial, voltada na maior parte para prescrição medicamentosa.

Nesse sentido, permite-se questionar se a CE é realmente uma estratégia de enfermagem, visto que não existe metodologia assistencial própria desta atividade na Atenção

Básica de Porto Alegre. Pode-se afirmar que sua principal finalidade tem relação com as demandas que chegam aos serviços de saúde, a fim dar resposta / atendimento a suas necessidades? Enfim, estamos diante de uma estratégia metodológica de enfermagem ou de uma estratégia de demanda?

Desta forma, pensa-se que é necessário conhecer a CE nas formas com que ela se apresenta na prática cotidiana, a fim de avançar nas discussões com o propósito de aperfeiçoar as intervenções de enfermagem nesse âmbito.

Apesar destas dificuldades, alguns estudos têm mostrado que a CE tem sido resolutive para os problemas de saúde da população atendida. Dentre os estudos, encontramos Lautert, 1979; Rheingantz, 1979; Santos e Mendes, 1983; Santos, 1987; Oliveira, 1988; Vanzin, 1988; Dias, 1991; Gonçalves, 1992; entre outros. Constata-se que muitos saberes são construídos no processo de trabalho local, juntamente com a população, embora pouco divulgados no círculo acadêmico e não sistematizados como registro de atos profissionais.

A partir desses questionamentos e motivações, apresentamos esta dissertação que se inicia por tópicos da evolução histórica da CE no Brasil, como sustentação do problema de investigação, e como forma de discutir os preceitos conceituais e metodológicos da CE nos estudos já realizados. Posteriormente, apresentamos os objetivos e a metodologia do estudo, o campo empírico e os sujeitos da pesquisa. O capítulo 4 apresenta os resultados do estudo, e a dissertação finaliza-se com as considerações finais.

2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

2.1 Evolução histórica da Consulta de Enfermagem no Brasil

Através da análise de documentos oficiais reunidos em Santos *et al* (1997) e revisão bibliográfica de diferentes autores, como Castro (1975); Basso e Veiga (1998); Vanzin e Nery (2000); e Maciel e Araújo (2003), podemos constatar que o reconhecimento da CE esteve atrelado a muitos acontecimentos históricos até a elaboração da Lei do Exercício Profissional como a conhecemos. Especificamente, as autoras Maciel e Araújo (2003) dizem que a história da enfermagem brasileira coexistiu com a da CE, assim como a conquista do espaço para a realização da mesma no Brasil acompanhou as fases de ascensão e declínio da enfermagem como um todo, até sua implantação de forma definitiva.

Para tanto, as mesmas autoras resumiram a história da Consulta de Enfermagem no Brasil em quatro fases, as quais entendem como esclarecedoras e descrevemos a seguir.

Para as autoras, a primeira fase corresponde à época em que foi criada a Escola Ana Néri, no Rio de Janeiro, em 1923. Naquele momento, a enfermeira era valorizada a partir da atuação definida junto aos pacientes, tanto nos CS como nos domicílios, exercendo uma função educativa.

Vigorava, naquela época, o *modelo das campanhas sanitárias*, destinadas a combater as endemias urbanas (sobretudo, nos portos) e rurais, a fim de favorecer a exportação de produtos agrícolas, o que era essencial para a economia brasileira (CARVALHO *et al*, 2001).

Nessa fase, o apoio dos médicos brasileiros e das enfermeiras norte-americanas foi fundamental, e são considerados por Maciel e Araújo (2003) como responsáveis pela implantação da CE no país, pois enfatizaram muito o papel educativo da enfermeira. Antes da vinda das enfermeiras norte-americanas, a enfermagem era executada por pessoas leigas e/ou com pouca instrução, quadro este que foi se modificando com o passar dos anos.

Inicialmente, a CE era exercida de forma não oficial, direcionada às gestantes e crianças sadias, sendo, posteriormente, estendida aos portadores de tuberculose e outros programas da área de saúde pública. Salienta-se que, durante a década de 20, esse procedimento não tinha a denominação que hoje conhecemos. Era denominada de *entrevista pós-clínica*, por se tratar de procedimento delegado pela equipe médica à enfermeira, com a

finalidade de complementar a consulta médica (CASTRO, 1975; BASSO e VEIGA, 1998; MACIEL e ARAÚJO, 2003).

Apesar dos avanços da enfermagem, comparados com a realidade anterior, ainda não havia qualquer regulamentação profissional, assim como para outras profissões da saúde. Uma exceção era a medicina, que tinha alguma regulamentação em 1922, sem qualquer referência aos demais profissionais.

Em 1932, houve os primeiros passos para a regulamentação do exercício de algumas profissões de saúde, como médicos, odontólogos, farmacêuticos, parteiras e enfermeiras, o que se deu através do Decreto 20.931/32. As ações dos profissionais de saúde eram subordinadas e limitadas pela prática médica, resultando em um divisor de águas entre o que é de competência do médico e o que não é de competência do médico.

Esse momento corresponde à segunda fase histórica da CE, conforme Maciel e Araújo (2003), pois se caracterizou como um período de transição e declínio, vivenciado a partir das reformas ocorridas no país, da criação dos Ministérios da Educação e da Saúde em 1930, e da regulamentação do exercício da profissão da enfermagem. Carvalho *et al* (2001) complementam, afirmando que essas mudanças foram profundas para o país, principalmente a partir da revolução de 1930 que colocou Getúlio Vargas no poder, da quebra da bolsa de Nova York em 1929 e da longa crise do café. Isso fez deslocar o pólo da economia para os centros urbanos e para os empreendimentos industriais, surgindo, na estrutura da sociedade brasileira, um contingente de trabalhadores assalariados.

Podemos entender ainda melhor este período de declínio da enfermagem, enquanto articulada com a história da saúde pública, a partir dos estudos que Paiva (2003) realizou sobre a mesma a partir dos anos 1930. Esse autor diz que a história da saúde pública a partir desses anos, principalmente durante o período da ditadura getulista, é marcada por um processo de burocratização estatal, ocasionando, por conseguinte, uma crescente dificuldade na implementação de políticas públicas e assistência à saúde, e uma ampla divergência entre “os homens da ciência” e os “homens do estado”.

Desta forma, surge um dos primeiros passos para a futura criação do modelo médico assistencial que se consolidará somente após o início dos anos 1960, o qual inclui a instalação de uma estrutura previdenciária social para os trabalhadores. Mesmo assim, o sanitarismo campanhista continua sendo a principal característica da política de saúde nesse momento, destinado à população não vinculada ao mercado formal do trabalho (CARVALHO *et al.*, 2001).

É importante salientar que, neste momento histórico, a hegemonia médica se fazia presente na tomada de decisões das práticas profissionais em saúde, visto que era considerada mais capacitada e legitimada. Isso se revela inclusive através do artigo 38 do Decreto 20.931/32, que *terminantemente proibia* enfermeiros, massagistas e ortopedistas a instalarem consultórios para atender clientes, função esta considerada apenas de médicos.

Segundo Maciel e Araújo (2003), em 1938, no Rio de Janeiro, então capital federal, as enfermeiras conseguiram carrear, para a categoria, a organização dos serviços de saúde pública nos estados. Entretanto, esta atribuição foi suspensa no ano posterior, e a enfermeira, desta forma, perdia espaço na atuação direta ao paciente, sendo-lhe delegadas apenas funções normativas. Os autores dizem ainda que essa fase de instabilidade se estendeu até a segunda guerra mundial.

A terceira fase da evolução da CE no Brasil, correspondente ao pós-guerra, trouxe uma imagem mais positiva para a enfermagem e, conseqüentemente, para a CE. Sob sua responsabilidade, houve a criação e aperfeiçoamento de escolas de enfermagem, algumas incorporadas às universidades, e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública. Embora a enfermeira ainda fosse uma presença tímida nos hospitais da rede privada, isso já não ocorria na rede pública, estando a enfermeira em luta por maior espaço (MACIEL e ARAÚJO, 2003).

Era uma época em que, no país, se começava a formular um modelo alternativo de seguridade social, servindo de instrumento político eleitoral do governo. Esta modificação deve-se à industrialização do país, provocando uma acelerada urbanização e assalariamento de parcelas crescentes da população, que pressionam por assistência médica (CARVALHO *et al*, 2001).

Durante este período, existiram questionamentos sobre o papel, funções e atividades da enfermagem, antes da elaboração de uma Lei do Exercício Profissional. Destes questionamentos, resultaram dois processos de Consultoria Geral (nº 33.807/43 e 47.358/43), concernentes ao exercício profissional da enfermeira. Esses processos foram realizados pela Escola Paulista de Medicina, a pedido do Ministério de Estado dos Negócios do Trabalho e Previdência Social.

Entretanto, as divergências permaneceram, as quais culminaram em um novo exame de Consultoria Geral, ou seja, no Processo nº 47.358/43, Aviso nº 00059, de 24/01/1946. Este processo específico determinou que a enfermagem fosse, de fato, considerada numa profissão liberal e, portanto, conceituada autônoma, livremente exercida, ou seja, “[...] profissões do homem livre por oposição às do homem servil [...]” (SANTOS *et al*, 1997, p. 26).

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde, que, na prática, apenas incorporou a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde, com orçamento bastante escasso. Mantinha-se desta forma a dicotomia entre a saúde pública, mantida pelo MS, e a atenção médica individual, mantida pelo Ministério da Previdência Social, conforme Carvalho *et al* (2001).

Ainda assim, levou alguns anos até a regulamentação da lei de exercício profissional de enfermagem em 1955, através da Lei nº 2.604/55. Esta lei contemplava a enfermagem de forma parcial, sem descrição de suas ações específicas ou qualquer referência à área de saúde pública.

A partir de 1956, teve início a quarta fase da história da CE, que se configurava com melhores perspectivas para a profissão. Surgiam as primeiras pesquisas em enfermagem, a realização de congressos abordando pesquisas, as reformas do ensino das escolas de enfermagem e a inclusão da enfermeira nas equipes de planejamento de saúde.

No início dos anos 1960, o sistema previdenciário entra em crise e se torna deficitário, visto que o aumento dos benefícios para os trabalhadores não foi acompanhado de aumento da receita. A ampliação da seguridade social e da assistência médica a novas categorias sociais ajuda a piorar esta situação (CARVALHO *et al*, 2001).

Os autores salientam que a industrialização e a urbanização trazem uma mudança no quadro nosológico, ou seja, aumento de doenças de massa, que resultavam e eram agravadas pelas condições de vida e de trabalho, em lugar das doenças pestilenciais. Isso fez com que a assistência médica individual ganhasse ainda mais força, aliada ao avanço tecnológico da área. Vigorará hegemônico, portanto, o modelo médico-assistencial privatista dos anos 1960 até meados dos anos 1980.

Em 1961, a fim de descrever o exercício da Enfermagem, surge o Decreto nº 50.387/61, que suplementou a Lei nº 2.604/55. Pelo Artigo 2º deste Decreto, o exercício da enfermagem foi entendido como a execução de atos visando:

- a) observação, cuidado e educação sanitária do doente, da gestante ou do acidentado; b) administração de medicamentos e tratamentos prescritos por médico; c) educação sanitária do indivíduo, da família e outros grupos sociais para a conservação e recuperação da saúde e prevenção de doenças; d) aplicação de medidas destinadas à prevenção de doenças. (SANTOS *et al*, 1997, p. 33).

Ainda assim, este Decreto é omissivo quanto ao exercício de enfermagem como profissão liberal. Consta-se no texto que as ações de enfermagem estavam atreladas à profissão médica, destinadas à execução e realização de prescrições médicas, e a educação em saúde para prevenção de doenças.

No Decreto citado, ainda permaneceu vedada a *todo o pessoal de enfermagem* a instalação de consultórios para atender clientes. Cabia ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde na época, fiscalizar *tudo quanto se relacionasse com o exercício da enfermagem*.

Mesmo assim, as ações de enfermagem relacionadas à educação em saúde continuaram a existir numa espécie de anonimato. Nesse contexto, Maciel e Araújo (2003) afirmam que a denominação "Consulta de Enfermagem" surge, no Brasil, na década de 60. Castro (1975) e Vanzin e Nery (2000) complementam a afirmação, dizendo que essa denominação foi criada em 1968 por profissionais que participaram de um Curso de Planejamento de Saúde da Fundação de Ensino Especializado de Saúde Pública do Rio de Janeiro.

A partir daí, houve a difusão da CE no Brasil, especialmente com o Seminário Nacional sobre o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, organizado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde (VANZIN e NERY, 2000).

Em 1973, foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, que, a partir de então e até os dias de hoje, agem como os órgãos disciplinadores e fiscalizadores do exercício profissional de enfermagem. Desta forma, a medicina deixava de exercer poder máximo sobre a enfermagem.

Além disso, durante a década de 70, principalmente em sua segunda metade, cresce a discussão por reformas nas políticas de saúde, culminando na Reforma Sanitária na década de 80. Entre as idéias em discussão, encontravam-se os conceitos de Medicina Comunitária, Atenção Primária à Saúde, entre outras (CARVALHO *et al*, 2001).

Em 1986, através da conhecida Lei nº 7.498, tem-se a regulamentação atualizada do exercício profissional da enfermagem. Essa legislação mostra, pela primeira vez, legalmente a Consulta de Enfermagem como uma atividade privativa do Enfermeiro, embora já viesse sendo realizada desde a década de 60 com esta denominação (MELLEIRO, 2001). Mesmo

com a existência da lei, a mesma ainda não descrevia a CE em relação a sua finalidade e metodologia.

As mudanças ocorridas na Política de Saúde do país, aliadas a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, fazem evoluir a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Em 1988, há a aprovação da Constituição Federal, levando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO *et al*, 2001).

Nesse contexto e, através da Resolução do COFEN-159, de 1993, a CE foi descrita como a utilização de componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem para a promoção, prevenção, proteção à saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Através do seu Artigo 1º, estabelece que, “[...] em todos os níveis de assistência à saúde, seja em Instituição Pública ou Privada, a CE deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem”.

Nessa perspectiva, Maciel e Araújo (2003) dizem que foi fator decisivo para a implementação da CE no Brasil a consolidação do trabalho da enfermeira na área da saúde pública. Concordamos com as autoras, e salientamos que essa afirmativa se consolida principalmente após a implantação do PSF como estratégia de implantação do SUS.

Acreditamos que, a partir do surgimento do SUS, aliado a implantação do PSF (1994) em várias regiões do país, se pode considerar uma quinta fase histórica da CE, visto a ampliação significativa desta atividade. No entanto, atualmente, existem divergências entre diferentes categoriais profissionais, juntamente com seus órgãos disciplinadores de classe, no que diz respeito à prática da CE e às competências da enfermeira para desenvolvê-la.

Com a Reforma Sanitária e a implantação do SUS, tentou-se mudar o paradigma que privilegiava as ações curativas em detrimento do enfoque preventivo, inclusive a hegemonia médica, reforçando a importância da ampliação do conceito de saúde e a promoção de saúde através da educação em saúde. Dos anos 90 até o presente momento, houve a contratação de aproximadamente 19 mil equipes de saúde, compostas de um médico, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem, tornando o PSF uma realidade (BRASIL, 2004b). Nesse contexto de equipe, a enfermeira tem diferentes atividades: administrativas, assistenciais e de educação em saúde, entre outras.

Mesmo assim, prevalece no imaginário social a idéia de que consulta é sinônimo de consulta médica e, portanto, é “ilegal” a enfermeira realizá-la. Essa permanência representativa é fortalecida por estratégias defensivas da medicina, veiculando informações que confundem os dois procedimentos para instaurar a sobreposição e decretar a sua

ilegalidade. Portanto, nesse campo de disputas, tornou-se legítimo questionar o que é próprio da enfermagem, quais suas competências, qual o objeto da CE e no que ela consiste.

Consulta, no entanto, não é privativa de uma categoria profissional. Para termos um maior entendimento sobre o termo “consulta” e, com isso, avançarmos na compreensão, buscamos no dicionário Ferreira (1988) aproximações conceituais sobre consulta e sobre o ato de consultar. De acordo com esse autor, sem referir-se a categoria profissional, consulta é o ato de consultar; parecer, conselho; conferência para deliberação; prudência, reflexão. Diz ainda que consultar é pedir conselho, opinião, instrução, parecer, procurar informar-se de alguma coisa por meio de; sondar, examinar, antes de decidir; dar ou apresentar a sua consulta ou parecer sobre (algum assunto); pedir instrução, conselho, parecer; dar parecer; tomar conselho na própria consciência; refletir, meditar.

A busca de subsídios e argumentos esclarecedores a esse respeito levou o COFEN a liberar uma nova Resolução de nº 271/2002, a fim de enfatizar que a enfermeira pode receber o cliente/paciente para efetuar a CE, com o objetivo de conhecer/intervir sobre os problemas/situações de saúde/doença, podendo diagnosticar e solucionar os problemas de saúde detectados. Diz ainda que as ações de enfermagem estarão integrando, desta forma, as ações multiprofissionais.

No final do ano de 2002, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul liberou a Portaria nº 69/2002, que aprova o Regulamento Técnico para o licenciamento e funcionamento de centros e consultórios de enfermagem no estado. Assim, esta Secretaria autoriza, de forma definitiva, a instalação de consultórios de enfermagem e, conseqüentemente, a realização da CE em um local próprio, liberal e privativo da enfermeira (ENFERMAGEM GAÚCHA, 2003).

Atualmente, tenta-se compartilhar a idéia de complementaridade das atividades em saúde e da multiplicidade das ações profissionais. No entanto, as discussões sobre os limites de atuação profissional na área de saúde para diferentes profissões permanecem. Essa tensão está expressa em assembléias, processos judiciais e na lei do Ato Médico¹ em processo de

¹ A chamada “lei” do Ato Médico (termo utilizado na mídia e entre os profissionais de saúde do Brasil) trata-se do projeto de Lei 25/2002, que institui e regulamenta o Ato Médico, e atualmente encontra-se em tramitação no Senado (Comissão de Constituição Justiça e Cidadania do Senado). O referido projeto de lei é justificado em virtude da proliferação de profissões de saúde, e, em consequência disso, institui a necessidade de normatizar e fiscalizar o exercício da Medicina e as profissões consideradas (por este projeto) atuantes em atividades “exclusivamente médicas”. Acredita-se que este projeto retira a autonomia dos profissionais de saúde em seu campo de atuação, e configura-se uma luta pela manutenção da hegemonia médica.

aprovação. Permanecem os questionamentos sobre o papel, funções e atividades da enfermagem, mesmo considerando os avanços da Lei do Exercício Profissional.

A CE, enquanto metodologia de ação da enfermagem, continua sendo um tema polêmico entre as diferentes categorias profissionais atuantes na saúde, sob o argumento de que a enfermeira se utiliza de uma ampla diversidade de atividades e conhecimentos nas consultas para atender os indivíduos. Além disso, pensa-se ser equivocado manter a interdição de diferentes categorias profissionais no exercício de suas habilidades e competências de forma autônoma, sob a condição de subordinação à profissão médica, visto que as necessidades de saúde exigem formas complexas de atenção que não se esgotam na parcialidade dos saberes, em procedimentos e categorias profissionais.

O compartilhamento de informações e conhecimentos entre profissionais, administradores e comunidades assistidas pode resultar em ações capazes de fornecer respostas com resolutividade às demandas dos serviços.

Na atualidade, poucos estudos têm investigado sobre as CEs, seus aspectos metodológicos e as ações nelas desenvolvidas, assim como seu impacto nos serviços. Nesse sentido, o estudo que propomos tratou de investigar aspectos epidemiológicos da CE, como sua distribuição nos serviços, seu direcionamento temático, as metodologias adotadas, enfim sua legitimidade como proposição assistencial nos serviços de saúde coletiva, ou particular na Atenção Básica.

Para tanto, discute-se, na seqüência, aspectos conceituais úteis na formulação do problema de investigação.

2.2 A Consulta de Enfermagem como estratégia metodológico-assistencial

Os estudos já clássicos de Horta (1979) referem a CE como a aplicação do Processo de Enfermagem, que, por sua vez, se conceitua como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano (indivíduo, família, comunidade). Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e

prognóstico. Essa visão de CE trouxe visibilidade às intervenções de enfermagem, anteriormente percebidas como auxiliares à prática médica.

Entretanto, tem-se que enfatizar que o cuidar é interdependente e se constrói no cotidiano dos sujeitos, incorporando muitas vezes os atos comuns da vida ao invés de apenas resumir-se a uma terapêutica “tipo ideal” normativa, dizem Lopes e Silva (2004). A CE vai muito além da prática de consultório. Nesta linha de entendimento, e indo mais além, concordamos com L’Abbate, Smeke e Oshiro (1992) ao referirem a importância do papel do profissional de saúde no processo educativo que envolve os demais sujeitos participantes dos serviços de saúde – usuário e público.

Por outro lado, Cohn e colabs. (1991) e Smeltzer e Bare (1998) ressaltam a percepção, cada vez maior, da crescente ênfase sobre saúde, promoção de saúde, bem-estar e autocuidado, mas a permanência da dicotomia entre as ações curativas e as preventivas e, acrescentamos, a ambivalência nas atitudes dos profissionais que não conseguem, por exemplo, conciliar práticas de consultório com educação em saúde.

Ao considerarmos essas dimensões da CE, salientamos a educação em saúde como processo e metodologia de intervenção, onde o profissional tem a oportunidade de propor modificações de comportamentos não favoráveis à saúde, através da interação, vínculo e estímulo ao aprendizado. Segundo Kawamoto e colabs. (1995), trata-se de um processo que objetiva capacitar indivíduos e/ou grupos para assumirem ou ajudarem na melhoria das condições de saúde da população.

Assim, considerando essas dimensões, pode-se admitir que a CE é um processo metodológico de sistematização de conhecimentos configurado em método aplicado na perspectiva educativa e assistencial, capaz de dar respostas a complexidade do sujeito assistido. É resultado de um saber acumulado, de disciplinas que desvendam também relações humanas (Lopes e Silva, 2004).

Alguns autores descrevem as características metodológicas da CE e modelos para sua sistematização. Essas descrições, na maioria das vezes, têm como base norteadora a Teoria de Horta (1979), que relacionou CE e Processo de Enfermagem, através da distinção de suas ações em fases da assistência. Dentre os autores que recomendam a adoção de pressupostos e metodologias próprias para CE numa sistemática de etapas, podemos citar Adami *et al* (1989), COFEN(1993), Vanzin e Nery (2000), Melleiro (2001), Lopes e Silva (2004), entre outros.

Exemplificando, Vanzin e Nery (2000) consideram as ações na CE divididas em etapas a serem observadas antes, durante e após a consulta. Antes da CE, essas autoras sugerem a realização de um plano prévio, para operacionalizar a consulta. Já durante a CE, estipula-se a aplicação do histórico de enfermagem (entrevista, exame físico, observação da informação obtida pelo cliente, análise e avaliação de exames laboratoriais), diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, e plano futuro. A seguir, após a CE, envolve o trabalho administrativo, organizacional, que permitirá a articulação de recursos humanos, materiais e institucionais como marcação da consulta e da reconsulta, referenciamento a outras instituições de saúde, agendamento e encaminhamento a outros profissionais.

De alguma forma, essas autoras descrevem estas etapas com propósitos semelhantes ao Processo de Enfermagem estabelecido por Horta (1979). Outras autoras como Maciel e Araújo (2003) consideram a CE sendo composta de entrevista para coleta de dados, exame físico, estabelecimento de diagnóstico de enfermagem, prescrição, implementação dos cuidados e orientação das ações relativas aos problemas encontrados.

Já Patrício [199-] diz que a CE tem suas bases na investigação e análise de dados, entendendo que o Processo de Enfermagem receberá a nomenclatura conforme o referencial utilizado. Ela considera basicamente a tríade levantamento de dados, análise de dados e plano assistencial como constituintes do Processo de Enfermagem.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito aos processos relacionais e comunicacionais na CE. Nesse sentido, Lopes e Silva (2004), em seus estudos com CE no Ambulatório de Promoção de Qualidade de Vida (projeto de pesquisa-desenvolvimento pertencente ao Plano Sul de Pesquisa – Rede Temática do CNPq), consideram o relacional como processo de singularização da assistência.

Esses autores consideram como pressupostos relacionais a escuta ativa (desenvolvimento do sentimento de “ser compreendido”), aceitação do outro, empatia, confiança e ausência de julgamento (negativo ou pré-concebido – acréscimo nosso). Nesse sentido, consideramos que os processos comunicacionais, que, de alguma forma, interferem no relacional, são pouco pensados na prática cotidiana da CE.

Além desses pressupostos, esses autores incluem os pressupostos operacionais, os quais consideramos necessários para qualquer tipo de consulta (seja de enfermagem, médica, ou outra categoria profissional da saúde). Dentre eles, podemos descrever a necessidade de no mínimo 45 minutos para a primeira consulta e 30 minutos para as subseqüentes; o acolhimento e a escuta; o exame físico e a adoção de ferramentas técnicas na identificação dos agravos à saúde; a análise interativa dos diversos elementos (comunicação verbal e não

verbal, educação em saúde, contribuição da equipe multidisciplinar, entre outros); a elaboração conjunta e “negociada” do plano terapêutico; o agendamento e os encaminhamentos necessários; e o acompanhamento individual ou em grupos.

Mesmo considerando essas bases teórico-metodológicas, há estudos (CROSSETTI e SILVA, 1999; MACIEL e ARAÚJO, 2003; entre outros) que comprovam que, na prática dos serviços de saúde, a CE não apresenta etapas sistematizadas definidas em uma metodologia. Não se sabe, por exemplo, a respeito da aplicabilidade/referência dessas teorias para a prática de CE no cotidiano.

A fim de referenciar essas constatações, buscou-se resultados de pesquisas sobre esta temática e não se encontrou informações sistematizadas sobre a CE realizada na Atenção Básica de Porto Alegre. Para autoras como Maciel e Araújo (2003), em seus estudos sobre a CE realizada em programas de hipertensão arterial em Fortaleza, por exemplo, evidenciou-se que a consulta não tinha objetivos próprios, podendo ser realizada como fase preliminar à consulta médica (pré-consulta) ou mesmo complementar (pós-consulta).

Crossetti e Silva (1999), através de um estudo exploratório descritivo em quatro Unidades de Saúde de Porto Alegre-RS, as quais ainda não tinham implementada a estratégia de saúde da família (ESF), evidenciaram que a CE era executada apenas por uma enfermeira, sendo direcionada à saúde da mulher. Constataram que não era aplicada metodologia de CE, os registros não faziam parte da rotina, e que a CE não fazia parte formal do processo de trabalho. Entretanto, acredita-se que esta realidade mudou.

A partir de experiências pessoais em diferentes serviços de saúde, pode-se constatar que as orientações dadas pelas enfermeiras, em sua maioria, não são realizadas em consultórios específicos para tal fim, sendo, muitas vezes, realizadas na sala de sinais vitais ou na recepção dos serviços de saúde. Entretanto, a maioria das enfermeiras não consideram estas orientações (“palavrinhas” ou “conversinhas” na fala dos pacientes) como CE. Também não se sabia a dimensão desses fenômenos nos serviços de Atenção Básica de Saúde em Porto Alegre.

O que se pode afirmar é que prevalece a falta de conciliação entre práticas de consultório e educação em saúde, que pode ser revelada nas definições de procedimentos e ações em saúde que a SMS/POA estabelece para o profissional Enfermeiro (PORTO ALEGRE, 2002). Nesse documento, é entendido que as ações de enfermagem consistem em procedimentos e protocolos assistenciais específicos a determinadas demandas dos serviços, ou seja, uma totalidade de ações de caráter técnico-curativo, com pouca abordagem educativa.

Entendemos que a CE não se esgota na relação de consultório, mas tem sua efetividade na continuidade da assistência, retomando aspectos educativos e vinculando o paciente ao serviço de saúde. Nesse sentido, concordamos com Patrício [199-] que concebe a consulta como atividade geralmente educativa, sendo possível concretizá-la independente do local, seja no consultório, no domicílio, junto ao leito do paciente, na rua, nos corredores das instituições de saúde, entre outros.

Para tanto, Patrício [199-] recomenda que as enfermeiras tenham escolhido e elaborado seu marco conceitual de CE como guia na determinação do foco da assistência - PARA QUEM -, da amplitude dessa assistência - PARA ONDE/POR QUE -, e do tipo de abordagem junto ao cliente e das atividades que atenderão às situações que se apresentam - COMO, QUANDO, ONDE. Concorda-se com essas idéias, visto que os serviços de saúde têm suas especificidades, exigindo das enfermeiras a sistematização de suas ações e o registro próprio das mesmas.

Essa autora reconhece a necessidade das enfermeiras adotarem uma metodologia para a CE, que deve ser fundamentada com abordagem específica e que siga um marco referencial próprio da Enfermagem. Essa autora propõe que o marco conceitual para a metodologia da CE esteja de acordo com as crenças e valores das enfermeiras.

Acreditamos que a enfermeira realiza também a pré-consulta de enfermagem e a pós-consulta de enfermagem, ou seja, ações que antecedem ou precedem a CE na sua dimensão de consultório, muitas vezes na forma de acolhimento. Este fato faz-nos questionar se o acolhimento realizado pela enfermeira nos serviços se configura em uma valorização do relacional na CE e, nesse sentido, uma CE que considera a integralidade da assistência.

Reconhecendo essas dimensões, para este estudo, considerou-se a Consulta de Enfermagem em diferentes perspectivas, deixando espaço aberto para as definições advindas das práticas nos serviços. Tratou-se de não confundir a sistemática do “acolhimento ou pré-consulta” realizada pela mesma nas múltiplas funções que ocupam no cotidiano dos serviços.

A partir dessas considerações históricas e conceituais, elaboramos os objetivos deste estudo, tentando contribuir com o debate e subsidiar o campo profissional com informações sobre o estado da arte.

2.3 Objetivos

- Conhecer o perfil das enfermeiras, dos serviços de saúde onde atuam e da Consulta de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde no município de Porto Alegre; e
- Descrever e analisar as concepções metodológicas utilizadas pelas enfermeiras na CE.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

O delineamento deste estudo é exploratório e descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, que Almeida Filho (2003) conceitua como estudo híbrido. Trata-se de um estudo transversal, tendo sua direção temporal simultânea do evento.

Polit & Hungler (1995) sugerem a integração dos dados qualitativos e quantitativos em um único estudo de maneira criteriosa. Tendo observado isso, pensa-se que a combinação desses dados pode ser enriquecedora, complementar, fornecendo aquilo que cada um dos métodos carece.

Minayo (1996) complementa, dizendo que é inadequado dicotomizar o método quantitativo do método qualitativo como vem ocorrendo freqüentemente, visto que estes métodos podem dar origem às diferentes formas de perceber a realidade social. Da mesma forma, outros autores concordam com esta afirmação, como Almeida Filho (2003), Briceño-León (2003), e Minayo e Minayo-Gómez (2003).

Além disso, Minayo e Minayo-Gómez (2003) dizem que não existe um método melhor que o outro, reconhecendo a complementaridade das metodologias quantitativa e qualitativa. Referem que ambas as metodologias são uma linguagem, ou seja, duas formas de comunicação diferenciadas, que tentam se aproximar o mais possível da realidade que propõem discutir.

Quanto à abordagem quantitativa deste estudo, consta de informações quantificáveis a respeito da CE realizada em Porto Alegre, a fim de medir objetivamente a magnitude da ocorrência deste fenômeno ou processo. Para tanto, foram construídos dados freqüenciais sobre o perfil das enfermeiras, dos serviços de saúde e da CE.

Já os dados qualitativos, além de complementar os dados quantitativos para descrição do perfil sugerido, tiveram o propósito de descrever e analisar as concepções e as metodologias utilizadas pelas enfermeiras na CE.

Desta forma, este estudo seguiu um dos modelos de integração dos métodos quantitativo e qualitativo proposto por Briceño-León (2003), que coloca a investigação quantitativa no início da coleta dos dados. A investigação qualitativa, neste caso, teve o propósito de auxiliar na interpretação da temática.

3.2 O campo empírico e os sujeitos

O campo empírico foi composto pelos serviços de saúde da rede de Atenção Básica à Saúde, no município de Porto Alegre-RS, que perfazem 123 serviços, de acordo com a SMS/POA. Conforme Porto Alegre (2004a), A Atenção Básica de Porto Alegre compreende os seguintes serviços de saúde públicos: 96 Unidades Básicas de Saúde próprias, 05 Centros de Saúde, 07 Unidades Estaduais, 12 Unidades Federais, e 03 Unidades Conveniadas (PORTO ALEGRE, 2004a). Entretanto, este estudo encontrou a existência de 121 serviços, visto que duas Unidades municipais se aglutinaram e outra Unidade municipal deixou de existir.

Esses serviços coexistem na Atenção Básica e têm características próprias de funcionamento, principalmente devido às raízes históricas da formação da Rede Básica de Saúde neste município, assim como no país. Conforme as mudanças nas políticas de saúde, alguns desses serviços tiveram mudanças na denominação ou na forma de estruturar a assistência; anteriormente eram serviços isolados conforme as competências municipais, estaduais ou federais.

Mais recentemente, tem-se a proposta de uniformizar esses serviços segundo uma única denominação, ou seja, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PORTO ALEGRE, 2004a). Mesmo assim, consideramos importante manter, neste estudo, as denominações anteriores (US; USF; ABS e CS; e USC), visto que as formações históricas desses serviços, as estratégias de ação e os tipos de modelos assistenciais são diferenciados, o que poderia gerar informações distorcidas, prejudicando o entendimento da relação entre estruturas, processos de trabalho e desenvolvimento da CE.

Embora permaneçam vinculados a um Estado governamental (alguns desses serviços são federais, estaduais e particulares-conveniadas), esses serviços estão em processo de reorganização e integração com a SMS/POA através do processo de municipalização da saúde, com o objetivo de concretizar os princípios do SUS (PORTO ALEGRE, 2004a). Portanto, consideramos importante visualizar o perfil da CE nestes diferentes serviços, a fim de avançar discussões.

De acordo com a SMS/POA (informação verbal)¹, estimam-se 145 enfermeiras na Atenção Básica como um todo, distribuídas conforme as características de cada serviço. Essa

¹ Relato de Integrante da Coordenadoria de Atenção à Saúde, da SMS/POA, em abril de 2004.

população foi considerada no momento da coleta, no entanto, reconhece-se sua instabilidade numérica.

Vale lembrar que em alguns serviços há mais de uma enfermeira, visto que existem múltiplas equipes de saúde num mesmo local, como é o caso dos PSFs. Os sujeitos escolhidos para o estudo, portanto, foram as enfermeiras que trabalhavam nestes serviços no momento das entrevistas.

Segundo Minayo e Minayo-Gómez (2003), o objeto de trabalho em pesquisa, no caso da saúde, é sempre o sujeito, seja paciente ou terapeuta. Esses autores referem que não se estuda enfermidade e, nós acrescentamos, práticas terapêuticas em si mesmas, mas para as pessoas que vivenciam, tratam, sofrem, diagnosticam, negam ou aceitam determinada situação. Assim, consideramos que só podemos entender a CE como ela é realizada a partir de seus atores, sujeitos, ou seja, as enfermeiras no contexto de seu trabalho. Embora o foco deste estudo seja a CE, ressaltamos a importância dos usuários e os demais integrantes da equipe de saúde como sujeitos/objeto da prática da CE.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o período de novembro de 2004 a março de 2005.

O procedimento de coleta de dados deu-se em dois momentos distintos, de acordo com os métodos aplicados, conforme sugerem Minayo e Minayo-Gómez (2003).

O primeiro momento consistiu no levantamento do perfil das enfermeiras e dos serviços de saúde no que se refere ao desenvolvimento da CE, através de um formulário próprio com perguntas abertas e fechadas. Autores, como Polit e Hungler (1995), afirmam que esse procedimento permite a obtenção de informações quanto à prevalência, distribuição e inter-relações de variáveis, no âmbito de uma população.

No formulário adotado, foram solicitados dados sobre a CE realizada no serviço de saúde acompanhados de documentos locais sobre o histórico no serviço, protocolos, entre outros. Ao término da entrevista, os documentos foram devolvidos. A finalidade dessa solicitação foi para orientar a própria entrevista e contextualizá-la. O formulário encontra-se em apêndice.

Após o levantamento, passou-se ao segundo momento da coleta de dados, que incluiu entrevistas através de um roteiro semi-estruturado, com a utilização de gravador de fita cassete. Do grupo de enfermeiras por tipo de serviço entrevistadas no primeiro momento da coleta de dados, foram extraídas as enfermeiras que desenvolviam a CE através de informação qualificada, sendo incluídas tantas quantas referiram diferentes práticas da mesma.

Segundo Minayo (1996), o roteiro de entrevista é um instrumento de coleta de dados que orienta uma “conversa com finalidade”, ou seja, a própria entrevista. Desta forma, permite-se ampliar e aprofundar a comunicação, garantindo a cobertura de grande parte das indagações.

Em virtude das dificuldades enfrentadas durante a coleta de dados (discutidas no capítulo 3.5), foi utilizado também o diário de campo.

Os contatos com os sujeitos para a participação na pesquisa ocorreram após a aprovação pelo Comitê de Ética da SMS/POA. Após a aprovação, os mesmos foram entrevistados pela pesquisadora responsável e por pesquisadores auxiliares, treinados previamente à coleta de dados.

3.4 Análise de dados

A análise dos dados considerou as características dos mesmos (quantitativos e qualitativos), e em dois momentos conforme a coleta de dados. O primeiro momento consistiu na análise dos dados coletados através do formulário, e o segundo momento incluiu a análise de diário de campo e das entrevistas (através do roteiro semi-estruturado) com as enfermeiras selecionadas.

Os dados quantitativos foram analisados por análise estatística descritiva, com quantificações de frequência simples para compor o perfil das enfermeiras, dos serviços de saúde e da CE propriamente dita, através do software EPI-INFO e EXCEL.

Os dados qualitativos foram analisados através de análise de conteúdo por categorização temática, conforme Minayo (1996). Essa autora considera que “[...] uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.” (p.209).

Nesse sentido, os passos da análise de conteúdo ocorreram da seguinte forma: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, e interpretação.

Conforme Minayo (1996), a pré-análise consiste nas seguintes tarefas: *leitura flutuante* (ou seja, tomar contato exaustivo com o material até impregnar-se com o seu conteúdo), *constituição do corpus* (que significa organizar o material de forma a responder critérios de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade, e pertinência), formulação de hipóteses e objetivos (momento que se determina a unidade de registro - palavra-chave ou frase-, unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação, e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise).

A seguir, passou-se à etapa de exploração do material, que consiste na operação de codificação. É necessário, portanto, a classificação e agregação dos dados, ou seja, a transformação de dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Após esta etapa, passa-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 1996).

As categorias utilizadas para a análise deste estudo levaram em conta os conceitos de CE informados pelas enfermeiras, a metodologia de CE, o processo de trabalho das enfermeiras em relação à CE e as estratégias dos usuários para receberem atendimento de saúde em relação à CE.

3.5 Limites e possibilidades da abordagem do campo

Em relação às dificuldades encontradas durante a coleta de dados desta pesquisa, reconheceu-se a necessidade de utilizar a observação e o diário de campo, para melhorar a estratégia de convite das enfermeiras à participação deste estudo. Algumas enfermeiras negaram-se a participar do estudo ao saberem que se tratava de um estudo sobre CE, acreditando que fosse observação da sua prática. O fato de serem esclarecidas sobre a metodologia da pesquisa, a entrevista e o tempo de entrevista, fazia com que mudassem de idéia, participando então do processo.

Sentiu-se a necessidade de conhecer previamente a relação de enfermeiras dos serviços. A dificuldade de disponibilidade de agenda e o número reduzido de entrevistadoras foram fatores de entraves.

A desconfiança em relação à temática da pesquisa ocorreu principalmente durante a transição de governo municipal, pois algumas enfermeiras verbalizaram que a CE deixaria de existir com a nova administração. Algumas manifestaram receio/medo em relação ao CREMERS e questionaram sobre o projeto de lei do Ato Médico. Houve questionamentos sobre a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da SMS/POA, pela Gerência Distrital de Saúde, entre outros serviços e coordenações. Explicava-se para as enfermeiras que o Comitê de Ética pertencia à Assessoria de Planejamento (ASSEPLA) da SMS/POA, e, portanto, tinha aprovação da mesma. Como as Gerências Distritais desconheciam a pesquisa, foi enviada cópia do parecer do referido Comitê e uma solicitação de divulgação da pesquisa.

Algumas enfermeiras negaram-se a participar da pesquisa sob o motivo da não ciência da Gerência Distrital, mesmo com a aprovação do Comitê de Ética da SMS/POA. Foram enviadas cartas às Gerências Distritais, sendo que algumas delas informaram as enfermeiras de sua região em reuniões de trabalho. Algumas enfermeiras do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) não quiseram participar do estudo, pois alegaram que o estudo deveria ser aprovado pelo Comitê de Ética do GHC.

Observou-se pouca comunicação entre o Comitê de Ética da SMS/POA e as Gerências Distritais, visto que as gerências distritais desconheciam a pesquisa, mesmo aprovada pelo Comitê de Ética local.

Outro fator de considerável dificuldade constituiu-se da localização de algumas Unidades de Saúde e do transporte de acesso às mesmas. Em muitos casos, dependemos de informações locais para localizar as instalações dos serviços.

A insegurança quanto ao local onde a Unidade estava instalada, a insegurança urbana e o risco de assalto ou agressões também fizeram parte dos deslocamentos. Para contornar esse problema, optou-se por visitar os serviços na primeira hora da manhã, portando o crachá de identificação da universidade.

Quanto à dificuldade de encontrar as entrevistadas, estabeleceu-se um número de cinco tentativas através de contatos locais ou telefônicos. Após essas tentativas, eram excluídas.

O tempo de realização da entrevista foi prejudicado por interrupções e intercorrências assistenciais e também, em muitos casos, pelo local inadequado, muito barulho ou circulação de pessoas. As intercorrências assistenciais aconteceram para procedimentos ou atendimentos de urgências ou mesmo para acessar rede assistencial de apoio. Um tempo maior teve que ser previsto para essas situações.

A quantidade de informações e o tamanho do formulário guia-de-entrevista foi fator de questionamentos, pois algumas enfermeiras consideraram extenso. Férias e licenças-de-saúde também prejudicaram em alguns momentos. Outras situações foram decorrentes das próprias dificuldades institucionais, como inadequação de horários, precariedade de espaço e mesmo má-vontade em atender pesquisas que, em algumas situações, são consideradas prejudiciais e sem “utilidade” para o indivíduo ou serviço.

3.6 Aspectos éticos

Este estudo seguiu os preceitos da Resolução nº 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Desta forma, foram assegurados os direitos e deveres do pesquisador e dos sujeitos da pesquisa.

Conforme essa resolução, na pesquisa direta ou indireta envolvendo seres humanos, sempre haverá algum risco. Esta pesquisa está classificada como de risco mínimo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado e Município, antes da implementação da coleta de dados.

Foi garantido o anonimato das entrevistadas e a recusa, caso houvesse, além da interrupção de sua participação a qualquer momento, assim como foram respeitados valores e costumes dos sujeitos da pesquisa.

Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando a proposta e os objetivos da pesquisa. Este termo foi assinado em duas vias: uma das vias ficou de posse dos sujeitos da pesquisa, e a outra, no arquivo do pesquisador.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Tipos de serviços de saúde da Rede de Atenção Básica do município de Porto Alegre

Para compreender como a CE é desenvolvida nos serviços de saúde, tornou-se necessário descrever os diferentes tipos de serviços de saúde da Rede de Atenção Básica, visto a presença de diferentes modelos assistenciais vigentes na Atenção Básica de Porto Alegre. Nesse sentido, observaram-se diferentes práticas e formas de agir na CE em relação ao tipo de serviço e de instituição onde a enfermeira está atuando.

Conforme este estudo, a Rede de Atenção Básica de Porto Alegre é composta, atualmente, pelos seguintes serviços de saúde: Centros de Saúde / Ambulatório Básico de Saúde de Centro de Saúde, Unidades de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Unidades de Saúde Conveniadas, e Unidades de Saúde com estratégias mistas (USM). A Prefeitura Municipal de Porto Alegre não dispõe de dados precisos sobre as USC e quantos enfermeiros trabalham nas mesmas (PORTO ALEGRE, 2004c). Já as USM foram um tipo de serviço referido pelas enfermeiras e, portanto, dados encontrados neste estudo.

4.1.1 Centros de Saúde

Segundo Merhy (1992), o primeiro CS do país foi criado em 1925, após a oficialização do Instituto de Higiene em 1924, e este modelo de assistência configurava-se apenas de forma complementar ao sistema médico-assistencial (hospitalar e curativo). Assim como os Postos de Saúde, suas ações de Saúde Pública eram, sobretudo, verticais e “caritativas” para a população não incluída na assistência médica previdenciária. Nesse sentido, a implantação deste tipo de assistência era feita em função das deficiências locais, a fim de “sanear” determinadas regiões, diz Bodstein e Fonseca (1989).

Merhy (1992) complementa dizendo que, a partir do decreto 9.273, de 28/06/1938, esses serviços começaram a funcionar como verdadeiros dispensários de serviços especializados e verticais. Além disso, este decreto fixou um caráter polivalente dessa

instituição, e seu papel centralizador para todas as atividades sanitárias que lhes fossem pertinentes.

Bertussi *et al* (2001) diz ainda que os CSs somente se configuraram como “porta de entrada” no sistema de saúde a partir da década de 70, com a proposta de Atenção Primária à Saúde, visto às crescentes necessidades da população com a urbanização, além das discussões sobre o direito à saúde como forma de ser cidadão. Apesar disso, este autor considera que a criação dos postos e CSs representou uma inovação institucional para aquele momento histórico marcado pelo modelo médico hospitalar-especializado.

Mesmo com a carência de recursos materiais e humanos e a falta de eficiência operacional, os CSs foram assumindo estratégias de combate às doenças infecciosas e parasitárias. Com a instituição do SUS em 1988, tentou-se mudar este paradigma verticalizado de Saúde Pública.

Atualmente, os CSs de Porto Alegre permanecem com algumas dessas características construídas historicamente. Esses centros consistem em Atenção Especializada e de Atenção Básica, conforme a SMS/POA, (PORTO ALEGRE, 2004a). A Atenção Básica desses centros configura-se através dos Ambulatórios Básicos e, mais recentemente, Unidades de Saúde (alguns ambulatórios se transformaram em Unidades de Saúde, como por exemplo a US Santa Marta, no CS Santa Marta, PORTO ALEGRE, 2004a). Portanto, um dos modelos em estudo que sedem ações de enfermagem são os Ambulatórios Básicos e as Unidades de Saúde desses centros, que também participam da Atenção Básica.

4.1.2 Unidades de Saúde

Além das mudanças ocorridas nos CSs com a instituição do SUS no país, teve-se a proposta de organizar este sistema a partir da Atenção Básica à Saúde, através, principalmente, de uma rede regionalizada e hierarquizada de Unidades Básicas de Saúde, diz Bertussi (2001). Nesta nova perspectiva, os chamados “Postos de Saúde” deram origem às Unidades de Saúde, que, segundo este autor, deveriam ser estruturadas para atender as necessidades da população adstrita em determinado território, de forma eficiente e efetiva.

Esse autor refere também que este tipo de serviço deve ter tecnologia adequada, assim como um fluxo de referência e contra-referência. Desta forma, a US rompe com a idéia de

uma Atenção Básica de Saúde centrada no baixo custo, simplificada e com poucos equipamentos.

Atualmente, as US de Porto Alegre incluem esferas municipais, estaduais e federais (PORTO ALEGRE, 2004a). No caso das estaduais, incluem-se sete US que pertencem ao serviço de saúde CS Escola Murialdo. No caso destas últimas, incluem-se doze US, que pertencem ao Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC, as quais são também integradas à SMS/POA.

4.1.3 Unidades de Saúde da Família¹

Segundo Bertussi *et al* (2001), a estratégia de Saúde da Família surgiu em 1994 para reorganizar o modelo de atenção à saúde vigente, de forma a melhor sintonizar com os princípios do SUS, de maneira a imprimir uma nova dinâmica de atuação e relacionamento entre os serviços de saúde e a população. Desta forma, é necessário que a equipe de saúde conheça a realidade da população que atende, assim como suas organizações familiares e comunitárias.

Esta estratégia é voltada para o planejamento de ações a partir da realidade, com o objetivo de ser resolutiva, seguindo o princípio de vínculo com o usuário. A equipe deve se responsabilizar e se comprometer pelos cuidados com as famílias. Isso quer dizer que esse serviço de saúde não atuará apenas como “porta de entrada” do Sistema de Saúde, pois será de sua responsabilidade todo o plano terapêutico, diz Bertussi *et al* (2001).

A equipe básica para atuação no PSF através das USFs pressupõe minimamente um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um técnico de higiene dental, um auxiliar de consultório dentário e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Esta equipe responsabiliza-se pela população de um território delimitado, entre 600 e 1000 famílias (BRASIL, 1999).

¹ Unidades de Saúde da Família: termo utilizado por Bertussi *et al* (2001) para descrever o serviço de saúde implantado através da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF).

Em Porto Alegre, o Programa de Saúde da Família começou em 1996 e, atualmente, comporta 49 Unidades de Saúde, perfazendo 63 equipes de saúde da família (PORTO ALEGRE, 2004a).

4.1.4 Os serviços de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre sob a ótica do estudo

Fizeram parte do estudo 95 Unidades de Saúde, ou seja, 78,5% das que integram a Rede de Atenção Básica do município de Porto Alegre. Do total de 121 serviços, 26 não integram este estudo, em razão de não terem enfermeiras em seus quadros (três serviços de saúde), critério essencial de inclusão, e ainda houve recusas (15 enfermeiras) e impossibilidade de contato por razões diversas (15 enfermeiras).

Considerando esses critérios do universo de 121 serviços, 118 possuem enfermeiras em seus quadros (97,5%). Dentre eles foram abrangidos pelo estudo 80,5%. Salienta-se que foram entrevistadas 127 enfermeiras (81%) desse universo de serviços, que totaliza aproximadamente 157 enfermeiras.

As recusas e as exclusões deram-se por motivos de não realização de CE; férias; licenças de saúde; excesso de trabalho; temores quanto ao exercício da CE em razão ao movimento relativo ao ato médico e à “proibição” das enfermeiras de atuarem na consulta, entre outros.

Dos postos de saúde que participaram do estudo, 44,2% são USF, 38,9% são US onde ainda vigora o modelo anterior à ESF, 6,3% são ABS ou CS propriamente ditos, e 2,1% são USC.

Dentre as enfermeiras, 9,5% também fizeram referência à outra tipologia de serviços, nos quais vigora outro modelo assistencial, os quais mesclam diferentes características de modelos assistenciais existentes. Nesses estão incluídos, segundo elas, 04 US com PSF (US GHC Floresta, US Panorama, US São Borja, US Ramos), 01 gerência distrital; 01 CS com US (US Farrapos), 01 CS com PSF (CS Modelo), 02 US com PSF e USC (US Ilha da Pintada e US Sta Cecília). Embora a maioria desses serviços tenha sua estrutura física implementada há mais de 10 anos (com exceção da gerência distrital e US São Borja), houve uma aglutinação e conjugação de modelos assistenciais ao longo dos anos, permanecendo características de distintos modelos. Entre eles, podemos citar a livre demanda através de “fichas” para US; agendamento de consulta para clientela geograficamente definida para USF; e a presença de

especialidades médicas e de outros profissionais (ginecologistas, pediatras, cardiologistas, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros) em CS. Em alguns serviços em que se instalaram modelos de US com PSF e USC, conforme relato das enfermeiras, o município fornece a estrutura física e insumos para o funcionamento do serviço, enquanto que o Hospital Moinhos de Vento (HMV), como Unidade conveniada, fornece o pessoal. Além disso, há especialistas atuando nesses serviços, e a área de atuação do serviço é geograficamente definida.

Embora prevalecem Unidades de Saúde com modelo anterior à ESF (55,8%), evidencia-se um grande número de USF implementadas nos últimos dez anos. Dos serviços estudados, pelo menos 25 dentre eles (26,3%) funcionam há mais de 20 anos, sendo modelizados como CS e US. Como referência desses serviços podemos citar o CS Modelo e a US Ilha da Pintada.

Entre os serviços em estudo, pelo menos 46 existem em Porto Alegre há mais de 10 anos, incluindo principalmente as US. Esse número de serviços praticamente dobrou nos últimos anos, incluindo principalmente as USFs.

Tentando sistematizar as diferentes modalidades e denominação dos serviços, para fins deste estudo, apresentamos a Tabela 1 que mostra o tipo de serviço de saúde (ABS/CS; US; USF; USC e USM) segundo o seu tempo de funcionamento.

Tabela 1 - Tipo de serviço de Atenção Básica de Saúde e tempo de funcionamento, Porto Alegre-RS.

Serviço de Saúde	Tempo de Funcionamento do Serviço de Saúde				Total n (%)
	1 a 2 anos	3 a 5 anos	6 a 10 anos	Acima de 10 anos	
Ambulatório Básico de Centro de Saúde / Centro de Saúde	0	0	1	5	6 (6,3)
Unidade de Saúde	2	2	3	29	37 (38,9)
Unidade de Saúde da Família	8	10	20	4	42 (4,2)
Unidade Conveniada / Particular	0	0	1	1	2 (2,1)
Unidade de Saúde Mista	1	0	1	7	8 (8,4)
n (%)	11 (11,6)	12 (12,6)	26 (27,4)	46 (48,4)	95 (100,0)

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

A instituição que define, organiza e coordena a Atenção Básica no Município de Porto Alegre é a Prefeitura Municipal e mantém 86,3% dos serviços, seguida de instâncias estaduais e das instituições mistas (ambas com 5,3%). As instituições mistas incluem aquelas em que há mais de uma instituição envolvida nas ações do serviço de saúde, como é o caso da US Murialdo HMV (governo estadual e HMV) e a US Ilha da Pintada (prefeitura municipal e HMV). Em nível federal, tem-se a participação direta em 1,1% (GHC) e as instituições privadas/conveniadas em torno de 2,1%.

O predomínio dos serviços de saúde municipais deve-se à municipalização de serviços anteriormente federais e estaduais, ocorrida nos últimos anos. Uma tabela síntese desses serviços e sua vinculação institucional pública, mista ou privada consta na Tabela 2 abaixo.

Tabela 2 - Origem institucional dos serviços na Atenção Básica de Porto Alegre-RS

Origem Institucional	Serviços de Atenção Básica	
	n	%
Federal	1	1,1
Estadual	5	5,3
Municipal	82	86,3
Particular/conveniada	2	2,1
Outro (mista)	5	5,3
Total	95	100

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

Este estudo buscou traçar um panorama de base municipal sem particularizar serviços ou base geográfica como pode ser observado na Tabela 3 e na Figura 1 abaixo. A Região 2, que abrange Leste, Nordeste e Eixo Baltazar, em Porto Alegre, tem maior número de serviços de saúde (25,3%), seguida da Região 3 - Sul e Extremo Sul (23,2%). Embora haja concentração de serviços de saúde nessas áreas, as demais regiões também estão sendo abrangidas seguindo a concentração populacional e área geográfica.

Tabela 3 - Localização dos serviços de saúde de Atenção Básica em Porto Alegre-RS.

Localização dos Serviços de Saúde de Atenção Básica em Porto Alegre	Serviços de Atenção Básica	
	n	%
Região 1 – Centro e Ilhas	10	10,5
Região 2 – Leste, Nordeste e Eixo Baltazar	24	25,3
Região 3 – Sul e Extremo Sul	22	23,2
Região 4 – Grande Cruzeiro e Grande Glória	16	16,8
Região 5 – Norte	8	8,4
Região 6 – Partenon e Lomba do Pinheiro	15	15,8
Total	95	100

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.



Figura 1 - Mapa Geral de Porto Alegre-RS por Regiões, 2004.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2004. Dados obtidos no site <http://www.portoalegre.rs.gov.br/sms/geral.htm>, no dia 17/11/2004, às 03 horas.

A concentração desses serviços em algumas regiões deve-se à concentração populacional menos favorecida. A localização e a área geográfica da Região Sul e Extremo Sul trata-se de uma região rururbana extensa, o que compromete o deslocamento da população, mostrando o fator distância em relação ao centro da cidade, onde os recursos e oferta de serviços são maiores. Já na Região Leste, Nordeste e Eixo Baltazar, deve-se à constituição histórica de serviços de diferentes modalidades, municipal e federal, em especial as Unidades de Saúde do GHC, anteriormente com administração própria e não interligadas.

A composição das equipes de saúde dos serviços mostra a diversidade de componentes entre profissionais e servidores. Em 35,8% dos serviços de saúde, a estrutura de pessoal de serviço é composta por enfermeira, auxiliar/técnico de enfermagem, médico e agente comunitário de saúde, sendo esta característica das USFs. A qualificação do profissional médico é, geralmente, clínico ou geral comunitário. Para 22,1% dos serviços, a estrutura da equipe é composta por enfermeira, auxiliar/técnico de enfermagem, médico, dentista e outro profissional (assistente social, nutricionista, psicólogos, auxiliar/técnico de consultório dentário, estagiários / residentes nas áreas de enfermagem, medicina, psicologia, assistente social), sendo essa composição própria das US.

Ressalta-se, como pode ser observado na Tabela 4 que segue, que as equipes são compostas diversamente, não mantém uma regularidade no que se refere à qualificação dos profissionais e à sua presença nas equipes. Varia tanto a qualificação quanto ao número de profissionais por equipe.

A composição prevalente de profissionais na equipe em ABS/CS é a seguinte: enfermeira, auxiliar/técnico de enfermagem, médico e outros profissionais, incluindo dentista, assistente social, psicólogo, nutricionista. Os médicos são, geralmente, especialistas como ginecologista/obstetra, pediatra, psiquiatra, cardiologista.

Conforme a tabela 4 a seguir, constata-se que a composição da equipe de saúde de sete USF foi ampliada se comparada com o modelo mínimo preconizado para a modalidade. Atualmente esses serviços contam com outros profissionais, como assistente social, nutricionistas, médicos pediatras, médicos ginecologistas, dentistas, técnicos de higiene bucal e outros como auxiliar ou técnico de consultório dentário.

Em três serviços de saúde do tipo USF, localizados em diferentes regiões de Porto Alegre, não existem enfermeiras no quadro atualmente, dado este coletado no diário de campo. Embora os serviços de saúde que não dispunham de enfermeiras em seus quadros funcionais não participem das estatísticas deste estudo, é importante evidenciar que ainda permanecem serviços que não atendem a composição básica mínima.

Tabela 4 - Composição das equipes de saúde e o tipo de serviço, na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Composição da Equipe de Saúde	Tipo de Serviço de Saúde					Total n (%)
	CS	US	USF	USC	USM	
ENF e MED	0	0	0	0	1	1 (1,1)
Não informado ³	0	1	0	0	0	1 (1,1)
ENF, AUX e MED	0	3	0	0	0	3 (3,2)
ENF, AUX e ACS	0	0	1	0	0	1 (1,1)
ENF, AUX, MED e DEN	1	2	1	0	0	4 (4,2)
ENF, AUX, MED e ACS	0	0	34	0	0	34 (35,8)
ENF, AUX, MED e OUT	1	3	0	0	0	4 (4,2)
ENF, AUX, ACS e OUT	0	0	1	0	0	1 (1,1)
ENF, AUX, MED, DEN, THB	1	6	0	0	1	8 (8,4)
ENF, AUX, MED, DEN, OUT	1	17	1	2	0	21 (22,1)
ENF, AUX, MED, DEN, THB, OUT	2	4	0	0	0	6 (6,3)
ENF, AUX, MED, DEN, ACS, OUT	0	1	1	0	4	6 (6,3)
ENF, AUX, DEN, ACS, OUT	0	0	1	0	0	1 (1,1)
ENF, AUX, MED, DEN, THB, ACS, OUT	0	0	2	0	2	4 (4,2)
Total	6	37	42	2	8	95 (100)

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

Observações:

¹ ENF = enfermeiro, AUX = auxiliar ou técnico de enfermagem, MÉD = médico (médico da família, médico clínico e médico especialista), DEN = dentista, THB = técnico de higiene bucal, ACS = agente comunitário de saúde, OUT = outro profissional de saúde (assistente social, psicólogo, nutricionista, auxiliar de consultório dentário).

² CS = ambulatório de centro de saúde / centro de saúde; US = unidade de saúde, USF = unidade de saúde da família, USC = unidade de saúde conveniada / particular, USM = Unidade de saúde mista.

³ “Não informado” significa que a enfermeira negou-se a informar este dado.

Um aspecto positivo do panorama apresentado, acredita-se, é a regionalização dos serviços de saúde no município, promovido pela SMS/POA. A concentração de serviços de saúde na Região Sul e Extremo Sul mostra que se procura abranger o conjunto populacional e evitar vazios de atendimento à saúde. Entretanto, a instalação desses serviços não pode ser considerado atendimento resolutivo e de qualidade, pois se evidencia muitas demandas populacionais por saúde.

4.2 O perfil das enfermeiras dos serviços de saúde e o exercício da Consulta de Enfermagem

Descrever o perfil das enfermeiras a partir das características sociodemográficas, qualificação profissional e processos de trabalho nos serviços, configura-se, a nosso ver, em subsídios necessários à compreensão da ação das enfermeiras e sua inserção nas práticas assistenciais nos serviços. Pensa-se que múltiplos fatores influenciam o exercício de práticas assistenciais de enfermagem no conjunto das práticas terapêuticas da Saúde Coletiva e da Saúde Pública em particular. Nesse sentido, a CE adquire múltiplas faces e identifica, mesmo na compreensão das enfermeiras, o exercício de uma prática própria e singular da enfermagem.

Para introduzir, podemos dizer que as enfermeiras que trabalham nos serviços de Atenção Básica em Porto Alegre são predominantemente do sexo feminino (96,1%) e de idade entre 36 e 45 anos (43,3%). A maior frequência de raça auto-referida é a branca (83,5%), em comparação a não-branca (negra, mestiça, parda), seguindo os percentuais de brancos na população de Porto Alegre. Os percentuais de sexo seguem a proporção já clássica que atesta a enfermagem como uma profissão de persistente feminização (LOPES, LEAL, 2005).

Tabela 5 - Faixas etárias da população de enfermeiras atuantes na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Idade	n	%
Até 25 anos	3	2,4
De 26 a 35 anos	37	29,1
De 36 a 45 anos	55	43,3
De 46 a 55 anos	31	24,4
Acima de 56 anos	1	0,8
Total ¹	127	100

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se à população total de enfermeiras entrevistadas neste estudo.

Pode-se afirmar que, a partir dos números da Figura 2 abaixo, a imensa maioria das enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre desenvolvem a prática assistencial que definem como Consulta de Enfermagem (85,8%). Esse percentual surpreende, pois há no “senso comum” da Enfermagem a idéia de que “a enfermeira não realiza CE”. Embora esse número contrarie essa afirmativa, a forma como as enfermeiras definem e realizam a CE e a sua finalidade é bastante diversificada, apresentando um contexto heterogêneo.

Realização da CE na Atenção Básica de Porto Alegre

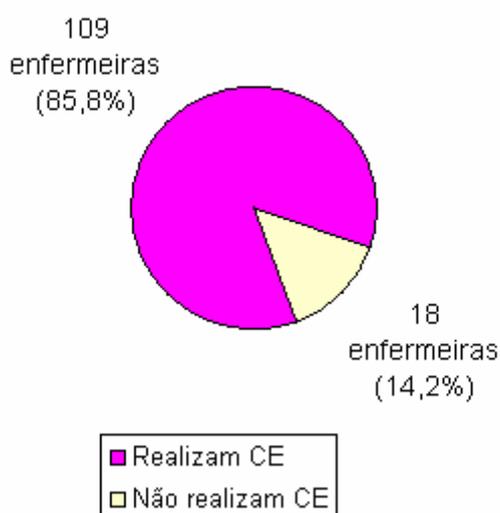


Figura 2 - Realização da CE pelas enfermeiras dos serviços de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

Observação: Refere-se à população total de 127 enfermeiras entrevistadas neste estudo.

Entretanto, é importante salientar que este dado se refere ao momento da entrevista, e não de forma geral ao longo do tempo, tendo em vista as liminares judiciais impetradas por conselhos de classe da Medicina em função do Ato Médico. Essas liminares judiciais podem mudar a possibilidade de a enfermeira realizar ou não a CE.

O grande número de enfermeiras que realizam CE em instituições municipais deve-se ao fato da crescente instalação de Unidades de Saúde da Família (USF) nos últimos anos, assim como a municipalização de Unidades de Saúde anteriormente estaduais e federais (Tabela 6). As Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar

Conceição (SSC/GHC) mantêm-se pelo governo federal e as Unidades de Saúde Murialdo pelo governo estadual.

Tabela 6 - Origem das instituições e o exercício das CEs pelas enfermeiras na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Origem das Instituições	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	n	% ¹
Federal ²	2	1,6	2	100,0
Estadual	5	3,9	4	80,0
Municipal	109	85,8	94	86,2
Particular / conveniada	2	1,6	0	0,0
Mista	9	7,1	9	100,0
Total	127	100,0	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

² Participação de apenas dois serviços pesquisados do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), em função das recusas de enfermeiras em participar da pesquisa e da exigência de aprovação de comitê de ética institucional, mesmo com a aprovação de Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Na atualidade, o SSC/GHC conta com 12 serviços de Atenção Básica de Saúde.

Na Tabela 6, observa-se o exercício profissional de enfermeiras em diferentes instituições de saúde: 85,8% das enfermeiras entrevistadas pertencem a instituições municipais, seguidas em menor número, 7,1% de instituições mistas, 3,9% de instituições estaduais, e 1,6% de instituições federais e 1,6% de instituições particulares / conveniadas.

Nesta mesma Tabela, mostra o exercício da CE pelas enfermeiras nestas diferentes instituições. Em relação às enfermeiras entrevistadas e empregadas em instituições municipais, 86,2% delas realizam a CE. Seguindo esta tendência, 80% das enfermeiras de instituições estaduais responderam fazer CE em seus serviços.

As enfermeiras que não realizam CE estão presentes nas instituições estaduais, municipais e, em menor número, particulares/conveniadas. Nas instituições mistas e federal, todas as enfermeiras entrevistadas realizam CE. Entretanto, em relação às enfermeiras de instituições federais, não sabemos dizer se é significativa a realização de CE, pois não foi possível coletar dados de dez serviços do SSC/GHC. O motivo foi a recusa de enfermeiras e

da exigência institucional de parecer de comitê de ética próprio daquela instituição, mesmo tendo parecer favorável da SMS/POA.

O exercício da CE pelas enfermeiras na Atenção Básica de Porto Alegre, em relação à localização das instituições de saúde onde as enfermeiras estão presentes, pode evidenciado pela Tabela 7.

Tabela 7 - Localização das instituições e o exercício das CEs pelas enfermeiras na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Região do Município	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	n	%¹
Região 1 – Centro e Ilhas	18	14,2	13	72,2
Região 2 – Leste, Nordeste e Eixo Baltazar	34	26,8	31	91,1
Região 3 – Sul e Extremo Sul	28	22,0	24	85,7
Região 4 – Grande Cruzeiro e Grande Glória	17	13,4	12	70,6
Região 5 – Norte	11	8,7	11	100,0
Região 6 – Partenon e Lomba do Pinheiro	19	15,0	18	94,7
Total	127	100,0	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

Pode-se dizer que a distribuição das enfermeiras na cartografia por regiões de Porto Alegre é relativamente uniforme (Tabela 7), com maior concentração nas Regiões 2 (Leste, Nordeste e Eixo Baltazar) e 3 (Sul e Extremo Sul), 28,4% e 22% respectivamente, em função do maior número de serviços nessas regiões. As enfermeiras que não realizam CE aparecem em todas as regiões de Porto Alegre, com exceção da Região 5 - Norte. Entretanto, esse dado pode ser diferente, visto que alguns serviços do GHC localizam-se nessa região e não foi possível coletar dados. Os serviços localizados na Região Centro e Ilhas e na Região Grande Cruzeiro e Grande Glória foram os que apresentaram maior número de enfermeiras que não realizam CE.

Também se investigou os tipos de serviços de saúde onde as enfermeiras realizam a CE, podendo ser constatado na Tabela 8. Conforme esta tabela, o tipo de serviço de saúde

maior empregador na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre é a Unidade de Saúde da Família (40,9%). Isso revela o impacto e a absorção da Estratégia de Saúde da Família em relação ao número de enfermeiras empregadas nos últimos anos. Nas USF, todas as enfermeiras relataram que realizam CE, um dado que confirma que a ESF tem representado importante papel na consolidação da prática da CE em Porto Alegre. Os tipos de serviços onde há menos enfermeiras realizando a CE são ABS / CS.

Tabela 8 - Tipo de serviço de saúde e exercício da CE pelas enfermeiras da Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS.

Tipo de serviço	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	n	% ¹
Ambulatório básico de centro de saúde	10	7,9	7	70,0
Unidade de saúde	47	37,0	34	72,3
Unidade de saúde da família	52	40,9	52	100,0
Unidade de saúde conveniada	3	2,4	2	66,6
Outro	15	11,8	14	93,3
Total	127	100,0	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se ao percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre.

Isso se deve ao processo de trabalho das enfermeiras nestes tipos de serviços de saúde, ao longo da história; às relações entre os demais integrantes da equipe de saúde, muitas vezes centradas no profissional médico; e ao modelo assistencial médico hegemônico vigente na história destes serviços.

Um aspecto que interfere na realização da CE é a estrutura e o relacionamento entre integrantes da equipe de saúde (Tabela 9).

Constata-se que as enfermeiras que não realizam CE pertencem à equipe onde há a participação multidisciplinar. Essas enfermeiras ocupam, geralmente, funções administrativas centrais no serviço de saúde, mesmo que em alguns casos essa função não é oficializada como tal. Observa-se que, em serviços onde há profissionais de diferentes áreas, isso contribui para

diminuir a multifuncionalidade da enfermeira. Essas áreas profissionais em questão são, freqüentemente, geradoras de conflitos entre os mesmos.

Tabela 9 - Composição da equipe de saúde e o exercício das CEs pelas enfermeiras na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Composição da equipe de saúde ¹	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	n	% ²
ENF e MED	1	0,8	0	0
Ignorado	1	0,8	0	0
ENF, AUX e MED	4	3,1	4	100,0
ENF, AUX e ACS	1	0,8	1	100,0
ENF, AUX, MED e DEN	5	3,9	4	80,0
ENF, AUX, MED e ACS	40	31,5	40	100,0
ENF, AUX, MED e OUT	4	3,1	2	50,0
ENF, AUX, ACS e OUT	2	1,6	2	100,0
ENF, AUX, MED, DEN, THB	13	10,2	11	84,6
ENF, AUX, MED, DEN, OUT	27	21,3	18	66,6
ENF, AUX, MED, DEN, THB, OUT	7	5,5	5	71,4
ENF, AUX, MED, DEN, ACS, OUT	14	11	14	100,0
ENF, AUX, DEN, ACS, OUT	1	0,8	1	100,0
ENF, AUX, MED, DEN, THB, ACS, OUT	7	5,5	7	100,0
TOTAL	127	100,0	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ ENF = enfermeiro, AUX = auxiliar ou técnico de enfermagem, MÉD = médico (médico da família, médico clínico e médico especialista), DEN = dentista, THB = técnico de higiene bucal, ACS = agente comunitário de saúde, OUT = outro profissional de saúde (assistente social, psicólogo, nutricionista, auxiliar de consultório dentário).

² Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

Outro fato a ser refletido nesse sentido é a contradição existente entre a multifuncionalidade da enfermeira e sua relação ao exercício da CE: por diminuir as suas funções, a enfermeira não deveria priorizar a CE?

Nas USF, onde há poucas categorias profissionais (médicos clínico-gerais ou comunitários, enfermeiras, técnicos de enfermagem), observa-se que as enfermeiras que realizam CE atuam, predominantemente, na área de ginecologia (saúde da mulher), obstetrícia e pediatria. Já em outros serviços onde há profissionais com especialidades compatíveis, como ginecologistas e obstetras, ou a enfermeira procura outras atividades ou não realiza a CE.

Em algumas USFs, procura-se inclusive intercalar consulta médicas e consultas de enfermagem. Isso se deve principalmente às demandas de saúde da população a um serviço local, e à filosofia que o Programa de Saúde da Família tenta desenvolver, que é a responsabilização da equipe de saúde pelo acolhimento e pelo cuidado ao usuário de saúde.

Quanto ao tempo de exercício da CE, grande parte das enfermeiras (86,2%) referem que realizam CE profissionalmente há pelo menos 10 anos (Tabela 10). No entanto, observa-se que esse dado é mais expressivo para os últimos 5 anos (58,7%). Esses dados permitem afirmar que nos últimos 5 anos se deu de forma mais efetiva a prática da CE na Atenção Básica. As enfermeiras, 95,4% dentre as entrevistadas, referem que esse é o período em que se observa a introdução mais efetiva dessa prática nos serviços.

Tabela 10 - Tempo de exercício da CE pelas enfermeiras da Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Tempo de Exercício da CE	Tempo de Realização da CE no Serviço de Saúde					Total n (%)
	Menos de 1 ano	1 a 2 anos	3 a 5 anos	6 a 10 anos	Acima de 10 anos	
Menos de 1 ano	6	0	0	0	0	6 (5,5)
1 a 2 anos	4	17	0	0	0	21 (19,3)
3 a 5 anos	7	13	17	0	0	37 (33,9)
6 a 10 anos	6	12	9	3	0	30 (27,5)
Acima de 10 anos	3	4	6	1	1	15 (13,8)
Total¹	26	46	32	4	1	109
N (%)	(23,9)	(42,2)	(29,3)	(3,7)	(0,9)	(100,0)

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

Quinze enfermeiras do total afirmam que realizam CE profissionalmente há mais de 10 anos; estão apenas 13,8% das enfermeiras. Isso atesta que, mesmo essa prerrogativa tenha

sido introduzida na Lei do Exercício Profissional há mais tempo, a mesma não foi introduzida como prática efetiva nos serviços.

Uma parcela importante dessa população (57,5%) trabalha há mais de três anos na instituição de saúde à qual estão vinculadas. Algumas enfermeiras afirmam que mudaram de serviço de saúde mais de uma vez, e que as motivações de permanência ou mudança se dão em função de motivos pessoais, não adaptação na equipe de saúde, localização do serviço de saúde, entre outros. No entanto, as mudanças para outros serviços de saúde não interferem no exercício da CE. Demonstra-se, mais uma vez, que a CE é uma necessidade de demanda.

Da mesma forma, o tempo de trabalho da enfermeira na instituição ou no serviço não determina na realização da CE. Independente de a enfermeira estar há pouco tempo no serviço de saúde, ou estar há muito tempo. Isso pode ser evidenciado na Tabela 11, onde as enfermeiras que realizam a CE têm diferentes tempos de trabalho na instituição. Além disso, 18 enfermeiras que trabalham há menos de 1 ano no serviço realizam a CE; ou seja, apenas uma enfermeira que está há pouco tempo no serviço de saúde não realiza CE.

Tabela 11 - Tempo de trabalho das enfermeiras nas instituições de Atenção Básica, Porto Alegre-RS.

Tempo de Trabalho na Instituição	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	N	% ¹
Menos de 1 ano	19	15,0	18	94,7
1 a 2 anos	35	27,6	33	94,3
3 a 5 anos	53	41,7	41	77,3
6 a 10 anos	11	8,7	9	81,8
Acima de 10 anos	9	7,1	8	88,8
Total	127	100	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

Pode-se afirmar que um percentual significativo das enfermeiras que realizam CE (56,9%) tem experiência profissional na área de enfermagem há mais de 10 anos, assim como uma parte significativa (47,7%) tem experiência especificamente na área de saúde pública há mais de 6 anos (Tabelas 12 e 13). No entanto, esses não são critérios exclusivos que garantem

o exercício. Parcialmente, pode-se analisar como fator de exercício as práticas instituídas pela remodelação dos serviços e pela instituição de novos, do tipo PSF nos últimos anos.

Tabela 12 - Tempo de serviço na área de enfermagem das enfermeiras da Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Tempo de serviço na área de enfermagem	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	N	%	n	% ¹
Menos de 1 ano	1	0,8	1	100,0
1 a 2 anos	4	3,1	4	100,0
3 a 5 anos	20	15,7	18	90,0
6 a 10 anos	28	22,0	24	85,7
Acima de 10 anos	74	58,3	62	83,8
Total	127	100	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

Tabela 13 - Tempo de serviço na área de saúde pública das enfermeiras da Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Tempo de Serviço na Área de Saúde Pública	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	N	%	n	% ¹
Menos de 1 ano	8	6,3	7	87,5
1 a 2 anos	18	14,2	18	100
3 a 5 anos	35	27,6	32	91,4
6 a 10 anos	44	34,6	34	77,2
Acima de 10 anos	22	17,3	18	81,8
Total	127	100	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

Quanto ao vínculo empregatício das enfermeiras nessas instituições, predominam o celetista (48%) e o através de concurso público (47,2%). As demais enfermeiras com outros vínculos empregatícios (contratos de trabalho, contratos temporários, entre outros) perfazem 4,8% da população do estudo.

A carga horária de trabalho predominante das enfermeiras nas instituições eram de 31 a 40 horas semanais (93,7%). O tipo de vínculo empregatício não influencia na decisão de a

enfermeira em realizar a CE, visto que as enfermeiras que não realizam CE estão presentes em diferentes tipos de serviços de saúde (CS, US, USF e USC). Para evidenciar esta afirmação, veja a tabela abaixo (Tabela 14).

Tabela 14 - Regime de trabalho semanal das enfermeiras nas instituições de saúde da Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Regime de Trabalho Semanal na Instituição	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	n	%¹
0 a 20 horas semanais	1	0,8	1	100
21 a 31 horas semanais	4	3,1	3	75
31 a 40 horas semanais	119	93,7	102	85,7
Acima de 40 horas semanais	3	2,4	3	100
Total	127	100	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

A formação das enfermeiras é complementada, em sua maioria, em cursos de pós-graduação, sendo que somente 15 enfermeiras têm formação apenas de graduação em enfermagem. As demais enfermeiras freqüentaram cursos como especialização, mestrado, residência, entre outros. A formação pós-graduada predominante entre as enfermeiras é a de especialização para 72,4% (Tabela 15).

L

Tabela 15 - Formação acadêmica e técnica das enfermeiras dos serviços de saúde de Atenção Básica, Porto Alegre-RS.

Formação Acadêmica e Técnica¹	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	n	%²
Graduação	15	11,8	15	100
Mestrado	8	6,2	6	75
Especialização	92	72,4	78	84,8
Residência	5	3,9	5	100
Outra formação³	33	25,9	29	87,9

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas.

² Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

³ A categoria "Outra formação" inclui licenciatura em enfermagem e outros cursos acima de 100 horas/aula.

Pode-se afirmar que o contingente de enfermeiras que trabalham na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre é caracterizado por um perfil de especialistas. Entretanto, pode-se argumentar com base nas falas das enfermeiras que esse perfil é subutilizado, se for considerada a forma como estão organizados os atuais protocolos assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA). Embora esses protocolos contribuam para fortalecer a autonomia das enfermeiras em relação à CE, observa-se que os mesmos podem ser aperfeiçoados com as experiências cotidianas e a especialização das práticas por essas enfermeiras que o exercício cotidiano permite. As demandas da população estão além dos protocolos já existentes, e questiona-se a influência e a autonomia assistencial das enfermeiras no sentido de transformarem as práticas na medida de sua adequação técnica e assistencial.

Veja Tabela 16 abaixo sobre a formação especializada das enfermeiras dos serviços de Atenção Básica.

Tabela 16 - Formação especializada das enfermeiras dos serviços de saúde de Atenção Básica de Porto Alegre-RS.

Área de Especialização ¹	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	N	% ²
Especialização em Saúde Coletiva / Saúde Pública	57	44,9	49	88,6
Especialização em Administração / Gerenciamento	26	20,5	21	80,8
Especialização em Enfermagem do Trabalho	8	6,3	8	100,0
Especialização em Saúde Mental	4	3,1	4	100,0
Especialização em Obstetrícia	8	6,3	8	100,0
Especialização outra	16	12,6	13	81,2
Residência em Saúde Coletiva/ Saúde Pública	5	4,0	5	100,0
Residência outra	1	0,8	1	100,0
Sem especialização	35	27,5	31	88,5

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas.

² Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

Aproximadamente a metade das enfermeiras (44,9%) cursou especialização em Saúde Coletiva / Saúde Pública. Outra área significativa é a especialização em Administração / Gerenciamento, cursada por 20,5% das enfermeiras. Esses dados demonstram que as enfermeiras estão preocupadas em se especializar na área em que atuam, o que contribui para a qualidade da assistência e do exercício da CE, particularmente. A graduação em enfermagem proporciona consistente formação administrativa para as enfermeiras, e o fato de uma parcela significativa dentre elas estarem em campo da administração e gerenciamento de serviços de saúde, acredita-se, contribui para ocuparem função de coordenadoras de serviços onde trabalham, pois essas funções estão freqüentemente sob responsabilidade delas. Veja a Tabela 16 abaixo.

Observa-se também que algumas enfermeiras acumulam cursos de especialização, e outras que incluem especialização e outra formação como mestrado, residência, cursos, licenciatura em enfermagem, entre outros. Essa busca por qualificação não só assistencial, mas em diferentes níveis e para a docência em particular, indica que os espaços de atuação se ampliam e as exigências formais estão pressionando as enfermeiras ao retorno aos bancos universitários.

Das seis enfermeiras que cursaram Mestrado em Enfermagem ou Saúde Coletiva, cinco realizam CE (Tabela 17). Entretanto, as enfermeiras não afirmaram que essa formação contribui para a qualificação do exercício da enfermagem, como pode ser observado na Tabela 19 adiante.

Tabela 17 - Cursos de mestrado realizados por enfermeiras dos serviços de saúde de Atenção Básica de Porto Alegre-RS.

Área de Mestrado	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	n	% ¹
Mestrado em Enfermagem	5	3,9	4	80
Mestrado em Saúde Coletiva	1	0,8	1	100
Mestrado / outro	2	1,6	1	50
Sem mestrado	119	93,7	103	86,5
Total	127	100	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

A maioria das enfermeiras (87,4%) informou alguma formação acadêmica e/ou técnica em CE, em especial na graduação em enfermagem (82,7%), como pode ser visto nas Tabelas 18 e 19. Isso demonstra a influência e a importância da universidade na qualificação dessas enfermeiras para consolidação dessa prática. Entretanto, algumas enfermeiras referem a necessidade de a universidade capacitar melhor em relação ao exame físico na CE; outras enfermeiras informaram que essa formação foi “pouca”, “pinceladas”, visto a complexidade que envolve a CE.

Tabela 18 - Formação acadêmica e/ou aperfeiçoamento técnico em CE das enfermeiras na Atenção Básica de Porto Alegre-RS.

Formação Acadêmica e/ou Aperfeiçoamento em CE	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	n	% ¹
Sim	111	87,4	97	87,4
Não	16	12,6	12	75
Total	127	100	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

Tabela 19 - Local de Obtenção da formação / capacitação em CE pelas enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre-RS.

Local de Obtenção da Formação em CE ¹	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	n	% ²
Graduação	105	82,7	93	88,6
Especialização / residência	33	26,0	31	93,9
Capacitação / treinamento	13	10,2	12	92,3
Curso de curta duração / palestra	25	19,7	24	96,0
Questão não se aplica, pois não teve formação	16	12,6	12	75,0
Outra forma	8	6,3	7	87,5

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas.

² Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

Das dezesseis enfermeiras que informaram que não tiveram qualquer formação acadêmica e/ou aperfeiçoamento em CE, doze realizam CE (Tabela 18). Essas enfermeiras informaram que o aprendizado em relação à CE deu-se na prática do serviço, baseada em conhecimentos técnico-científicos em enfermagem, adquiridos na graduação. Assim, constata-se que, novamente, a universidade teve papel decisivo para que as enfermeiras atuassem na CE.

Conforme a Tabela 20 que se segue, mais da metade das enfermeiras (55,9%) graduaram-se em Enfermagem há mais de 10 anos. Destas, 60 enfermeiras (47,2%) tiveram outra formação, incluindo mestrado, especialização, residência, e outras.

Tabela 20 - Ano de formação acadêmica em graduação em enfermagem das enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Ano de formação acadêmica na graduação	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	n	% ¹
1- nos últimos 2 anos	2	1,6	1	50
2- nos últimos 5 anos	19	15	19	100
3- nos últimos 10 anos	35	27,6	30	85,7
4- nos últimos 20 anos	44	34,6	35	79,5
5- acima de 20 anos	27	21,3	24	88,8
TOTAL	127	100	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

Constata-se que, nos últimos anos, houve uma grande procura por cursos especializados por essas enfermeiras (Tabela 21). Pensa-se que a procura por cursos especializados ou outros se deve a necessidade das enfermeiras em se qualificar melhor para o mercado de trabalho mais competitivo e para aumentar o leque de opções de trabalho, visto que o número de enfermeiras e de cursos de graduação em enfermagem no país aumentou nos últimos anos. Segundo autoras como Lopes & Leal (2005), na década de 80, existiam menos de 100 cursos de graduação; hoje são 450 cursos. Considerando o ano de 2000 em diante, houve o aumento de 159% dos cursos universitários de enfermagem. Isso fez com que as

enfermeiras aumentassem a procura por capacitação em sua área de atuação e, conseqüentemente, houve ampliação da ação como enfermeira, repercutindo no exercício da CE.

Tabela 21 - Ano da última formação acadêmica das enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

Ano da última formação acadêmica	População Total de enfermeiras (T=127)		População Total de Enfermeiras que Realizam CE (T1 = 109)	
	n	%	n	% ¹
1- nos últimos 2 anos	42	33,1	37	88,1
2- nos últimos 5 anos	32	25,2	28	87,5
3- nos últimos 10 anos	32	25,2	27	84,4
4- nos últimos 20 anos	15	11,8	11	73,3
5- acima de 20 anos	6	4,7	6	100
TOTAL	127	100	109	85,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se a percentual relativo ao número total de enfermeiras da Atenção Básica de Porto Alegre.

O que se quer dizer, além disso, é que a maioria das enfermeiras que está na Atenção Básica formou-se há mais de 5 anos (83,5%), o que pode estar indicando a tendência de mudança no mercado do hospital para a Atenção Básica (Tabela 20).

A maioria das enfermeiras (33,1%) também diz que teve sua última formação acadêmica nos últimos 2 anos; dessas apenas 2 enfermeiras tiveram a graduação como última formação. Mais uma vez mostra-se que essas enfermeiras tiveram a preocupação na atualização de conhecimentos (Tabela 21), em função de sua prática e do mercado de trabalho.

Outros aspectos podem ser analisados também em função da procura por capacitação em sua área de atuação. Atualmente, as instituições de saúde exigem dos serviços de saúde que atinjam metas estabelecidas em programas de saúde, e as enfermeiras têm papel importante nessa obtenção, visto que as demandas da população são muito maior que a capacidade de oferta de atendimentos tradicionais (consultas) por parte dos serviços de saúde. A enfermeira, nesse sentido, é aliada, pois contribui para diminuir essas demandas através da CE, acolhimento, visita domiciliar e outras formas de atendimento.

Entretanto, através do relato das enfermeiras, essa contribuição não é reconhecida, sob vários aspectos: a população e integrantes da própria equipe de saúde não sabem o significado da CE, e solicitam o “atendimento”, a “olhadinha”, a “avaliada” (ou seja, avaliação), e outras formas de denominação dadas para a CE. Além disso, os atendimentos realizados pelas enfermeiras (incluindo programas de saúde pública) são mascarados quando colocados em estatísticas dos sistemas de informação em saúde. No cotidiano dos serviços, as estatísticas de atendimento não especificam e/ou não levam em consideração quem atendeu em certos casos, se foi a enfermeira ou se foi o médico comunitário ou outro. Assim, os números sofrem impacto da ação das enfermeiras, mas não as identificam como sujeitos produtores da ação. A pressão institucional existe para atender a população e para conseguir atingir metas de programas de saúde pública, mas não especificamente para realização da CE, por exemplo.

Quanto ao exercício da prática como prerrogativa legal, a maioria das enfermeiras (92,9%) verbalizaram que não há fiscalização de órgãos disciplinadores da área da saúde em relação à prática da CE. Essas enfermeiras afirmam que o Conselho Regional de Enfermagem (COREN-RS) fiscalizava as condições sanitárias e de pessoal dos serviços de saúde, mas não especificamente a prática da CE. Nesse sentido, as enfermeiras argumentam que a falta de fiscalização deste tipo não interfere na realização da prática da CE. Conselhos disciplinadores de outras profissões também não interferem nesse exercício através de fiscalização, dizem as enfermeiras, com exceção ao Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS-RS), que tem questionado, em nosso meio, a prática de algumas ações de enfermagem considerando-as como exercício ilegal.

As enfermeiras reconhecem que o CREMERS tem mantido propaganda na mídia em relação às “irregularidades” na profissão quanto à CE, fazendo que as enfermeiras tenham receio de realizá-la em sua plenitude. Um dos receios dessas enfermeiras é de se envolverem sozinhas em situações judiciais de exercício profissional, por “denúncias” do CREMERS. A influência dessa ação através da mídia pode ser constatada por nós na visita em alguns serviços de saúde, onde usuários de saúde, sem saberem que éramos enfermeiras, reclamavam que a enfermeira não poderia fazer consulta e que queriam ser atendidas por profissional médico. Mesmo assim, as enfermeiras realizam CE em função, muitas vezes por pressão, e da necessidade de atendimentos.

Acredito que a classe médica não pode dizer qual profissional está habilitado e como exercer a Consulta de Enfermagem, pois se trata de uma prerrogativa da enfermeira. Essa categoria profissional contesta que a atuação das enfermeiras informando que as mesmas

realizam práticas que são historicamente médicas. Isso demonstra a luta por espaço de poder e de mercado de trabalho.

Grande parte das enfermeiras (40 enfermeiras), além da assistência, tem a função de coordenadora do serviço de saúde, o que corresponde a 31,5% das enfermeiras entrevistadas para este estudo. O fato de a enfermeira ser coordenadora do serviço de saúde não parece interferir na decisão da mesma em realizar CE, pois apenas sete enfermeiras coordenadoras de serviço não realizam a CE. O dado de que as enfermeiras são coordenadoras dos serviços de saúde pode ser maior, visto que, neste caso específico, a coleta de dados foi prejudicada em função da falta de preenchimento de campo no formulário de entrevista em alguns serviços.

A Tabela 22 abaixo mostra que grande parcela de enfermeiras (79,5%) não teve capacitações e/ou treinamentos em CE proporcionados pela instituição de saúde onde trabalham. Foi necessário esclarecer este item ao entrevistar as enfermeiras, pois as mesmas confundiam treinamento em atividades complementares à CE (realizar um citopatológico, a forma de exame físico, programas de saúde, etc.) com a metodologia da CE.

Tabela 22. Existência de treinamento / capacitação em CE na instituição atual, Porto Alegre-RS.

Capacitação / Treinamento em CE na Instituição Atual	População Total de enfermeiras (T=127)	
	n	%
Sim	26	20,5
Não	101	79,5
Total	127	100

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

Do total de 127 enfermeiras, apenas 26 enfermeiras afirmaram que tiveram capacitações em CE pela instituição em que trabalham. No entanto, observa-se que houve capacitações específicas voltadas a um determinado conhecimento técnico a ser utilizado, com a finalidade de atender as exigências governamentais dos programas de saúde pública. Essas capacitações foram proporcionadas por instituição municipal (19), por instituição mista (5), por instituição (1), federal (1) e por instituição estadual (1).

Essas capacitações consistiram em palestras, cursos de curta duração, cursos especializados, grupos de estudos continuados, reuniões de serviço, e outra forma de treinamento, como treinamento em serviço.

Constata-se que, na questão da qualificação para o exercício da CE, predominam duas situações: ou a enfermeira não realizou os treinamentos/capacitações vinculados à instituição, ou recebeu treinamentos/capacitações em CE de forma esporádica. Reconhece-se, entretanto, que as instituições proporcionam treinamentos / capacitações em diferentes áreas (obstetrícia, ginecologia, pediatria, humanização da assistência, programas de saúde, etc.) e que essas fornecem subsídios para o sucesso da terapêutica na CE. A questão está na metodologia da CE, que é pouco abordada nessas capacitações, senão inexistente, seja qual for o processo metodológico a ser utilizado nos serviços de saúde.

Os serviços pouco valorizam a educação continuada ou permanente dos profissionais enfermeiros, que procuraram cursos/especializações fora da instituição. Entre as enfermeiras que afirmaram ter tido capacitação em CE por parte da instituição (26), dezessete disseram que as capacitações eram realizadas em períodos aleatórios / isolados, e para as demais, as capacitações eram periódicas (semanal, mensal ou anual). A maioria dos treinamentos existentes são esporádicos e visam a capacitar enfermeiras na atuação em programas de saúde pública, ou fornecer algumas ferramentas técnicas para o exercício da CE, como exame físico, coleta de citopatológico, prescrição de medicamentos, etc.

Não é a formação acadêmica que determina a realização da CE, mas a necessidade da população por CE percebida pelas enfermeiras. Isso é evidenciado no fato que as instituições realizam treinamentos em relação às demandas da população e não à uma necessidade de institucionalizar a prática da CE como uma metodologia de intervenção em saúde, capaz de dar conta das demandas com competência e resolutividade. Conforme dito anteriormente, houve treinamentos pela instituição, mas praticamente não houve treinamento sobre os procedimentos / metodologia de CE.

4.3 A Consulta de Enfermagem e a modalidade assistencial

Os dados aqui apresentados buscam responder a questionamentos referentes à CE enquanto estratégia metodológico-assistencial e/ou de demanda dos serviços. Inicialmente, procedeu-se ao questionamento sobre qual a clientela atendida na CE, e descreveu-se o que as

enfermeiras responderam espontaneamente. No momento em que a enfermeira declarava que não havia mais o que acrescentar a pergunta, referiu-se os itens do formulário-guia, os quais não foram citados por ela anteriormente, obtendo-se, desta forma, as respostas estimuladas.

Constatou-se que as respostas espontâneas revelam o cotidiano de atendimento da CE, enquanto que a complementação das respostas espontâneas e estimuladas abrange a amplitude dos atendimentos da CE aos diferentes grupos etários e de sexo na Atenção Básica de Porto Alegre.

Tabela 23 - Usuários classificados por categorias etárias e sexo atendidos pelas enfermeiras nas CEs, Porto Alegre-RS.

Usuários Atendidos por Categorias Etárias e Sexo ^{1,2}	População Total de Enfermeiras que realizam CE (T1=109)			
	Respostas Espontâneas		Respostas Estimuladas	
	n	%	n	%
Recém-nascido (0 a 1 mês)	54	49,5	91	83,5
Crianças (1 mês e 1 dia a 11 anos)	74	67,9	98	89,9
Adolescentes femininos (12 anos a 20 anos)	69	63,3	96	88,1
Adolescentes masculinos (12 anos a 20 anos)	17	15,6	51	46,8
Mulheres adultas (21 anos a 59 anos)	87	79,8	102	93,6
Homens adultos (21 anos a 59 anos)	29	26,6	75	68,8
Idosas (acima de 59 anos)	50	45,9	94	86,2
Idosos (acima de 59 anos)	34	31,2	86	78,9

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas.

² Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

A clientela atendida no cotidiano das CEs na Atenção Básica de Porto Alegre concentra-se principalmente na população feminina e infantil, que são populações com atendimento tradicionalmente induzido por programas de saúde pública. Pode-se observar nas respostas espontâneas da Tabela 23 que a grande maioria de enfermeiras (79,8%) afirma atender mulheres adultas entre 21 e 59 anos na CE, seguida de crianças de 1 mês a 11 anos para 67,9% das enfermeiras que realizam CE.

Com exceção dos demais grupos etários e de sexo não referidos, as respostas estimuladas revelam que a população adolescente masculina é a menos atendida nas CEs nos serviços de Atenção Básica de Porto Alegre.

A população que é menos atendida no cotidiano das CEs são adolescentes masculinos (15,6%) e homens adultos entre 21 e 59 anos (26,6%). Já para a população idosa masculina, esse número aumenta para 31,2%, sugerindo a frequência de doenças crônico-degenerativas e a necessidade do acompanhamento continuado com educação em saúde realizada na CE.

Cabe ressaltar que, durante a coleta de dados, ao se questionar as enfermeiras sobre outros perfis de usuários constantes no formulário-guia de entrevista, as respostas estimuladas mostraram que as enfermeiras atendem os diferentes grupos etários, o que amplia a população atendida nas CEs. Essas respostas evidenciaram que as populações para as quais não existem programas instituídos de saúde pública são alvo de CEs do tipo acolhimento, CEs “do dia”, CEs “de corredor” e nas CEs “da família” ou consultas “dois em um”, terminologia esta dada pelas próprias enfermeiras, explicitadas no transcrito deste estudo.

Grande parte das enfermeiras tem dificuldade de definir CE. Algumas consideram o acolhimento como CE, outras não. Da mesma forma, acontece com atendimentos realizados nos corredores dos serviços de saúde, quando o usuário solicita orientações da enfermeira através de “uma palavrinha”. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p.5), o acolhimento é:

uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional / usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir o sucesso desses encaminhamentos.”

Algumas enfermeiras referem que os usuários criam estratégias para serem atendidos no serviço de saúde, o que evidencia a construção social da demanda. Dentre as estratégias, citam as seguintes:

- quando procuram a recepção para marcar consulta;
- quando são atendidos no acolhimento; “aproveitam” o momento;
- quando o usuário “enxerga” a enfermeira no serviço de saúde e vai ao seu encontro, procurando orientações (referida por algumas enfermeiras como consulta “de corredor”);

- quando a enfermeira vai ao domicílio (VD);
- quando está participando da CE de outro usuário;
- quando traz outro usuário para a CE.

Essas duas últimas situações, algumas enfermeiras denominam como consulta “dois em um” e/ou consulta “da família”. É comum quando um integrante da família tem a CE agendada e vem acompanhado de demais integrantes, o que determina uma CE longa, com diferentes usuários e motivos de consulta.

Um exemplo comum de consulta “dois em um” e “de família” é quando a mãe vem com seus filhos ao posto de saúde para consultar com a enfermeira, com a finalidade de realizar o citopatológico ou fazer consulta ginecológica. Nessa ocasião, são atendidos também os filhos dessa mulher. Nessa situação, a enfermeira atende tanto o programa de saúde da mulher como o de saúde da criança.

As visitas domiciliares frequentemente têm perfil de consulta, sendo dirigida para a família, mesmo sendo inicialmente planejada para um de seus membros.

Vinte e sete enfermeiras (24,8%) não especificaram os usuários de suas consultas, afirmando que atendiam os mais variados grupos de pessoas, independentemente de sexo e idade. Dentre os motivos para não especificarem a clientela, referem os seguintes:

- atendem qualquer tipo de demanda (livre), em função da CE “do dia” ou acolhimento;
- especificaram patologias, como doenças crônico-degenerativas, DST/AIDS e/ou problemas de saúde mental, os quais podem ocorrer em qualquer idade ou sexo;
- atendem pais, professores e estudantes de escolas e creches, com as mais diversas características e demandas assistenciais;
- atendem puérperas em diferentes faixas etárias; e
- atendem a família, que é um universo heterogêneo, com diferentes tipos e presença de diferentes gerações. Uma enfermeira refere que atende casal de adolescentes; neste caso, a adolescente vem à CE por algum motivo que deve ser compartilhado com o companheiro; para tal, em um segundo momento, o casal vem à CE. Essa situação resulta em uma estratégia da enfermeira para atingir a população masculina, através de companheiras e esposas.

A modalidade de CE definida no serviço como “agendada”, “do dia” ou “acolhimento” geralmente condiciona o tipo de população atendida. No caso da CE agendada, a população-alvo é aquela favorecida em programas de saúde pública. Já as CE “do dia” e do tipo acolhimento dirigem-se à qualquer demanda da população.

Na Tabela 24 que segue pode-se observar que, entre as enfermeiras que realizam a CE, 87,2% delas têm agenda própria para a CE. As demais enfermeiras não têm agenda apropriada para esta finalidade. Também é expressivo o número de enfermeiras que realizam CE “do dia” (78,9%). Constata-se também que a maioria das enfermeiras realiza esses dois tipos de CE (71,5%), mostrando que a CE realizada em Porto Alegre resulta de estratégias para atendimento de metas dos programas de saúde pública e, em menor proporção, da demanda espontânea.

Tabela 24 - Presença de CE agendada e CE “do dia” nos serviços de saúde de Atenção Básica, Porto Alegre-RS.

Presença de CE agendada	Presença de CE “do Dia” ¹		Total N (%)
	Sim	Não	
Sim	78	17	95 (87,2%)
Não	8	6	14 (12,8%)
Total: n (%)	86 (78,9%)	23 (21,1%)	109 (100%) ²

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Consulta de Enfermagem (CE) “do Dia” refere-se aquela que acontece no próprio dia, por demanda espontânea.

² Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

Seis enfermeiras referem que não realizam CE na modalidade de agenda nem CE “do dia”, mas realizam CE. Isso se deve à concepção que essas enfermeiras têm em relação à CE “do dia”. Para elas, a CE “do dia” é aquela consulta quem tem agenda aberta para aquele dia, conforme livre demanda e ordem de chegada dos pacientes. Ou seja, a demanda espontânea que vem ao serviço de saúde acaba sendo organizada em horários pré-definidos em uma agenda, só que o atendimento é realizado naquele dia. Para essas enfermeiras, deduz-se que a necessidade de CE é menor nos locais onde trabalham, não necessitando de agenda para organizarem a livre demanda do dia. Elas atendem as demandas conforme aparecem e exigem a intervenção da enfermeira.

Nesse sentido, observam-se duas concepções de CE “do dia”: ela é realizada em função da demanda livre, não organizada em agenda, no dia; ou em função da demanda livre organizada em agenda por horários pré-definidos naquele dia.

4.4 O exercício da Consulta de Enfermagem: motivações / desmotivações

Durante o transcorrer e, por vezes, na finalização das entrevistas, algumas enfermeiras expressaram que, até então, não tinham pensado a respeito da CE, especificamente nos motivos de se desenvolvê-la ou não. Algumas delas disseram que a entrevista deste estudo as fez pensar e a tomarem consciência de seu exercício profissional em relação à CE mais profundamente. Outras mencionaram questionamentos e idéias em relação à definição da CE e à interação entre CE, acolhimento e demanda da população. Alguns desses questionamentos constituem os itens apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 25 - Motivos informados pelas enfermeiras que realizam CE nos serviços de saúde de Atenção Básica, Porto Alegre-RS.

Motivos para Fazer CE¹	População Total de Enfermeiras (T=127)	
	n	%
Exigência formal da instituição	7	6,4%
Solicitação informal da instituição	6	5,5%
Solicitação de outros profissionais de saúde	5	4,6%
Gosta / deseja realizar a CE	34	31,2%
Considera importante a realização da CE para a população.	37	33,9%
Considera importante a realização da CE para diminuir a demanda da clientela para o serviço de saúde	13	11,9%
Considera a CE como prerrogativa / exigência profissional do Enfermeiro	44	40,4%
Outro motivo ²	88	80,7%

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas.

² O item “Outro motivo” inclui tópicos variados que as enfermeiras relataram espontaneamente e que não estão presentes no formulário de entrevista.

Inicialmente, uma parcela das enfermeiras refere que os motivos para realizar CE são os seguintes: gostam de realizar CE (31,2%), consideram a CE importante para a população (33,9%), e/ou consideravam a CE como prerrogativa/exigência profissional do Enfermeiro (40,4%). Entretanto, essas respostas iniciais mostraram-se como idealizações e, à medida que

se avançava na discussão, informaram outros motivos mais complexos para o seu desenvolvimento, como por exemplo, as demandas dos usuários aos serviços de saúde.

Apenas 11,9% das enfermeiras responderam espontaneamente que o motivo para realizar CE era que a CE diminuía a demanda para o serviço de saúde onde trabalhavam. Essa porcentagem subiu para 65,1% das enfermeiras, quando eram induzidas a responder se realizavam CE para diminuir a demanda da clientela para o serviço. Essa situação atesta que, potencialmente, a CE se configura em uma estratégia de demanda necessária aos serviços, o que responde o questionamento inicial deste estudo sobre se a CE é uma estratégia de demanda ou uma estratégia metodológica. A partir dos discursos das enfermeiras, constata-se que:

- a CE diminui a demanda efetivamente do serviço de saúde, pois os pacientes tem suas necessidades atendidas;
- a CE diminui a demanda por consulta médica;
- a CE pode aumentar a demanda em certos casos, pois há ciclo vicioso entre oferta e demanda de serviços, ou seja, à medida que aumentam os serviços disponíveis para a população, estimula-se a maior procura de pessoas a esse serviço;
- a CE tem a finalidade de diminuir a demanda, o que nem sempre ocorre.

Desta forma, a CE surge como uma exigência profissional em função da população. Entretanto, como o número de profissionais e oferta de serviço não suprem as necessidades dos usuários, a CE surge, por vezes, no anonimato, através das “conversinhas”, de “uma palavrinha no corredor”, de “uma olhadinha”, de uma “avaliada” ou do acolhimento. Independentemente de qual seja a finalidade e a forma como é definida ou desenvolvida a CE pelas enfermeiras e/ou encarada pelos demais profissionais e pela população, a demanda está fazendo com que esta prática se fortaleça, e, aos poucos, seja reconhecida e legitimada pela população.

Outro motivo para realizar a CE referido é em função dos programas de saúde pública e a qualidade dos registros produzidos pelas enfermeiras. Observa-se que as enfermeiras assumem os programas de saúde pública e o médico atua em situações em que “saíam do campo de atuação” da enfermeira (ou seja, situações não inclusas em programas de saúde públicas) ou em atendimentos de demanda espontânea. Outra situação referida é que diferentes profissionais de saúde do serviço compartilham entre si a responsabilidade por determinado programa de saúde pública. Nesse caso, por exemplo, a enfermeira pode assumir o Programa de Saúde da Criança, e o médico, o Programa de Saúde da Mulher.

O exercício da CE também é referido como:

- a CE traz maior autonomia e considera o paciente de forma integral;
- o ensino da CE tem proporcionado mais subsídios para atuação, como por exemplo para enfermeiras residentes;
- os protocolos e os programas de saúde pública têm configurado em exigências formais/informais da instituição para a realização da CE;
- os demais profissionais de saúde induzem a enfermeira a realizar CE através da “olhadinha”, de “uma avaliada” no paciente;
- a CE é uma continuidade do acolhimento;
- permite fazer as prescrições conforme protocolo.
- para avaliação do serviço de saúde;
- para auxiliar a equipe de saúde;
- para ter uma visão social;
- para a humanização do atendimento;
- porque permite dedicação a orientações, educação em saúde. A terapêutica medicamentosa não é suficiente;
- as enfermeiras estão mais bem preparadas para o registro, por exemplo do pré-natal e Pré-nenê;
- a consulta é resolutiva; permite o contato direto com o paciente; permite ajudar o paciente ao máximo dentro dos limites do seu campo de atuação.

Nesse último tópico, a enfermeira refere que tenta esgotar os conhecimentos e as atividades técnicas em seu campo de atuação, para que o paciente seja, então, encaminhado para outro profissional. Algumas enfermeiras dizem que ajudam o paciente dentro de seu campo de atuação para diminuir a demanda para consulta médica, visto que a oferta de consulta médica é reduzida em relação às demandas da população. Para essas enfermeiras, muitos motivos que levam a população à procura de consulta médica poderiam ser resolvidos ou encaminhados por enfermeiras, por se tratarem de aspectos emocionais, familiares, sociais, de educação em saúde ou de ensinar o usuário a se localizar dentro da rede de atenção à saúde. Isso confirma a necessidade da CE para estas demandas, pois não está limitada aos aspectos biológicos das pessoas que são atendidas pelas enfermeiras, e se afirma como uma prática que visa à integralidade; entretanto, permanece a “cultura da consulta médica” na população.

Assim, concordamos com Pinheiro e Mattos (2005) quando tratam a respeito da construção social da demanda em saúde. Segundo estes autores, a demanda em saúde é construída social e historicamente, e reflete uma luta política entre diversos sujeitos (usuários

de saúde, profissionais, gestores, políticos, entre outros) que tensionam e disputam em torno do entrelaçamento de necessidades e poderes.

Considerando-se esses aspectos, acredita-se que a CE seja um momento em que a enfermeira se dedica à escuta, visualizando a pessoa em sua integralidade, avançando além das atividades técnicas. A demanda da população é por escuta e por resolutividade de seus problemas, sendo que a resolutividade está associada à escuta, à comunicação, à disponibilidade das enfermeiras. Nesse sentido, embora não tenha sido o enfoque deste estudo, reconhecemos que seria interessante conhecer a opinião dos usuários sobre a CE.

Para outras enfermeiras, a CE não é considerada para diminuir a demanda, pois estimula a população a procurar mais o serviço. Quanto mais oferta de consultas (seja médicas ou de enfermagem) no serviço, mais demanda de pessoas aparece. Com implantação do Programa Acolhimento em Porto Alegre, uma grande parcela das enfermeiras diz que as demandas por consulta médica e de enfermagem aumentaram. Isso se deve, principalmente, quando se toma ciência dos problemas dos usuários no acolhimento e não dar retorno a essas necessidades é o mesmo que o profissional negligenciar / fazer descaso com a condição do paciente.

Anteriormente, a responsabilidade de procurar o serviço de saúde era, em grande parte, do usuário. Com o acolhimento, grande parte da responsabilidade é do profissional. Assim, quando a enfermeira se envolve no acolhimento e escuta as necessidades dos pacientes, ela tem que tomar decisões que estarão sob sua responsabilidade. O momento que sai de sua competência profissional, ela envolve outros profissionais (em especial, o médico) a fim de dar resolutividade às necessidades do usuário. Entretanto, conforme relato de algumas enfermeiras, ocorre por vezes uma espécie de jogo de “empurra-empurra” de quem ficará a responsabilidade legal sobre o paciente. Nesse sentido, há maior atuação na CE e da interação entre profissionais, gerando conflitos ou não.

As enfermeiras que não realizam CE mencionam diversos motivos para a sua não realização (Tabela 26). O principal motivo referido é em relação às funções administrativas que as enfermeiras acabam assumindo no cotidiano do serviço (61,1%). Isso se deve principalmente a funções de coordenação, quando o trabalho da enfermeira acaba se dividindo em questões administrativas e de assistência. Esta característica é mantida ao longo da história da enfermagem, evidenciada em trabalhos de vários autores, como Rossi e Silva (2005), Melo *et al* (1996), Mendes (1985), entre outros.

Tabela 26 - Motivos informados pelas enfermeiras para não realizar CE nos serviços de Atenção Básica, Porto Alegre-RS.

Motivos para Não Fazer CE¹	N	%³
Não teve/não tem formação para isso	1	5,6
Não sente segurança técnica para a realização da CE	3	16,7
Acredita não ter amparo legal para isso	1	5,6
Tem funções administrativas que impedem a realização da CE	11	61,1
Sente-se ou é impedida(o) de realizar a CE por outros profissionais de saúde	2	11,1
Não tem ambiente físico e/ou recursos materiais para sua realização	2	11,1
A instituição não exige a sua realização	2	11,1
Outro motivo²	18	100,0

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas.

² O item “Outro motivo” inclui tópicos variados que as enfermeiras relataram espontaneamente e que não estão presentes no formulário de entrevista.

³ Refere-se à população total de enfermeiras que não realizam CE.

Outra característica observada é que esses serviços apresentam diversos profissionais de saúde envolvidos, e a enfermeira, nesse sentido, oferece serviços administrativos (burocráticos), de apoio aos demais profissionais, supervisão de auxiliares e técnicos de enfermagem, e atendimento de demandas diversas, urgências, intercorrências e orientações aos usuários do serviço, não configurando CE conforme elas. Algumas dessas enfermeiras dizem que os demais profissionais (pediatras, ginecologistas/obstetras, etc) conseguem atender a demanda e, portanto, elas não necessitam realizar a CE. Outras dizem que há sobrecarga de trabalho, impedindo de realizar a CE. Há também aquelas que se consideram “bombeiro”, “apagando incêndio” no serviço de saúde, pois ficam na “linha de frente”. Assim, falta tempo para a consulta, sendo consumidas pelo cotidiano, pela demanda. Desta forma, o trabalho da enfermeira está em função do trabalho médico, e não do usuário de saúde, característica vigente do Modelo Biomédico.

O segundo motivo é de que a enfermeira não sente segurança técnica para a realização da CE (16,7%).

Outros motivos para as enfermeiras não realizarem CE apareceram, porém não estavam inclusos no formulário-guia de entrevista. Dentre esses motivos podemos citar:

- processo de trabalho: falta de disponibilidade de consultório ou horários de consultório (informação de cinco enfermeiras), pois esses locais são utilizados por outros profissionais e

“doutorandos” (alunos graduandos de medicina); e responsabilidade e priorização de outras atividades (VDs, atividade de grupo, programa de imunobiológicos, entre outros), impedindo de se organizar para realizar a CE.

- necessidade de se atualizar antes de realizar CE;
- supervisão de oito USFs, mas a enfermeira capacita as enfermeiras para realizarem CE;
- necessidade de preenchimento de relatórios no serviço (2 enfermeiras);
- realização de procedimentos de enfermagem, mas não configuram CE;

- falta de ambiente receptivo para a realização da CE, em função da chefia (médica) do serviço que é contra a CE e à favor do Ato Médico. Entretanto, através da observação em serviço, há cartazes sobre projetos Nascer e Esperança, que estão sob responsabilidade desta enfermeira;

- há muitos médicos no serviço e, portanto, não há necessidade de se realizar a CE.

Entretanto, faz triagem de pacientes e encaminha para a consulta médica;

- a enfermeira de outro serviço de saúde está cobrindo as férias de outra enfermeira que não abriu agenda de CE;

- falta de tempo: a escuta do idoso consome muito tempo;

- falta de hábito de se realizar a CE;

- falta de respaldo da instituição, do Sindicato dos Enfermeiros e/ou COREN-RS;

- questões pessoais: uma enfermeira refere que sua colega enfermeira teve problemas judiciais em relação à prescrição medicamentosa na CE, o que a levou a também não realizar a CE.

4.5 A Consulta de Enfermagem como processo metodológico: diversidade

Um dos principais objetivos foi conhecer os processos metodológicos utilizados na CE pelas enfermeiras nos serviços de saúde de Atenção Básica de Porto Alegre. Primeiramente, houve a necessidade de esclarecer sobre a compreensão das enfermeiras sobre o que significa metodologia da CE. Muitas enfermeiras confundiam metodologia de CE e instrumentos/atividades utilizados durante a CE. Um exemplo concreto são os protocolos de saúde pública, definidos para a Atenção Básica oriundos da SMS/POA ou do MS.

Algumas enfermeiras relataram que utilizam esses protocolos como metodologia de CE; outras enfermeiras, no entanto, não os consideram dessa forma. Durante o transcorrer das

entrevistas, grande parte das enfermeiras levantaram questionamentos sobre a metodologia de CE, a necessidade de CE nos serviços de saúde e sua relação com a demanda / clientela. Esse fato suscitou discussões interessantes e esclarecedoras.

Em relação à presença de metodologia de CE, a maioria das enfermeiras respondeu que segue procedimentos metodológicos na CE (82,6%). À primeira vista, isso poderia ser considerado um indicativo de que as enfermeiras utilizam metodologia de CE regularmente na sua prática cotidiana, mas, ao questioná-las sobre qual a metodologia utilizada, revelou-se uma situação ambígua. As enfermeiras que especificaram a metodologia utilizada na CE representam apenas 55% da população que realiza a CE (Tabelas 27 e 28).

Tabela 27 - Utilização de processos metodológicos para a realização das CEs pelas enfermeiras que desenvolvem CE nas Unidades de Atenção Básica, Porto Alegre-RS.

Utilização de Processo Metodológico	n	%
Sim	90	82,6
Não	19	17,4
Total¹	109	100

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

Tabela 28 - Processos metodológicos (específicos ou não) utilizados pelas enfermeiras que desenvolvem CE nas Unidades de Atenção Básica, Porto Alegre-RS.

Utilização de Processo Metodológico	n	%
Especificaram a metodologia utilizada	60	55,0
Não especificaram a metodologia utilizada	30	27,5
Não utilizam	19	17,5
Total¹	109	100

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

As demais enfermeiras que realizam consulta (45%) não especificaram ou não souberam responder qual a metodologia utilizada na CE. Constata-se que essas enfermeiras se utilizam de conhecimentos gerais de enfermagem adquiridos durante a graduação em enfermagem, na

experiência em serviço e na prática cotidiana com a clientela atendida. Desconhecem ou não seguem pressupostos teórico-metodológicos.

Embora muitas enfermeiras não soubessem especificar qual pressuposto metodológico de CE seguiam, descreveram etapas da CE realizada por elas. Falaram da importância da escuta e da avaliação do paciente; de ver o que o paciente precisa; em realizar o exame físico; em identificar os problemas informados ou os não informados pelo paciente; e em definir a conduta.

Algumas vezes, a metodologia é confundida com a finalidade ou modalidade assistencial da CE. Nessa situação, algumas enfermeiras referem que os passos da CE são procedimentos tidos como conduta terapêutica, como: exame físico; solicitação de exames; encaminhamento; entre outros. Não exploraram em suas explicações o que antecede esses procedimentos e a comunicação entre enfermeira e paciente.

Os processos metodológicos mencionados consistiram nos seguintes: Método de Weed; Processo de Enfermagem de Wanda Horta ou somente Processo de Enfermagem; Teoria de Orem; Manual de Enfermagem do MS; Manuais de Programas de Saúde Pública; Carpenito; Protocolo de Saúde da Criança de Zero a Cinco Anos da SMS/POA; North American Nursing Diagnoses Association (referida pelas enfermeiras como NANDA); e protocolos locais (Tabela 29).

Tabela 29 - Processos metodológicos de CE utilizados pelas enfermeiras que realizam CE nas Unidades de Atenção Básica, Porto Alegre-RS.

Processos Metodológicos de CE referidos¹	n	%³
Método de Weed, SOIC ² , ou SOC ²	40	36,7
Processo de Enfermagem de Wanda Horta	11	10,1
Teoria de Enfermagem de OREM	1	0,9
Manual de Enfermagem do Ministério da Saúde	1	0,9
Protocolo de Saúde da Criança de Zero a Cinco Anos	1	0,9
Manuais de Programas de Saúde Pública	4	3,6
Diagnósticos de Enfermagem de Lynda Juall Carpenito	1	0,9
Protocolo do Programa Pré-Nenê da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre	1	0,9
North American Nursing Diagnoses Association (NANDA)	1	0,9
Outros (livros referenciados)	3	2,7

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas.

² S = subjetivo; O = objetivo; I = interpretação; C = conduta.

³ Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

A metodologia de CE mencionada com mais frequência é a estrutura de SOC ou SOIC. (em S - Subjetivo, O - Objetivo, I - Interpretação e C - Conduta), que, em princípio, significaria as etapas de registro de ações. Essa estrutura é derivada do modelo de Weed, que consiste basicamente em S - dados subjetivos (queixas), O - dados objetivos (achados), A - avaliação (testes e conclusões) e P - plano de cuidado (MAJEWSKI, 2003, LOPES, 2005). Foram 40 enfermeiras que citaram essa estrutura como metodologia de CE, representando 36,7% das enfermeiras que realizam CE. A segunda metodologia de CE é o Processo de Enfermagem de Wanda Horta (10,1%).

O Modelo de Weed, chamado também de Prontuário Médico Orientado a Problemas, foi proposto por Lawrence Weed na década de 60. Este modelo é uma forma de registro de informações associado aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos adotados (MAJEWSKI, 2003, LOPES, 2005).

Embora esse modelo seja reconhecido como forma de organizar o registro de consulta médica e de enfermagem, uma parcela das enfermeiras atua na CE seguindo uma estrutura modificada do Modelo de Weed. Nesse sentido, o Subjetivo (S) é encarado como o momento em que a enfermeira ouve o paciente, em que o paciente revela o motivo para ter vindo à consulta, e em que a enfermeira faz levantamento de dados subjetivos importantes para o sucesso da CE. O Objetivo (O) é a etapa onde se realiza o exame físico, compara resultados do prontuário a partir de dados objetivos, clínicos, mensuráveis. Já a Conduta (C) é o momento em que a enfermeira faz a sua ação (prescrição de cuidados ou medicamentos, orientações, encaminhamentos, etc.).

A maioria das enfermeiras informou que não utiliza a Interpretação. Mesmo assim, a confrontação de dados subjetivos e dados objetivos representa a análise, que culmina em um diagnóstico, seja clínico ou de enfermagem, registrado ou não.

Quatro enfermeiras informaram que utilizavam Manuais de Programas de Saúde Pública como metodologia de CE. Isso mostra, mais uma vez, que a CE está atrelada frequentemente às metas de programas de saúde pública. Seguem também nessa linha de pensamento e método o Manual de Enfermagem do MS. Discute-se se esses manuais podem ou não serem considerados metodologias de CE, uma vez que são orientações a serem seguidas por diferentes profissionais de saúde, remetem a uma determinada clientela, distanciando-se assim da CE que é uma atividade privativa do Enfermeiro e busca singularizar o cuidado. No entanto, esses manuais instrumentalizam as ações técnicas durante a CE, atribuem-lhe caráter mais especializado e, portanto, são de grande utilidade na assistência, segundo as enfermeiras.

Seis enfermeiras relataram que utilizam mais de um tipo de metodologia na CE, podendo essas metodologias serem utilizadas isoladas (dependendo do tipo de consulta) ou conjuntamente. Os métodos combinados citados foram os seguintes: Modelo de Weed e Processo de Enfermagem de Wanda Horta (2 enfermeiras), Modelo de Weed e NANDA (1 enfermeira), Modelo de Weed e “Metodologia Social” (Arlete Vanzin e Maria Helena Nery) (1 enfermeira), Wanda Horta e Carpenito (1 enfermeira), e Protocolo de Saúde da Criança de Zero a Cinco Anos da SMS/POA e Manuais de Programas de Saúde Pública (1 enfermeira).

No que se refere à nomenclatura utilizada pela NANDA, questiona-se sua utilização como metodologia de CE, já que consiste em uma classificação/etapa da metodologia de CE, ou seja, refere-se ao Diagnóstico de Enfermagem. Dessa forma, é limitada e inadequada para caracterizar processos metodológicos na sua íntegra como metodologia de CE.

Entre as enfermeiras que utilizam processos metodológicos de CE, algumas informaram que “não as utilizam exatamente como deveriam”, devido às condições que a Unidade de Saúde oferece. Essas condições são referidas em relação a: tempo de consulta; local apropriado; recursos materiais; exigência de produtividade numérica; falta de estímulos, entre outros.

Apesar de termos privilegiado, neste momento, apresentar nesta dissertação os elementos descritivos, referindo-nos ao conteúdo das entrevistas, podemos observar que as enfermeiras que realizam a CE levam em consideração a tríade: Levantamento de Dados, Análise de Dados e Plano Assistencial, conforme sugerido por Patrício [199-] em relação às diferentes nomenclaturas dadas para as etapas do Processo de Enfermagem. Isso pode ser observado inclusive para as enfermeiras que utilizam o Método de Weed/SOIC/SOC como processo metodológico.

Podem-se observar variações de SOIC/SOC quando as enfermeiras verbalizam que realizam a CE seguindo os seguintes roteiros (1) “Acolhimento” (ouvir), exame físico (ao problema direcionado), hipóteses, diagnóstico e lista de problemas, conduta; (2) anamnese, exame físico, conduta, com orientações e prescrição de medicamentos; (3) queixa, anamnese, exame físico, conduta (encaminhamento); ou (4) queixa, exame físico, anamnese, diagnóstico, tratamento, entre outras formas verbais de definição. Patrício [199-] cita que o processo de enfermagem poderá ter nomenclatura diferente conforme a teoria de enfermagem proposta. No entanto, observa-se que, na maioria das informações obtidas, não está explícita a articulação teoria-método. As enfermeiras, em muitas situações, não conseguem explicar esse vínculo, nem a origem do método.

No que se refere à dinâmica da consulta, o Subjetivo (S) foi citado como um momento inicial da enfermeira e do paciente na CE. É o momento em que o paciente diz o que ele precisa, fala sua história, fala a queixa ou motivo de sua vinda à consulta. Também é verbalizado um momento em que a enfermeira recebe, escuta e conversa com o paciente, investigando os motivos, queixas e problemas inclusive da família, levantando os dados de identificação e antecedentes de saúde (próprios e familiares) do paciente. É um momento de questionamentos diversos e de identificação de necessidades do paciente e sua família, percebidas ou não por esses indivíduos. São realizadas a entrevista, a história ou histórico do paciente. Algumas enfermeiras informam que a CE inicia-se na queixa do paciente e estende-se para a anamnese ou histórico, evidenciando, mais uma vez, a influência do perfil da CE “orientado para problemas”.

Entre as enfermeiras, algumas referem que a grande maioria dos pacientes “não sabe exatamente o que quer” e/ou que “querem consulta com especialista direto”. Nesse sentido, salientam a necessidade de a enfermeira orientar o paciente em relação às áreas de atuação dos diferentes profissionais de saúde e orientar em relação à utilização da rede de serviços de saúde.

As enfermeiras consideram como Objetivo (O) na CE aquilo que se pode medir (peso, altura, perímetros, sinais vitais) ou verificar objetivamente, como a observação e o exame físico. Conforme o que é dito pelo paciente e o que é observado pela enfermeira, há uma confrontação de dados subjetivos e objetivos, levantando um questionamento que gera o exame físico na CE.

Algumas enfermeiras falaram da etapa Interpretação (I); outras falaram em diagnóstico clínico e/ou diagnóstico de enfermagem e prognóstico. No entanto, a grande maioria das enfermeiras não referiu a Interpretação como etapa e limitaram-se ao Subjetivo, Objetivo e Conduta (SOC) apenas. Mesmo assim, a maioria das enfermeiras que realizam CE afirma que faz avaliação dos sinais vitais e a identificação de problemas. Outras fazem a interpretação “às vezes”. Outras referem “hipótese diagnóstica” como interpretação. Interpretação também é considerada como avaliação dos dados subjetivos e objetivos. Embora a maioria das enfermeiras não relate a “Interpretação”, reconhece-se que não há como desvincular o processo mental de avaliação entre subjetivo e objetivo, como auxiliar na organização da forma de proceder a consulta.

A Conduta (C) inclui a ação pós-análise de dados subjetivos e objetivos, ou seja, orientação (oral ou escrita); encaminhamento para diferentes profissionais; realização de procedimento e cuidados; prescrição medicamentosa; solicitação de exames laboratoriais;

realização do plano de cuidados; encaminhamento de pacientes com problemas “soltos” e fora da competência da enfermeira para outros profissionais; agendamento do retorno à CE; entre outros. Algumas enfermeiras confirmam os exames necessários e, caso não sejam de sua competência, solicitam ao médico ou outro profissional habilitado.

Observa-se que algumas enfermeiras diferenciam “conduta” de “orientações”. Entretanto, acredita-se que as orientações fazem parte da conduta. Outras verbalizam que fazem avaliação da situação do paciente antes de estabelecer a conduta.

Um número reduzido de enfermeiras refere que a sua conduta profissional se dá em parceria com a do médico durante a CE. Nesses casos, o médico participa da CE através do questionamento diagnóstico, deflagrando uma ação multiprofissional. Uma enfermeira referiu a interconsulta, ou seja, a solicitação da consultoria de outro profissional (médico e/ou nutricionista) para melhor atuação na CE. Entretanto, parcela significativa de enfermeiras realiza CE do tipo “pré-consulta médica”. A enfermeira solicita exames laboratoriais para um paciente e agenda consulta médica para data em que o paciente já terá o resultado dos exames. Nesse caso, o médico verifica os resultados dos exames e estabelece a conduta; isso ocorre com frequência para gestantes. Há situações em que médico e enfermeira se revezam no atendimento, alternando a consulta médica e a consulta de enfermagem. A solicitação de exames laboratoriais também pode atender objetivos exclusivos da CE e não apenas da conduta médica.

Algumas enfermeiras referem que, após a Interpretação e a Conduta, há ainda avaliação final da consulta ou avaliação posterior. Essas enfermeiras interrogam-se a respeito de como foi o andamento da consulta, se atingiu os objetivos propostos, se o paciente teve sua necessidade atendida.

Outros elementos como “a escuta” tem sido considerados na terapêutica e definidos na conduta. Nesse sentido, a escuta dependerá do tipo de atendimento a ser realizado, como “CE do dia” ou “CE agendada”. Essas características interferem no tempo dedicado a essa ação.

As enfermeiras, em sua maioria, acreditam que determinados procedimentos técnicos são metodologias de CE. Ou seja, não conseguem desvincilhar esses procedimentos técnicos da CE. A CE, nesse caso, é o procedimento técnico. Exemplificando: a CE é o citopatológico (CP); a CE é o atendimento Pré-nenê; a CE é pré-natal, etc.

Cita-se ainda por algumas enfermeiras uma última etapa: o planejamento das ações. Definem, dessa forma, o planejamento das ações futuras como conduta a ser tomada na CE,

também chamado de Plano de Cuidados. Nesse sentido, estabelece o que é esperado no retorno do paciente à CE, a evolução do paciente e as ações a serem realizadas na próxima consulta.

Pode-se fazer referência a um número menor de enfermeiras que dizem que “não usam metodologia científica”, que aprenderam sozinhas a prática da CE no dia-a-dia em serviço e que é a experiência em serviço que possibilita seu desenvolvimento.

Apenas três dentre as enfermeiras citaram que a evolução e o seu registro no prontuário são etapas da CE.

Mesmo que identifiquemos o universo do exercício da consulta como meio diversificado, as enfermeiras referem que utilizam as metodologias adaptadas ao serviço e à realidade local.

Nesse sentido, referindo-nos a Patrício [199-], podemos dizer que a CE se constitui basicamente em levantamento de dados, em sua análise e no plano assistencial.

Alguns dos pressupostos utilizados foram adquiridos durante a graduação. Esses pressupostos são complementados conforme as necessidades da clientela. A forma como a CE é realizada tem sugerido mais influência das necessidades do serviço, e grande parte das enfermeiras não segue uma sistemática ou uma teoria norteadora. Para aquelas que seguem preceitos, nortear não significa “seguir à risca algo”, mas basear em algo e utilizar-se do aprendizado do cotidiano.

Pode-se afirmar que é impossível fazer CE sem uma metodologia de base. O que ocorre é que as bases teóricas e os pressupostos metodológicos implícitos não são reconhecidos como tal pelas enfermeiras. Os conhecimentos utilizados são fragmentados e condicionados pelas necessidades da demanda dos serviços. À medida que as enfermeiras se confrontam com necessidades, procuram formas de resolução dessas necessidades. Assim, consomem conhecimentos já existentes ou elaboram novos conhecimentos, nem sempre articulados, constituindo o que pode ser chamado de “uma colcha de retalhos”. Enfim, pode-se afirmar que o que caracteriza a ação nas CEs é a “falta de caracterização”, ou seja, é um universo diverso e heterogêneo.

A “metodologia” S.O.C., por exemplo, reflete os conhecimentos adquiridos durante a graduação. Permanece claro para as enfermeiras a necessidade de fazerem a evolução / registro da CE, e não importando o processo que a constitui. Assim, reforça-se a necessidade da universidade e dos cursos de graduação, em particular, em fornecer subsídios científicos e maior carga horária para o ensino da CE em todos os seus aspectos.

Constatou-se a diversidade de definições, metodologias e ações práticas das enfermeiras em relação à CE, mas permanece a característica de a CE voltada a um procedimento técnico. Portanto, é o procedimento técnico que fornece identidade e reconhecimento entre a demanda e o “senso comum” nos serviços de saúde e na comunidade. No relato de algumas enfermeiras, a CE é identificada como “posto de saúde” ou “citopatológico” e como uma atividade auxiliar importante, mas permanecendo como uma atividade auxiliar diagnóstica do trabalho médico.

4.6 Processo de trabalho das enfermeiras e a Consulta de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde

Conhecer o processo de trabalho das enfermeiras foi necessário para identificar a atuação da enfermeira na CE e a sua organização junto à equipe de saúde e ao serviço. Para Risso e Silva (2005, p.462), o processo de trabalho é:

[...] um jogo entre produção, consumo e necessidades dos indivíduos e, na área da saúde, de forma muito particular, produz atos de saúde que perseguem a produção do cuidado. Os processos de trabalho, embora tenham bases mecanicistas, possuem resultados que dependem das relações entre as pessoas e que decorrem da interação de dois componentes, denominados: trabalho vivo e trabalho morto. O trabalho vivo situa-se na dimensão do cotidiano e constitui-se das ações propriamente ditas executadas pelos trabalhadores de saúde na sua relação com o usuário e diríamos também, entre os próprios trabalhadores. [...] O trabalho morto é resultado de um trabalho humano anterior. É composto por todos os elementos que estão envolvidos nos processos de trabalho, como ferramentas ou matéria-prima, assim como também por componentes vinculados ao saber e ao modo de atuar dos profissionais envolvidos no trabalho.

Nesse sentido, procurou-se conhecer alguns aspectos da CE que interferem na sua forma de ser realizada, como: duração da CE no seu cotidiano; local onde é realizada; número de CEs/semana; interrelações com os demais profissionais do serviço; interações e/ou conflitos profissionais, como discussão de caso, encaminhamentos para outros profissionais, prescrição medicamentosa e solicitação de exames.

A duração da CE na agenda pode ser um indicativo da qualidade e da finalidade da consulta em si. A maioria das enfermeiras (37,6%) definem 21 a 30 minutos para a realização da CE agendada. Este é o tempo despendido inclusive para acompanhamento da demanda induzida por programas de saúde pública.

Algumas enfermeiras (23,8%) organizam-se com horários e duração de CE variáveis em função do tipo de CE, população e programa de saúde pública envolvidos. Nesse sentido, é muito dinâmica sua atuação nos diferentes tipos de CE, mesmo sendo a única enfermeira. Isso mostra que essas enfermeiras tentam responder às necessidades da população através de CE agendadas e CE de demanda espontânea. Constata-se também a flexibilidade da enfermeira em atender a população induzida por programas de saúde pública e a população por demanda espontânea.

Para se ter clareza da variabilidade do tempo de consulta, essas enfermeiras citaram diferentes situações, como o atendimento do binômio mãe-bebê; pacientes com problemas de saúde mental; saúde da mulher; saúde da criança; pacientes hipertensos e diabéticos; realização de procedimentos como exame físico, coleta de citopatológico, entre outros; e outras situações.

Tabela 30 - Tempo de duração da CE na agenda das enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS.

CE Agendada	n	%¹
Não tem agenda	13	11,9
11 a 20 minutos	15	13,8
21 a 30 minutos	41	37,6
31 a 40 minutos	8	7,3
Acima de 40 minutos	4	3,7
Outro ²	26	23,8
Sem resposta	2	1,8
Total	109	100

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

² “Outro” corresponde a realização de diferentes tempos de CE, conforme o tipo da consulta, se agendada, se relacionada com programa de saúde pública, se CE “do dia”, ou de acolhimento por demanda espontânea, entre outros.

A Tabela 30 revela que há enfermeiras que limitam o tempo de consulta conforme a situação que se apresenta: uma enfermeira diz que estipula pelo menos 40 minutos na primeira CE do paciente e para as demais consultas, 30 a 40 minutos. Outra enfermeira diz que são 15 a 30 minutos para a CE agendada e 15 minutos para CE de demanda espontânea. Outras afirmam que estipulam 11 a 20 minutos para realização de

procedimentos (citopatológico), do acolhimento e da CE “do dia”. Há ainda aquelas que diferenciam o tempo de consulta conforme o programa de saúde pública, como o atendimento ao binômio mãe-bebê em torno de 60 minutos, saúde da mulher (30 minutos) e demais consultas (15 minutos). Apenas 3,7% das enfermeiras estipulam a duração da CE acima de 40 minutos.

Observou-se que as CEs agendadas têm horário definido, e as enfermeiras podem previamente organizar o tempo de consulta conforme a necessidade do paciente, já que o problema apontado está em definir a duração adequada para a CE do dia.

Para 30,3% das enfermeiras, a realização da CE rotineiramente no serviço ocupa em torno de 21 a 30 minutos. Outras enfermeiras (22,9%) necessitam de 11 a 20 minutos. Entretanto, a duração da CE realizada no cotidiano é muito variável, pois depende do tipo de CE (agendada, “do dia”, de acolhimento, ou “da família”, reconsulta, consulta pré-clínica) e os profissionais envolvidos, quando há interconsulta ou encaminhamentos. Nesse sentido, grande parte das enfermeiras (28,4%) verbalizou que a CE é muito variável, e, portanto, não podiam definir o tempo de CE realizada no cotidiano do serviço.

A consulta pré-clínica acontece quando a enfermeira solicita exames laboratoriais, antecedendo à consulta médica. O paciente, então, retorna à consulta médica com os resultados do exame, os quais são avaliados pelo médico.

Treze enfermeiras (11,9%) não têm previsão de duração da CE, pois não tem agenda. Duas enfermeiras não quiseram responder a pergunta específica relacionada ao tempo de CE realizada no cotidiano e para as que estão previstas em agenda. O tempo mínimo referido foi portanto de 10 minutos; no entanto, parte das enfermeiras salienta a variabilidade desse tempo em razão do perfil da consulta e da dinâmica dos serviços.

Há muitas razões que interferem no tempo de duração das CEs. A razão mais apontada pelas enfermeiras relaciona-se aos problemas emocionais/de saúde mental (85,3%) e problemas sociais (74,3%) dos pacientes. Outro fator que infere no tempo de consulta é a discussão de “caso” do paciente com outro profissional, geralmente o médico (66,9%).

Tabela 31 - Razões que interferem no tempo das CEs entre as enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS.

Tempo de realização da CE¹	n	%²
Não ultrapassa o tempo previsto para a CE	11	10,1
CE que requer exame físico completo	34	31,2
CE que requer procedimentos técnicos, como exame ginecológico, coleta de citopatológico, ausculta de BCFs, utilização de otoscópio, etc.	53	48,6
Colocação de DIU	3	2,8
Primeira CE	65	59,6
Problema emocional / de saúde mental do paciente	93	85,3
Problema social do paciente	81	74,3
Quando requer receita medicamentosa	18	16,5
Quando requer exame especializado realizado fora do serviço	12	11,0
Quando requer discussão com outro profissional de saúde	78	71,6
Quando o problema do paciente ultrapassa a competência profissional do paciente	54	49,5
Outro motivo ³	70	64,2
Sem resposta	2	1,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas,

² Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

³ O item "Outro motivo" aponta respostas das enfermeiras, que não estão inclusos no formulário-guia da coleta de dados, como problemas de comunicação entre enfermeira e paciente, dificuldade de compreensão das orientações, educação em saúde, entre outros.

Outras observações: BCF = batimentos cardíacos fetais; CE = consulta de enfermagem; DIU = dispositivo intra-uterino.

Além das razões relacionadas no formulário-guia, 64,2% das enfermeiras relataram também outras situações que interferem no tempo de realização da CE. São elas:

- quando há problemas de comunicação entre enfermeira e paciente/família;
- quando há problemas de compreensão, entendimento e captação de novas informações, dificuldades cognitivas, assim como falta de conhecimento sobre cuidados com a saúde por parte do paciente;
- quando o paciente necessita de diversas orientações de saúde, e/ou quando o paciente tem muitas dúvidas, educação em saúde;
- quando o paciente é idoso: necessita conversar, falar sobre sua família;
- quando há problemas de drogadição;

- quando há necessidade de se conversar sobre comportamento infantil;
- quando o paciente não tem com quem conversar, ou a família está desestruturada, múltiplos problemas familiares;
- quando o paciente é analfabeto;
- quando são pacientes diabéticos e/ou ginecológicos, para reforço das informações e promoção da saúde;
- quando há necessidade de formação de vínculo com o serviço de saúde em situações de risco, abandono de tratamento;
- quando são situações como planejamento familiar, puericultura, mães jovens, mães de primeiro filho, entre outros;
- quando o usuário traz outros problemas de saúde, além do propósito da CE estipulada para programas de saúde pública, intercorrências de consulta;
- quando outros familiares vêm junto à consulta do paciente, seja como CE “dois em um” ou os familiares querem saber sobre a situação de saúde do paciente;
- quando há a necessidade de preenchimento de registro e documentação de programas de saúde pública, como Cartão da Criança, Cartão de Gestante, entre outros, referido por algumas enfermeiras como “burocracia”;
- quando há intercorrências e imprevistos no serviço de saúde como urgências, procedimentos, orientações de funcionários, gestação de risco, etc.;
- quando há resistência do paciente em aceitar determinadas orientações, devido ao padrão cultural. Nessa situação, a enfermeira aplica a “arte do convencimento”;
- quando requer discussão de caso com outros profissionais fora do serviço de saúde por contato telefônico, entre outros.

Ao serem questionadas sobre a média de CEs realizada por semana (Tabela 32), as enfermeiras situaram a consulta em relação ao seu processo de trabalho. A maioria das enfermeiras organiza-se em relação à jornada de trabalho, a fim de atender CE de programas de saúde pública e CE de demandas espontâneas, realizando de 11 a 50 CEs por semana (57,8%). Grande parte das enfermeiras informou que realiza diversos tipos de atendimentos como CE, VD, acolhimento, os quais são registrados no boletim diário de atendimento, referido pelas enfermeiras de BDA. Entretanto, as “conversinhas” de corredor não são incluídas nessa planilha. Nesse sentido, aparece outro termo, o “atendimento”. O atendimento pode ou não ser considerado CE.

Tabela 32 - Média de CEs realizadas por semana, segundo informações das enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre-RS.

CEs Realizadas por Semana (em média)	n	%²
1-10 CEs	16	14,7
11-30 CEs	35	32,1
31-50 CEs	28	25,7
51-70 CEs	15	13,8
71-90 CEs	3	2,8
91-110 CEs	3	2,8
111-130 CEs	2	1,8
Outro ¹	5	4,6
Não quis responder	2	1,8
Total	109	100

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Refere-se às situações em que a média de CEs é muito variável, devido ao atendimento de livre demanda, ou situações em que a enfermeira não “contabiliza” CEs/semana.

² Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

Duas dentre as enfermeiras não contabilizam a média de CEs/semana, mas referiram o número total de atendimentos através do BDA. Entretanto, não diferenciavam CE de outros atendimentos como acolhimento, VD. Três enfermeiras informaram que a quantidade de CEs é muito variável devido a demanda livre, cujos atendimentos não são registrados na íntegra ou os atendimentos variam conforme a época do ano e sofrem influência sazonal como no verão e inverno, por exemplo.

Encontrou-se referência também às dificuldades impostas pelos cargos de coordenação de serviço, onde o trabalho é intermitente, o que interfere na realização de CEs. O atendimento da demanda livre pode ocorrer de dez em dez minutos, e até mesmo o porteiro do serviço de saúde atua na organização dos horários em planilhas, conforme chegada dos pacientes.

Outro aspecto que o estudo buscou caracterizar foi a diversidade de locais no serviço de saúde que a enfermeira utiliza para realizar a CE. Evidenciou-se que as enfermeiras têm atitudes diferenciadas conforme o local de consulta, assim como quando há a interação com outros profissionais de saúde no serviço. A CE realizada em consultório poderá ser diferente da realizada na recepção, ou sala de acolhimento, assim como a organização das CEs será

diferente quando a enfermeira tem consultório próprio do que quando o consultório é compartilhado com outro profissional, com horários pré-definidos.

Tabela 33 - Local no serviço de saúde onde se realizam as CE pelas enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS.

Local de Realização da CE¹	n	%²
Consultório próprio	72	66,1
Consultório compartilhado exclusivamente com profissional médico	50	45,9
Consultório compartilhado com diferentes profissionais de saúde	36	33,0
Sala de grupo	21	19,3
Recepção	15	13,8
Sala de ouvidoria	3	2,8
Sala de acolhimento	29	26,6
Outro local ²	47	43,1

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas.

² Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

³ O item “Outro local” inclui sala de ginecologia, sala de procedimentos, sala de curativo, sala de triagem, sala de vacina, depósito (também chamado de “cantinho”), corredor, sala de espera, entre outros.

A maioria das enfermeiras (76,1%) realiza a CE em diferentes locais dentro do serviço de saúde, conforme as estruturas físicas de cada serviço. Esses locais revelam quais os recursos e como a CE será realizada. Para determinadas consultas, é necessário, por exemplo, ter uma mesa ginecológica; em outras situações, esse recurso não será necessário, podendo a CE ocorrer em locais diversos como recepção, sala de grupo, sala de procedimentos, entre outros.

Dependendo do local no serviço de saúde, poderá haver revezamento com a atuação de outros profissionais, através de horários agendados ou dias da semana pré-definidos. Quando há compartilhamento de consultório entre a enfermeira e outros profissionais, isso ocorre em horários diferenciados através de comum acordo com a equipe, ou quando o consultório está disponível para a enfermeira realizar a CE. Isso quer dizer que a enfermeira circula entre os consultórios e utiliza aquele que está disponível.

Apenas 26 dentre as 109 enfermeiras realizam CE em um único local do serviço de saúde. Destas, 18 enfermeiras realizavam a CE em consultório próprio; 2 enfermeiras em

consultório compartilhado exclusivamente com profissional médico; 4 enfermeiras em consultório compartilhado com diferentes profissionais de saúde e 1 enfermeira em outro local.

O local mais mencionado foi o consultório próprio da enfermeira (66,1%), seguido de consultório compartilhado exclusivamente com profissional médico (45,9%). Grande parte das enfermeiras (33,0%) também relata que compartilha consultório com diferentes profissionais de saúde como médicos, dentistas, psicólogos, nutricionistas, entre outros.

Tabela 34 – Processos coletivos de trabalho entre enfermeira e os demais profissionais que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS.

Profissionais de Saúde Envolvidos¹	n	%²
Não se aplica	11	10,1
Médico	73	66,9
Enfermeira (outra)	15	13,8
Auxiliar / técnico de Enfermagem	8	7,3
Agente comunitário de saúde ³	6	5,5
Assistente social	12	11,0
Dentista	10	9,2
Psicóloga	4	3,6
Nutricionista	8	7,3
Outro profissional (de saúde ou não) ⁴	10	9,2
Sem resposta	2	1,8

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas.

² Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

³ Embora o agente comunitário de saúde não configure uma profissão de saúde, esse participa da CE.

⁴ Outro profissional (de saúde ou não) inclui professores de escolas, de creches, conselho tutelar, farmacêutico, auxiliar de consultório dentário, auxiliar administrativo, consultoria com equipe de amamentação, e diferentes profissionais de saúde por contato telefônico como Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), Central de Marcação de Consultas, Gerência Distrital, supervisão, entre outros.

Há enfermeiras que utilizam mais de um local para uma mesma consulta. Um exemplo disso é a CE direcionada ao programa de Saúde da Criança. Inicialmente, a criança é avaliada pela enfermeira na sala de procedimentos para verificar medidas antropométricas; após, passa para o consultório, onde a enfermeira orienta para a mãe; por último, para a sala de vacinas para completar o esquema vacinal da criança.

No contexto da equipe de saúde e de sua relação com a comunidade, há diferentes atuações de diferentes profissionais de saúde, e a CE acompanha essa diversidade.

Inicialmente, a maioria das enfermeiras não refere a participação de outros profissionais de saúde em relação à CE. Após o estímulo do questionamento, constata-se que essas enfermeiras procuram a multidisciplinariedade para discutirem “casos” de pacientes com outros profissionais, com a finalidade de resolução da situação diagnosticada (Tabela 34).

Como já mencionado anteriormente, a atuação profissional de diferentes atores interfere na forma como a enfermeira realiza a CE e como busca e compartilha recursos e conhecimentos com os demais profissionais do serviço de saúde. Isso pode ser observado, principalmente, no momento em que a enfermeira se utiliza da discussão de caso com outro profissional. Os profissionais de saúde que acabam se envolvendo na “discussão de caso” na CE são, principalmente, médicos (66,9%), outras enfermeiras (13,8%) e assistentes sociais (11,0%).

Outro aspecto a ser levado em conta em relação ao processo de trabalho das enfermeiras que realizam a CE é a prescrição medicamentosa e a solicitação de exames laboratoriais e outros exames. A maioria dessas enfermeiras diz que prescreve medicamentos (77,1%) e solicita exames laboratoriais e/ou outros exames (86,2%) em alguma situação na CE (Figura 3).

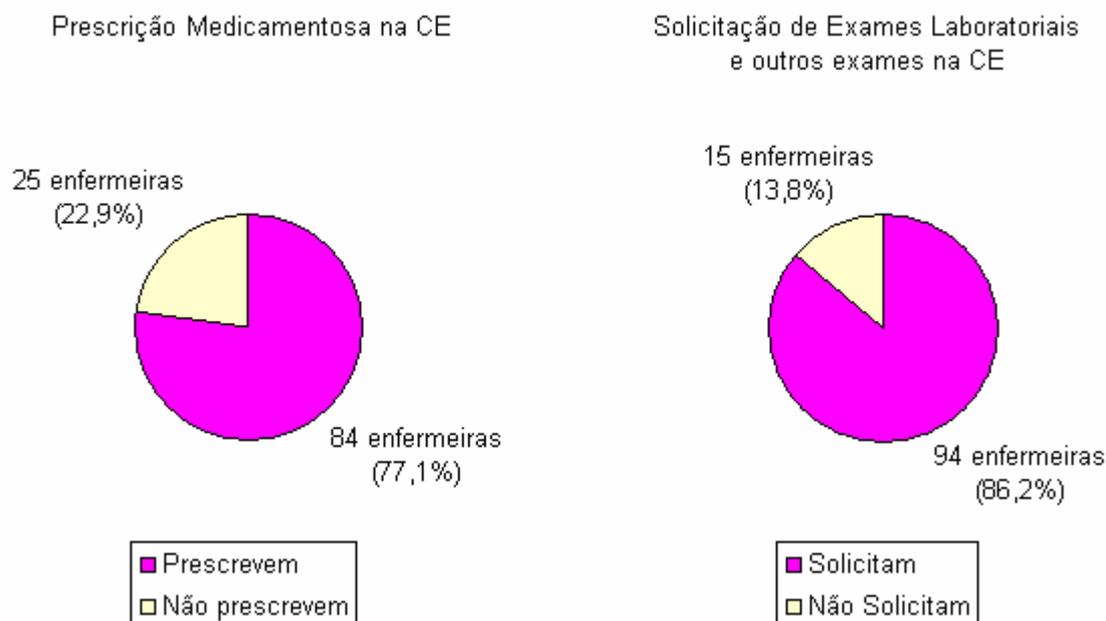


Figura 3 - Prescrição medicamentosa, solicitação de exames laboratoriais e outros exames na CE, Porto Alegre-RS.

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Resultados baseados no total de enfermeiras que realizam CE (T1=109).

Embora essas enfermeiras afirmem que prescrevem medicações e/ou solicitam exames na CE, muitas verbalizam que a realização ou não dessas atividades dependerá da complexidade da medicação e/ou exame e da situação do paciente. Ou seja, uma mesma enfermeira pode ou não prescrever a medicação e/ou o exame. Essa atuação é, portanto, definida tanto pela existência de protocolos, como pela avaliação de competência da mesma para esse procedimento prescritivo.

Conforme a Tabela 35 a seguir, constata-se que a enfermeira tem autonomia em muitos serviços em solicitar os exames laboratoriais e outros exames (81,7%). Entretanto, algumas enfermeiras reforçaram que limitam sua ação em relação a essa atividade, prescrevendo somente o previsto em protocolo institucional, que é sua garantia legal. Constata-se também que os profissionais participam na CE sob forma de consultoria (interconsulta) em um percentil de 38,5%, situação em que as enfermeiras discutem o “caso do paciente” e compartilham informações com outros profissionais, antes de realizar a solicitação de exames. Conforme a situação, a enfermeira, mesmo tendo a opção de prescrever exames laboratoriais, poderá solicitar que o paciente agende consulta médica (29,4%).

Tabela 35 - Solicitação de exames laboratoriais ou outros exames na CE entre as enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS.

Solicita exames laboratoriais e outros tipos de exames durante a CE¹	n	%²
Sim/prescrevo a solicitação de exames	89	81,7
Sim/juntamente com a participação de outro profissional de saúde	42	38,5
Não/mas outro profissional prescreve durante a CE e a receita é entregue ao final da consulta	38	34,9
Não/solicita que o paciente agende consulta com outro profissional de saúde	32	29,4
Sim/outro motivo ³	7	6,4
Não/outro motivo ³	9	8,2
Não informado	4	3,6

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas.

² Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

³ Refere-se às respostas não incluídas no formulário-guia.

Existem situações em que a enfermeira solicita a outro profissional de saúde que faça a requisição de exames durante a CE e esta será entregue ao paciente no final da CE (34,9%). Uma das razões para isso, apontadas por algumas enfermeiras, é de que não haverá problemas para o usuário de saúde, quando este for realizar o exame em outra instituição; outra razão está relacionada ao receio da enfermeira em solicitar exames, que poderá ser considerada uma prática exclusiva médica, e, portanto, “ilegal”.

Algumas enfermeiras informaram ainda outras situações/motivos para solicitação ou não da requisição de exames laboratoriais e outros exames. Dentre as situações/motivos informados para a solicitação de exames (6,4%), incluem-se os seguintes: prescreve somente exames laboratoriais e outros exames previstos aprovados em protocolo institucional, ou aqueles dentro da rotina do serviço de saúde; solicitam somente exames para os quais se sente capacitada ou para os quais tem conhecimento científico; quando o exame é feito no próprio serviço de saúde; ou ainda após interconsulta com outros profissionais; e finalmente quando existe discordância para essa atuação de parte dos médicos.

Outras situações/motivos em que a enfermeira não solicita exames laboratoriais (8,2%) são a transcrição de exames particulares; situação em que a enfermeira escreve a requisição do exame indicado e o médico carimba esta requisição; situação de saúde do paciente, além de sua competência profissional; dúvidas diagnósticas; situação em que a própria enfermeira marca a consulta médica, momento em que será feita a requisição de exames; e também quando a enfermeira se sente sem respaldo da SMS/POA, mesmo que a possibilidade de prescrição do exame esteja aprovada em protocolo institucional; situações em que o médico entra na CE para conversar com o paciente; situação em que determinado exame não está previsto em protocolo, e outro profissional prescreve.

Embora a maioria das enfermeiras informe que, em algum momento do seu trabalho, prescrevem medicamentos, as situações em que mais ocorre são a da prescrição de medicamentos contidos em protocolo assistencial da instituição (70,6%). É frequente a solicitação a outro profissional de saúde, que prescreva a medicação necessária (62,4%), e a de encaminhamento do paciente para outro profissional (43,1%). Evidencia-se também que as enfermeiras (40,4%) discutem com frequência sobre o “caso do paciente” com outros profissionais de saúde, antes de prescrever. Isso, no entanto, segundo elas, não limita sua autonomia, mas fortalece a participação de outros profissionais em casos específicos, quando há necessidade de multidisciplinariedade (34,9%), (Tabela 36).

Tabela 36 – Procedimentos das enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde em face da terapia medicamentosa na CE, Porto Alegre-RS.

Procedimentos em caso de terapia medicamentosa¹	n	%²
Algumas vezes encaminha o paciente para outro profissional	47	43,1
Outro profissional de saúde prescreve a medicação necessária	68	62,4
Prescreve, sempre após a discussão do caso com outro profissional de saúde	6	5,5
Prescreve, sendo algumas vezes com a discussão com outro profissional de saúde	38	34,9
Prescreve, sem auxílio de outro profissional	3	2,8
Prescreve, somente o que está estipulado em protocolo aprovado pela instituição	77	70,6
Prescreve, conforme o caso, independente da medicação estar ou não no protocolo aprovado pela instituição	2	1,8
Prescreve, conforme outros protocolos não aprovados oficialmente pela instituição	3	2,8
Prescreve, sem auxílio de qualquer protocolo.	2	1,8
Outro motivo ³	19	17,4
Não informado/ sem resposta	3	2,7

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ Respostas múltiplas.

² Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

³ Refere-se às respostas não incluídas no formulário-guia.

No que se refere à prescrição de medicações fora de protocolo assistencial da instituição, apenas 2,8% dentre as enfermeiras dizem utilizar protocolos e/ou manuais de MS e outras instituições. Duas dentre elas afirmam que não utilizam qualquer protocolo para prescrever medicações.

Uma parte das enfermeiras informou outras situações que envolvem a prescrição medicamentosa, não contidas no formulário-guia da coleta de dados. Essas situações incluem a tentativa da enfermeira em facilitar ao máximo o acesso do paciente à consulta médica através do agendamento, “encaixe” entre consultas médicas; sendo que prescreve apenas em situações pouco complexas, como medicações de uso externo (escabicidas, pediculocidas, pasta d’água), antitérmicos (paracetamol), vitaminas e sulfato ferroso. Citam as prescrições com “o mínimo do mínimo” quando se referem ao protocolo mínimo; desta forma, prescrevem conforme protocolo, rotina da Unidade e consenso da equipe de enfermeiras. Podem também solicitar ao médico que prescreva as medicações de uso controlado e o

paciente busca em outro dia. Ou ainda, transcreverem a prescrição médica de medicamentos de uso contínuo e autorizam o fornecimento de medicação de uso contínuo quando a receita médica perde a validade. Nessa última situação, em alguns casos, foi verbalizado que essa autorização se dá até a consulta médica. Em algumas situações, o médico faz a “prescrição verbal” da medicação e a enfermeira transcreve o que foi dito, assinam e carimbam a prescrição. Outra situação refere-se ao encaminhamento do paciente para a emergência ou ao médico de outra Unidade, o que ocorre em momentos em que o serviço não dispõe de médico. Outras, por garantia, prescrevem a medicação, carimbam e solicitam que o médico carimbe junto a prescrição. A solicitação da participação e a avaliação médica durante a CE garantem a conduta. Por fim, prescrevem medicações que aprenderam com outras enfermeiras e que estão inclusas no protocolo, mas observa-se que não conhecem o protocolo de fato.

Em relação à prescrição medicamentosa, podemos constatar na Tabela 37 que a interação médico-enfermeira é evidente.

Tabela 37 - Prescrição medicamentosa pelas enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde e profissionais envolvidos na CE, Porto Alegre-RS.

Prescrição Medicamentosa ¹	Profissional que Prescreve a Medicação para a Enfermeira		Profissional com quem a Enfermeira Discute SEMPRE Antes de Prescrever		Profissional com quem a Enfermeira Discute ALGUMAS VEZES Antes de Prescrever	
	n	%	n	%	n	%
Médico	65	59,6	5	4,6	31	28,4
Enfermeira	3	2,7	0	0	4	3,7
Auxiliar / técnico de Enfermagem	0	0	0	0	3	2,7
Agente comunitário de saúde	0	0	0	0	1	0,9
Assistente social	0	0	0	0	1	0,9
Dentista	1	0,9	0	0	2	1,8
Psicóloga	0	0	0	0	1	0,9
Nutricionista	0	0	0	0	1	0,9
Sem resposta	2	1,8	2	1,8	2	1,8
Não informado	4	3,7	1	0,9	1	0,9

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ As respostas foram múltipla escolha, e os percentuais baseiam-se no total de enfermeiras que realizam CE (T1=109).

Dentre 59,6% das enfermeiras informam que o médico prescreve a medicação para a enfermeira fornecer a receita ao paciente, e 28,4% discutem o caso com o médico antes da prescrição. O mesmo não acontece em relação aos demais profissionais envolvidos na equipe.

O segundo profissional de saúde mais mencionado, entretanto com um percentual pouco expressivo, é a enfermeira, ou seja, solicitam auxílio de colegas. Nessa situação, a outra enfermeira prescreve a medicação (2,7%) em casos de treinamento ou de estágio no serviço de saúde, e/ou a discussão de caso do paciente (3,7%) com colega antes de prescrever a medicação.

O fato de a enfermeira ter pouco contato com os demais profissionais para fins de prescrição medicamentosa deve-se a natureza do procedimento técnico específico. Em contraposição, a discussão de “caso de paciente” com outros profissionais, não relacionando diretamente à prescrição medicamentosa, mostrou-se muito expressivo (Tabela 34). Nesse sentido, a enfermeira procura conhecer a história do paciente em seus vários aspectos individuais, familiares, culturais e sociais.

Pensa-se que a enfermeira buscar informações e respaldo com os demais profissionais de sua equipe, a fim de adotar a conduta mais acertada possível, a partir de diferentes olhares.

Uma enfermeira salientou que, “como mudou a administração do governo municipal nas últimas eleições, anteriormente petista, foi um banho de água fria” nas enfermeiras em relação à prescrição medicamentosa, incluindo a de anticoncepcionais. Cita o apoio da nova administração da saúde, que é favorável ao projeto de lei do Ato Médico. Outra enfermeira afirma que “parou de prescrever a maioria das medicações contidas em protocolo institucional, pois foi “denunciada” ao CREMERS”.

Outro aspecto a ser observado que interfere no processo de trabalho da enfermeira em relação à CE é a origem dos seus usuários. A forma como a clientela chega à CE influencia como ela será realizada, e qual modalidade ou “metodologia” a ser utilizada. Pela Tabela 38 e pela Figura 4, podem-se constatar as diferentes trajetórias de chegada do usuário à CE.

Tabela 38 - Origem dos usuários de saúde para as CEs na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS.

Origem dos Usuários de Saúde para as CEs¹	n	%
Demanda espontânea, após agendamento da CE diretamente na recepção ou outro local	92	84,4%
Demanda espontânea, na consulta do dia	74	67,9%
Demanda espontânea, após o acolhimento	96	88,1%
Encaminhamento do profissional médico do serviço de saúde	87	79,8%
Encaminhamento de outro profissional de saúde do serviço	60	55,0%
Encaminhamento de outro profissional fora do serviço de saúde	42	38,5%
Por solicitação do agente comunitário de saúde	59	54,1%
Solicitação familiar	86	78,9%
Agendamento da CE após a realização da visita domiciliar	73	67,0%
Agendamento da CE após busca ativa	76	69,7%
Outro motivo ²	48	44,0%

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ As respostas foram múltipla escolha, e os percentuais baseiam-se no total de enfermeiras que realizam CE (T1=109).

² Refere-se às respostas não incluídas no formulário-guia.



Figura 4 – Modalidades de captação de pacientes para a CE pelas enfermeiras que atuam na Atenção Básica de Saúde, Porto Alegre-RS.

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

Observações: FASC = Fundação de Assistência Social e Cidadania; SAMU = Serviço de Atendimento Móvel de Urgências; ambos os serviços são da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

A trajetória mais mencionada pelas enfermeiras foi por demanda espontânea após acolhimento (88,1%), seguido de demanda com o agendamento na recepção do serviço de saúde ou outro local para tal fim (84,4%). Também por encaminhamento do profissional médico (79,8%), e por solicitação de um familiar (78,9%). O usuário também pode chegar através de outros profissionais, como pode ser observado na Tabela 39.

Tabela 39 - Profissionais de saúde não médicos que encaminham pacientes para CEs, Porto Alegre-RS.

Profissionais de saúde não médicos que encaminham o paciente à CE¹	n	%²
Enfermeira	8	7,3
Auxiliar / técnico de Enfermagem	33	30,7
Agente comunitário de saúde ³	7	6,4
Assistente social	11	10,1
Dentista	8	7,3
Psicóloga	4	3,7
Nutricionista	11	10,1
Outro profissional (de saúde ou não)	4	3,7
Sem resposta	2	1,8
Não informado	8	7,3

Fonte: pesquisa direta; Graziela Beck Porto, Porto Alegre, 2004-2005.

¹ As respostas foram múltipla escolha, e os percentuais baseiam-se no total de enfermeiras que realizam CE (T1=109).

² Refere-se à população total de enfermeiras que realizam CE entrevistadas para o estudo.

³ Embora o agente comunitário de saúde não configure uma profissão de saúde, esse participa da CE.

Outro profissional (de saúde ou não) inclui professores de escolas, de creches, conselho tutelar, auxiliar administrativo, e diferentes profissionais de saúde por contato telefônico como Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), Central de Marcação de Consultas, entre outros.

Conforme relato de algumas enfermeiras, há confusão quanto ao termo “acolhimento” e “triagem”. Uma enfermeira refere que o técnico de enfermagem faz a triagem de pacientes e, daí, passam para o acolhimento da enfermeira, que pode ou não realizar/agendar a CE naquele momento. Muitas enfermeiras citam que a clientela vem ao serviço de saúde procurando atendimento ou consulta médica, e o que acontece a seguir é que a equipe de enfermagem aborda o usuário, induzindo para a CE.

O encaminhamento médico para CE, conforme relato das enfermeiras, dá-se da seguinte forma: o paciente agenda na recepção um determinado procedimento que a

enfermeira realiza como a coleta de citopatológico ou “preventivo”; pré-natal; orientações com a enfermeira. Outra situação mostra que o próprio médico agenda o paciente para a enfermeira na recepção. Essa atitude mostra que o médico reconhece a CE como atividade importante. Acredita-se que esta situação merece ser mais explorada de forma analítica. Uma enfermeira diz ainda que faz contra-referência do paciente ao médico. Há enfermeiras que salientam que o médico encaminha o paciente para a enfermeira orientar em relação à saúde e à rede de serviços.

Outra forma de o paciente chegar à CE é através de familiares (78,9%). Há situações em que o usuário aproveita a situação de consulta para solicitar à enfermeira o agendamento de CE para seu familiar, ou o usuário traz o familiar junto à CE, ou aproveita a VD.

As enfermeiras também utilizam a busca ativa para induzir populações à CE (69,7%). Nessa situação, algumas enfermeiras dentre elas informam que atendem pacientes portadores de tuberculose e de HIV² positivo, pacientes de programas de saúde pública e os que não aderem ao tratamento proposto. As formas de busca ativa relatadas foram a visita domiciliar; bilhete através de agente comunitário de saúde; contato telefônico e aerograma.

Algumas enfermeiras (44%) informaram que há outros caminhos que os usuários percorrem para chegar à CE. Esses caminhos podem ser espontâneos, por solicitação do usuário, ou induzidos, tendo ou não solicitado a CE. Esse último refere-se ao fato de o usuário ir ao serviço de saúde para agendar consulta para determinada necessidade e é agendado consulta também para outras finalidades, como as de programas de saúde pública.

É conveniente dedicarmos análise sobre o que as enfermeiras denominam “consultas de corredor”, quando o paciente “quer conversar” ou “trocar uma palavrinha”, quando a visualizam no serviço. Outra ocasião em que o usuário “aproveita” para conversar com a enfermeira é após a atividade de grupo, que pode ou não resultar agendamento de CE. Outra forma de o paciente ser estimulado para a CE ocorre através da observação da enfermeira em seu ambiente de trabalho ou na comunidade quando faz VD. As enfermeiras dizem que, durante a visita, se não conhece determinada criança, fala com a mãe ou responsável e agenda a CE.

Alguns serviços de saúde ou comunitários induzem usuários a procurarem os serviços de Atenção Básica, seja em função de demandas espontâneas, seja em função da necessidade de inclusão em programas de saúde pública. Algumas enfermeiras verbalizam que o usuário vem com encaminhamento para o serviço de saúde ou para a consulta médica; entretanto a

² HIV é a abreviatura de “vírus da imunodeficiência humana adquirida”.

enfermeira assume o paciente em razão da insuficiência de consultas dos médicos. Dentre esses serviços, pode-se citar hospitais, pronto-atendimentos, CS, Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), escolas, conselho tutelar, Central de Marcação de Consultas da SMS/POA, Serviço de Tisiologia do Município, Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), entre outros.

Outra modalidade de acesso à CE dá-se através de “ficha de acolhimento”. Esta ficha é entregue conforme ordem de chegada dos pacientes, que são encaminhados para o acolhimento com a enfermeira e esta atende em CE naquele momento ou encaminha pelo agendamento.

Existe também a situação de “pré-consulta” realizada por auxiliares e técnicos de enfermagem, ao verificar sinais vitais e medidas antropométricas, que pode também motivar ao encaminhamento à CE.

Há pacientes que chegam à recepção do serviço de saúde e solicitam falar com a enfermeira, mas não querem agendar CE. Outros pacientes querem realizar exames, e a recepção agenda a CE. Já pacientes que buscam resultados de exames já solicitados pelo serviço e apresentam alterações são agendados para CE. Uma enfermeira salienta que usuários reclamam do serviço quando não conseguem “acessar o serviço” definido como consulta médica. Nesses casos, agenda-se CE, sendo a enfermeira mediadora. Há pacientes que procuram a “enfermeira-doutora”, definindo ou identificando-a com competências adicionais.

Entre as enfermeiras, algumas salientam que a recepção do serviço de saúde está preparada e atenta para quando algum paciente deve ser atendido em programas de saúde pública. Nessa situação, se a pessoa ou o seu familiar está em atendimento, é incluída em algum programa de saúde pública. Nesses casos, a recepção (auxiliar administrativo e/ou auxiliar/técnico de enfermagem) agenda a CE, mesmo não solicitada inicialmente. Há uma pré-agenda, com horários definidos para atender clientelas de determinados programas de saúde pública como Pré-Nenê e coleta de citopatológico. Da mesma forma, acontece no acolhimento, para captação de clientela para programas de saúde pública.

Há pacientes que são encaminhados ao serviço de saúde através de contato telefônico de um hospital ou profissional de saúde, e alguns desses pacientes são atendidos ou contatam diretamente com a enfermeira e, conseqüentemente, serão clientes da CE.

Outros pacientes procuraram a CE em função da indicação de vizinhos e de pessoas da comunidade. A reconsulta é também uma forma de captação de atendimento para a CE, dependendo das necessidades apresentadas e, particularmente, da necessidade de educação em saúde em situações crônicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou descrever e analisar o universo da Consulta de Enfermagem (CE) desenvolvida pelas enfermeiras na Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre. Esse universo revelou-se heterogêneo, diversificado e multifuncional em relação às práticas desenvolvidas pelas enfermeiras no cotidiano dos serviços de saúde o que confere essas mesmas características à Consulta de Enfermagem. Assim, identificou-se a centralidade e a relevância da força de trabalho da enfermagem e das enfermeiras, em particular, em relação ao planejamento de ações e ao atendimento das demandas por serviços de saúde na Atenção Básica do município.

Muitos dos questionamentos iniciais e os muitos outros encontrados neste estudo, são compartilhados pelas enfermeiras. Consta-se que as enfermeiras desenvolvem estratégias de ação materializadas em diferentes práticas, para “dar conta” das deficiências assistenciais do sistema. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que se esforçam para dar respostas adequadas, fortalecem práticas tradicionais do modelo médico biologicista. As contradições são visíveis e, muitas vezes, naturalizadas nas práticas, onde se evidencia um sistema fragmentado, centrado na produção de cuidados médicos e contabilizado a partir da produção de consultas individuais. Mesmas que as proposições de atenção integral com resolutividade estejam colocadas nos discursos, permanecem as velhas práticas que respondem parcialmente ou não respondem a essas proposições.

A Consulta de Enfermagem é desenvolvida nesse cenário contraditório e reflete o esforço em responder à diversidade das demandas, produzindo-se de diferentes formas e, de maneira geral, reforçando a multifuncionalidade da presença das enfermeiras nesse âmbito. A CE “multifuncional”, assume em uma de suas dimensões o caráter de estratégia de demanda como forma de “aliviar” o sistema, “acabar com as filas” ou outras funções. Mesmo assim, na adversidade, as enfermeiras tem sido a sustentação da produção de serviços na Atenção Básica, seja porque “são criativas e fazem do limão uma limonada”, seja porque assumem de forma competente a administração dos cuidados e a gerência dos serviços.

Muitas das enfermeiras são conscientes de que a CE, freqüentemente, tem a finalidade de diminuir a demanda por consulta médica nos serviços, no entanto, o atendimento qualificado produzido, muitas vezes, atrai mais usuários que não consumiam serviços por falta de oferta. O trabalho da enfermeira está, nesse sentido, ampliando demandas através da

CE; da visita domiciliar; do acolhimento e da vigilância à saúde domiciliar e comunitária implantada, particularmente, em Unidades com orientação na estratégia de saúde da família.

Considerando essa situação concorda-se com Travassos et al (1999), citado por Pinheiro (2001), ao afirmar que a demanda assenta-se na atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido. Pode-se observar essa atitude entre os usuários da Rede de Atenção Básica de Saúde de Porto Alegre, conforme relato das enfermeiras e observação direta nos serviços. Entretanto, temos de concordar com Arruda (1998), quando diz que a demanda nem sempre será a expressão da necessidade (incluimos aí expressa como necessidade biológica), seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam (males assintomáticos), pela desinformação sobre a existência de solução de seus problemas, ou mesmo pela ausência de oferta dos serviços desejados.

Nesse sentido, embora as enfermeiras tentem responder as necessidades de saúde da população, a contradição está, no caso das consultas, nas suas características individualizadas, centradas na queixa do paciente, pouco vinculadas ao coletivo e ao grupo populacional local. Mesmo com a estratégia de saúde da família, que pressupõe a adequação das ações de saúde à comunidade através de diagnóstico comunitário, da adscrição de clientela, entre outras proposições, observa-se que os processos de produção do trabalho não correspondem ainda a necessidade de implantação de novas práticas. Observa-se que, principalmente com a implantação da ESF e do programa “acolhimento” nos serviços locais, as enfermeiras estão mobilizadas no atendimento de demandas que se originam das dificuldades de acesso à consulta médica, adotando na CE racionalidades próprias ao modelo biomédico.

Mesmo que as enfermeiras afirmem que a CE traz autonomia profissional, pode-se questionar esse fato, pois não se evidenciou o exercício da CE na perspectiva de pressupostos teórico metodológicos próprios da enfermagem capazes de fortalecer e singularizar o cuidado. Pensa-se que este estudo torna visível as incongruências entre novos pressupostos e velhas práticas, a exemplo da ESF, sem que mude a lógica de ação dos sujeitos expressa em processos de trabalho capazes de fornecer novas respostas.

Se considerarmos o contexto histórico da CE e as mudanças na legislação profissional o processo de trabalho das enfermeiras em saúde pública parece repetir o modelo campanhista da década de 20, uma mão-de-obra “mais barata”, na linha de frente e atendendo grandes contingentes de usuários.

Evidenciou-se também que, a despeito das “permanências”, a atuação das enfermeiras na CE influencia e é influenciada pelas interações de trabalho; pela composição das equipes de saúde; pelo local de realização da consulta; pelas demandas assistenciais; pelas estratégias

de acesso dos usuários ao serviço; pelas exigências e protocolos institucionais através de programas de saúde pública e acolhimento. Nesse sentido, as enfermeiras adaptam suas atividades em função das necessidades do serviço e da clientela, o que contribui para definir diferentes formas de agir e conceituar a CE. Isso pode ser verificado através das falas das enfermeiras, quando dizem que realizam CE agendada, CE “do dia”, CE “de corredor”, CE “da família” ou CE “dois em um”, além de acolhimento, da visita domiciliar, das atividades administrativas, entre outras.

São mostradas as indefinições teórico-metodológicas em relação à CE, cujos conhecimentos são adquiridos para a maioria das enfermeiras, predominantemente, durante a graduação. As capacitações institucionais proporcionadas revelam a habilitação em determinadas técnicas específicas a serem utilizadas na CE, mostrando a necessidade de subsidiarem atividades diagnósticas.

Evidenciou-se que a CE nas suas diferentes concepções e práticas configura-se em estratégia substancial no atendimento à demanda dos serviços, representada nos quantitativos de atendimentos e na complexidade das situações de saúde e de doença dos usuários. Pode-se afirmar que a CE na Atenção Básica de Porto Alegre está consubstanciada por um leque de ações que se estendem da formalidade à informalidade nos diferentes espaços dos serviços. A CE, portanto, é uma estratégia de atendimento de demandas sociais e de saúde, revelando-se na abrangência das ações que vão além do consultório e se instalam no amplo e complexo espaço dos domicílios e da comunidade.

Pode-se questionar se estas práticas fortalecem a identidade da enfermeira como profissão autônoma e liberal. Pensa-se que esta é uma discussão que se torna possível a partir deste diagnóstico. Novos estudos se fazem necessários para discutir as dimensões que assumem essas práticas no cenário da saúde coletiva no Brasil, e para que se possa explorá-las na sua dimensão de singularidade da enfermagem e prerrogativa profissional.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P. *et al.* Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. **Revista ACTA Paulista de Enfermagem**. São Paulo: v.2, n.1, p.9-13., mar. 1989.

ALMEIDA FILHO, N. Integração Metodológica na Pesquisa em Saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: GOLDENBERG, P. *et al.* **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.143-156.

ARRUDA, D. **Sistemas de Informações e Alocação de Recursos** (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da UERJ, 1998.

BASSO, E., VEIGA, E. V. Consulta de enfermagem: evolução histórica definição e uma proposta de modelo para sua realização em programa de hipertensão arterial. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.8, n.2, p.7-14, 1998.

BERTUSSI, D.C. *et al.* A Unidade Básica no contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; JUNIOR, L.C. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora UEL/ABRASCO, 2001.

BODSTEIN, R. C. A.; FONSECA, C. M. O. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, N. R. e orgs. **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Vol.1 Ciências Sociais e Saúde Coletiva. Petrópolis: Vozes-ABRASCO, 1989. p.68-90.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Relatório aprovado pelo plenário. Brasília-DF: 2002.

_____. _____. **Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco**. HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de Organização da Atenção Básica**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal – competência MARÇO/2004**. Brasília-DF: 2004b. Disponível em: <www.saude.gov.br> . Acesso em: 28/05/2004.

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro Modelos de Integração de Técnicas Qualitativas e Quantitativas de Investigação nas Ciências Sociais. In: GOLDENBERG, P. *et al.* **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.157-183.

CARVALHO, B.G. *et al.* A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Andrade *et. al.* **Bases da Saúde Coletiva**. Abrasco. Londrina-PR: Editora UEL-Universidade Estadual de Londrina, 2001.

CASTRO, I. B. **Aspectos Clínicos do Desempenho de funções próprias da enfermeira na assistência ao paciente não hospitalizado**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1975. (Dissertação – Escola de Enfermagem Ana Néri).

COREN-RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. **Legislação**. Porto Alegre, 2001.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-159/1993**. Rio de Janeiro: 1993. Disponível em: <www.portalcofen.com.br>. Acesso em: 28/05/2004.

_____. _____. **Resolução COFEN N° 271/2002**. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <www.portalcofen.com.br>. Acesso em: 28/05/2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996**. Disponível em <www.saude.gov.br> . Acesso em: 28/05/2004.

COHN, A. e colabs. **A Saúde como Direito e como Serviço**. Vol.7. São Paulo: CORTEZ Editora, 1991. (Coleção Pensamento Social e Saúde).

CROSSETTI, M. G. O.; SILVA, C. G. **Consulta de Enfermagem, uma realidade acontecendo?** In: 10º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Programa/Resumos [de] Temas Livres/10º SENPE. Gramado: ABEn Nacional – ABEn Seção RS, 1999. p.146-146.

DIAS, C. P. Estudo prospectivo de la consulta programada de enfermeira em um Centro de Saúde Urbano. **Aten. Primária**, MADRID, v.8, n.6, p.460-462, 1991.

ENFERMAGEM GAÚCHA. Órgão Informativo Oficial do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul – COREN-RS. Nº 17. **Consulta de Enfermagem – Portaria nº 69/2002**. Porto Alegre, março 2003.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

GONÇALVES, L. R. R. **Opiniões de discentes e clientela sobre a Consulta de Enfermagem à gestante**. Teresina-Piauí: [S.I.], 1992. (mimeografado).

HORTA, W. A. **O Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

LAUTERT, L. **Atividade-fim da enfermeira: Consulta de Enfermagem**. São Leopoldo: [S.I.], 1979. (Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem).

LOPES, A. A. **Prontuário Orientado por Problemas e Evidências (POPE): o contexto do SOAP**. Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, 2005.

LOPES, M.J.; LEAL, S.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cardernos Pagu**, vol.24, p.105-125, 2005.

LOPES, M. J. M.; SILVA, J. L. A. **Estratégias Metodológicas de Educação e Assistência na Atenção Básica de Saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Jul./Ago. 2004, vol.12, no.4. (previsão de publicação).

L'ABBATE, S.; SMEKE, E. L. M.; OSHIRO, J. H. A Educação em Saúde como um Exercício de Cidadania. **Revista Saúde em Debate**. São Paulo: n.37, dez-1992. (Órgão Oficial do CEBES-Centro Brasileiro de Estudos de Saúde).

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

MACIEL, Isabel Cristina Filgueira and ARAUJO, Thelma Leite de. Nursing consultation: analysis of the actions developed by a hypertension program in the city of Fortaleza. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p. 207-214, mar./abr. 2003.

MAJEWSKI, C.C. **Pesquisa de Satisfação de Usuários do Sistema de Prontuário Eletrônico do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia**. Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado Profissionalizante em Engenharia. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

MENDES, D.C. Assistência de enfermagem & administração de serviços de enfermagem: a ambigüidade funcional do enfermeiro. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 38, n. 3/4, p. 257-65, 1985.

MELO, M. R. A. C.; FÁVERO, N.; TREVIZAN, M. A.; HAYASHIDA, M, Expectativa do administrador hospitalar frente as funções administrativas realizadas pelo enfermeiro. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v, 4, n. 1, p, 131-44, janeiro 1996.

MELLEIRO, M. M. A Consulta de Enfermagem no Cenário do Sistema de Assistência de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone Editora, 2001. p.279-291.

MERHY, E. E. A rede básica como eixo do modelo tecno-assistencial do SUS. *In:* MERHY, E. E.; CECILIO, L.C.O. **Planejamento e gestão dos serviços em defesa da vida: textos**. São Paulo: CEFOR, 1992. p.7-28.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 4º ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, P. (Org.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.117-139.

OLIVEIRA, M. E. e colabs. Consulta de Enfermagem a hipertensos: perfil da população e caracterização da assistência. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p.199-214, ago. 1988.

PAIVA, C. H. A. A saúde pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, set./dez. 2003.

PATRÍCIO, Z. M. **Consulta de Enfermagem – do estudo de viabilidade à metodologia**. [S.I.: S.I.], [199-]. Mimeografado.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Proposta de Regionalização da Atenção à Saúde em Porto Alegre**. Porto Alegre: março, 2004a. Mimeografado.

Histórico Quantidade de Equipes do PSF. 2004b. Mimeografado.

Mapa do Atendimento em Saúde. Postos de Saúde – Lista Geral dos postos de saúde em ordem alfabética. Disponível em: <www.portoalegre.rs.gov.br/sms>. Acesso em 09 de maio 2004c.

Assessoria de Planejamento. **Procedimentos e Ações em Saúde para o Profissional Enfermeiro**. Porto Alegre: 2002.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 4, p. 460-468.

RHEINGANTZ, E. Q. M. **Tempo médio de atividade [da] consulta de enfermagem em um programa de saúde da criança num hospital geral de Porto Alegre**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1979. (monografia para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública).

SANTOS, B. R. L.; MENDES, E. E. M. Programa de Assistência de Enfermagem a clientes portadores de danos cardiovasculares, no ambulatório de um hospital geral e de ensino de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro 1983, v.36, n.3/4, p.274-281, jul./dez. 1983.

SANTOS, E. F. S. *et al.* **Legislação em Enfermagem: atos normativos do Exercício e do Ensino de Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.

SANTOS, S. R. Avaliação da Consulta de Enfermagem: uma experiência na clínica de Fisiopneumologia do ambulatório do Hospital Universitário. **Centro de Ciências da Saúde – CCS/UFPB**, João Pessoa, v.9, n.1, p.41-47, jan./mar. 1987.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1998.

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2004. p.76-87.

TRAVASSOS, C. *et al.* **Desigualdades geográficas e sociais e a utilização dos serviços de saúde**. Revista Ciência e Saúde Coletiva (prelo).

VANZIN, A. S. **Assistência de enfermagem a clientes diabéticos externos, num hospital-ensino [de] Porto Alegre, RS**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1988. (Tese apresentada para concurso de livre-docência).

VANZIN, A. S.; NERY, M. H. S. **Consulta de Enfermagem: uma necessidade social?** 2ª ed. Porto Alegre: RM&L, 2000.

APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados

Projeto de Pesquisa: A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE PORTO ALEGRE: estratégia metodológica de enfermagem ou estratégia de demanda?

Pesquisadora: Graziela Beck Porto

Mestrado em Enfermagem/EE/UFRGS

1. N° do Formulário: _____

NFORM: _____

2. Data de coleta: ____/____/____

DATA: __/__/__

DADOS DO PROFISSIONAL

3. Data de nascimento: ____/____/____

DN: __/__/__

4. Sexo: (1) feminino
(2) masculino

SEXO: _____

5. Formação acadêmica e técnica? (MÚLTIPLA ESCOLHA!!!)

FORMA: _____

- (1) graduação (qual): _____
- (2) mestrado: (qual): _____
- (3) doutorado (qual): _____
- (4) especialização (qual): _____
- (5) residência (qual): _____
- (6) curso de auxiliar ou técnico de enfermagem
- (7) outro (especificar): _____

6. Ano de formação acadêmica e técnica? (MÚLTIPLA ESCOLHA!!!)

ANOFOR: _____

- (1) graduação: _____
- (2) mestrado: _____
- (3) doutorado: _____
- (4) especialização: _____
- (5) residência: _____
- (6) curso de auxiliar ou técnico de enfermagem: _____
- (7) outro (especificar): _____

7. Teve alguma formação acadêmica e/ou técnica em Consulta de Enfermagem?

FORMCE: _____

- (1) sim
- (2) não

8. Onde obteve esta formação em CE? (MÚLTIPLA ESCOLHA!!!)

COMO: _____

- (1) Graduação.
- (2) Mestrado / doutorado.
- (3) Especialização / residência
- (4) Capacitação / treinamento
- (5) Curso de curta duração / palestra
- (6) Questão que não se aplica, pois não teve formação.
- (7) Outro (especificar) _____

9. A instituição para qual você trabalha proporciona/ou alguma capacitação e/ou treinamento em CE?

CAPAC: _____

- (1) sim
- (2) não

10. Quantos treinamentos/capacitações (trein./capac.) em CE foram proporcionados pela instituição? NCAP: _____

- (1) Questão não se aplica, pois não se realizou trein./capac..
- (2) 1 a 2 trein./capac.
- (3) 3 a 4 trein./capac.
- (4) 4 a 5 trein./capac.
- (5) 6 a 10 trein./capac.
- (6) acima de 10 trein./capac.

11. Qual a periodicidade desses treinamentos/capacitações atualmente? PERIOD: _____

- (1) Questão não se aplica, pois não se realizou trein./capac.
- (2) Periódicos semanais
- (3) Periódicos mensais
- (4) Periódicos anuais
- (5) Em períodos aleatórios/isolados

12. Como foi este treinamento/ capacitação? (**MÚLTIPLA ESCOLHA!!!!**) CTREIN: _____

- (1) Questão não se aplica, pois a instituição não proporcionou trein./capac..
 - (2) Palestras
 - (3) Curso de curta duração
 - (4) Curso de especialização
 - (5) Grupo de estudos continuado
 - (6) Reuniões de serviço esporádicas / continuadas
 - (7) Outro (especificar) _____
-

13. Qual o seu vínculo empregatício com a Instituição de Saúde onde trabalha? VINC: _____

- (1) Concurso público
- (2) Contrato de trabalho permanente
- (3) Processo seletivo
- (4) Contrato temporário
- (5) Outro (especificar): _____

14. Há quanto tempo trabalha nesta instituição? TTRAB: _____

- (1) 1 a 2 anos
- (2) 3 a 5 anos
- (3) 6 a 10 anos
- (4) acima de 10 anos

15. Qual é a carga horária de trabalho/semanal nesta instituição? CHTRAB: _____

- (1) 0 a 20 horas/semanais
- (2) 21 a 30 horas/semanais
- (3) 31 a 40 horas/semanais
- (4) acima de 40 horas/semanais

16. Tempo de serviço na área de enfermagem? TAENF: _____

- (1) 1 a 2 anos
- (2) 3 a 5 anos
- (3) 6 a 10 anos
- (4) acima de 10 anos

17. Tempo de serviço na área de saúde pública? TSPUBL: _____

- (1) 1 a 2 anos
- (2) 3 a 5 anos
- (3) 6 a 10 anos
- (4) acima de 10 anos

DADOS DO SERVIÇO DE SAÚDE

18. Há quanto tempo funciona este serviço? TSERV: _____
 (1) 1 a 2 anos
 (2) 3 a 5 anos
 (3) 6 a 10 anos
 (4) acima de 10 anos

19. Tipo de Serviço de Saúde? TIPOSER: _____
 (1) ambulatório básico de centro de saúde
 (2) unidade de saúde
 (3) unidade de saúde da família
 (4) unidade de saúde conveniada
 (5) outro (especificar) _____

20. Tipo de Instituição? TPINST: _____
 (1) federal
 (2) estadual
 (3) municipal
 (4) particular/conveniada
 (5) outro (especificar) _____

21. Localização do serviço em Porto Alegre? LOCPOA: _____
 (1) Região 1 – Centro e Ilhas
 (2) Região 2 – Leste, Nordeste e Eixo Baltazar
 (3) Região 3 – Sul e Extremo Sul
 (4) Região 4 – Grande Cruzeiro e Grande Glória
 (5) Região 5 – Norte
 (6) Região 6 – Partenon e Lomba do Pinheiro

22. Nome do serviço de saúde? NOME: _____

23. Quem faz parte da equipe de saúde do serviço atualte.? (**MÚLTIPLA ESCOLHA!!!!**) EQUIPE: _____
 (1) Enfermeiro
 (2) Auxiliar / técnico de enfermagem
 (3) Médico
 (4) Dentista
 (5) Técnico de higiene bucal
 (6) Agente comunitário de saúde
 (7) Outro (especificar) _____

DADOS SOBRE A CONSULTA DE ENFERMAGEM

24. Você realiza CE? REALZ: _____
 (1) sim
 (2) não

25. Algum órgão disciplinador fiscalizou a prática de CE realizada por você neste serviço? DISCIP: _____
 (1) Sim (especificar qual) _____

 (2) Não

ATENÇÃO:A questão 26 é para as pessoas que **REALIZAM** a CE.A questão 27 e 28 é para as pessoas que **NÃO** realizam a CE.

26. Porquê realiza a CE? (**MÚLTIPLA ESCOLHA!!!!!!**)

PQCE: _____

- (1) Questão não se aplica, pois não realiza a CE.
- (2) Exigência formal da instituição (especificar) _____

- (3) Exigência / solicitação informal da instituição (especificar) _____

- (4) Exigência / solicitação de outros profissionais de saúde (especificar) _____

- (5) Exigência de algum órgão disciplinador de Enfermagem (qual) _____

- (6) Gosta / deseja realizar a CE.
- (7) Considera importante a realização da CE para a população.
- (8) Considera importante a realização da CE para diminuir a demanda da clientela para o serviço de saúde.
- (9) Considera a CE como prerrogativa / exigência profissional do Enfermeiro.
- (10) Outro (especificar) _____

27. Porquê não realiza CE? (**MÚLTIPLA ESCOLHA!!!!!!**)

PQNAO: _____

- (1) Questão não se aplica, pois realiza a CE.
- (2) Não quer, não deseja realizar, não gosta de realizar CE.
- (3) Não teve / não tem formação para isso.
- (4) Não sente segurança técnica para a realização da CE.
- (5) Acredita não ter amparo legal para isso.
- (6) Acredita que algumas atividades realizadas durante a CE não têm amparo legal (especificar) _____

- (7) Tem funções administrativas que impedem a realização da CE.
- (8) Sente-se ou é impedida (o) de realizar a CE pela instituição.
- (9) Sente-se ou é impedida (o) de realizar a CE por outros profissionais de saúde.
- (10) Não tem ambiente físico e/ou recursos materiais para sua realização.
- (11) A instituição não exige a sua realização.
- (12) Não acredita que a CE servirá para alguma coisa.
- (13) Outro(s) (especificar) _____

28. Há algo que queira acrescentar? _____

ACRESC: _____

ATENÇÃO: Somente as pessoas que realizam a CE respondem a partir da questão 29.

Agradecer a contribuição dos profissionais que não realizam CE para esta pesquisa.

29. Há quanto tempo realiza CE profissionalmente? CEPROF: _____
- (1) 1 a 2 anos
 - (2) 3 a 5 anos
 - (3) 6 a 10 anos
 - (4) acima de 10 anos
30. Há quanto tempo realiza CE neste serviço? CESERV: _____
- (1) 1 a 2 anos
 - (2) 3 a 5 anos
 - (3) 6 a 10 anos
 - (4) acima de 10 anos
31. Onde/em que local realiza a CE neste serviço? **(MÚLTIPLA ESCOLHA!!!!)** LOCCE: _____
- (1) consultório próprio
 - (2) consultório compartilhado exclusivamente com profissional médico
 - (3) consultório compartilhado com diferentes profissionais de saúde
 - (4) sala de grupo
 - (5) recepção
 - (6) sala de ouvidoria
 - (7) sala de acolhimento
 - (8) outro local (especificar) _____

32. Existe meta estipulada de consultas de enfermagem/mês? META: _____
- (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe
33. Qual é a meta estipulada de CEs/mês? NOMETA: _____
- (1) questão que não se aplica, pois não existe meta de CE/mês.
 - (2) 1-10 CEs/mês
 - (3) 11-30 CEs/mês
 - (4) 31-50 CEs/mês
 - (5) 51-70 CEs/mês
 - (6) 71-90 CEs/mês
 - (7) 91-110 CEs/mês
 - (8) 111-130 CEs/mês
 - (9) 131-150 CEs/mês
 - (10) 151-170 CEs/mês
 - (11) 171-190 CEs/mês
 - (12) 191-220 CEs/mês
 - (13) 221-250 CEs/mês
 - (14) VARIÁVEL, entre _____ e _____.
 - (14) 251-270 CEs/mês
 - (15) 271-290 CEs/mês
 - (16) 291-310 CEs/mês
 - (17) 311-330 CEs/mês
 - (18) 331-350 CEs/mês
 - (19) 351-370 CEs/mês
 - (20) 371-390 CEs/mês
 - (21) 391-410 CEs/mês
 - (22) 411-430 CEs/mês
 - (23) 431-450 CEs/mês
 - (24) 451-470 CEs/mês
 - (25) acima de 470 CEs/mês
34. Quem estipula a meta de CEs/mês? QMETA: _____
- (1) Questão que não se aplica, pois não existe meta de CE/mês.
 - (2) A instituição de saúde
 - (3) A equipe de saúde / serviço de saúde
 - (4) A própria enfermeira
 - (5) Outro (especificar) _____
35. Existe algum indicador de efetividade da CE? INDIC: _____
- (1) Sim (especificar qual) _____

 - (2) não

36. Segue alguma metodologia de CE? METHOD: _____
 (1) sim
 (2) não

37. Qual metodologia você utiliza? QUALIT: _____
 (1) questão não se aplica, pois não segue metodologia de CE.
 (2) _____

ATENÇÃO ÀS QUESTÕES 38 E 39:

O parêntese (____) ao lado da questão refere-se a seqüência utilizada pela enfermeira com relação às etapas da CE.

38. Realiza diagnóstico de enfermagem?
 (1) sim (especificar qual sistema que usa) _____

 (2) não

39. Qual a freqüência do registro de enfermagem na CE?
 (1) Sempre registro
 (2) Registro na maioria das vezes
 (3) Registro na metade das vezes
 (4) Registro menos da metade das vezes
 (5) Nunca registro

40. Onde faz o registro da CE?
 (1) Questão não se aplica, pois não faz registro da CE.
 (2) Na folha específica para registro do prontuário do paciente
 (3) Na folha específica para registro de enfermagem do prontuário do paciente
 (4) Na Ficha "Lista de problemas" ou assemelhado
 (5) No Livro de Registros de CE próprio da enfermeira
 (6) No Livro de Registro do Acolhimento do Serviço de Saúde
 (7) Outro local (especificar) _____

41. Qual sistema de registro você utiliza?
 (1) Registro orientado para problemas (SOIC)
 (2) Anotação de enfermagem
 (3) Outro (especificar) _____

39. Segue algum protocolo de CE? PROTCE: _____
 (1) sim
 (2) não

40. Qual instituição e/ou responsável pela produção do protocolo de CE? INSTPRO: _____
 (1) Questão que não se aplica, pois não utiliza protocolo.
 (2) Protocolo da SMS/POA
 (3) Protocolo do MS
 (4) Protocolo produzido pelo serviço
 (5) Protocolo produzido pela própria enfermeira entrevistada
 (6) Outro protocolo (especificar) _____

41. Utiliza algum outro protocolo durante a CE no seu cotidiano?

PROTDUR: _____

- (1) sim
(2) não

ATENÇÃO:

Solicitar a disponibilização de protocolo de CE e demais protocolos utilizados durante a CE.

ATENÇÃO NA QUESTÃO 42:

Entre os parênteses (____), colocar código do protocolo de acordo com a instituição que o produziu:

1 – Secretaria Municipal de Saúde / POA

2 – Ministério da Saúde

3 – Próprio Serviço de Saúde / Própria Enfermeira

4 – Outro (especificar)

42. Quais protocolos utilizados durante a CE?

PROTODUR: _____

⚡(MÚLTIPLA ESCOLHA!!!)

- (01) Questão que não se aplica, pois não utiliza protocolo.
 (02) Saúde da mulher (____)
 (03) Rastreamento de Câncer Mama (____)
 (04) Rastreamento de Câncer de Colo Uterino (____)
 (05) Assistência à Mulher Vítima de Violência Sexual (____)
 (06) Violência Intrafamiliar (____)
 (07) Saúde da criança (____)
 (08) Saúde do adulto (____)
 (09) Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (____)
 (10) Suporte Básico de Vida (____)
 (11) Critérios de atendimento de demanda (____)
 (12) Doenças de Pele e Principais lesões tratadas (____)
 (13) Doenças Infecto-contagiosas (____)
 (14) Endo e ectoparasitoses (____)
 (15) Procedimentos de Enfermagem (____)
 (16) Medicamentos Usados no Curativo (____)
 (17) Outro (especificar) _____ (____)
 (18) Outro (especificar) _____ (____)
 (19) Outro (especificar) _____ (____)
 (20) Outro (especificar) _____ (____)
 (21) Outro (especificar) _____ (____)
 (22) (especificar) _____ (____)

43. O que se atende no cotidiano da CE? (MÚLTIPLA ESCOLHA!!!)

COTID: _____

- (1) Saúde da mulher
 (2) Pré-Natal de Baixo Risco
 (3) Rastreamento de Câncer Mama
 (4) Rastreamento de Câncer de Colo Uterino
 (5) Assistência à Mulher Vítima de Violência Sexual
 (6) Violência Intrafamiliar
 (7) Saúde da criança
 (8) Saúde do adulto
 (9) Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
 (10) Suporte Básico de Vida
 (11) Critérios de atendimento de demanda
 (12) Doenças de Pele e Principais lesões tratadas
 (13) Doenças Infecto-contagiosas
 (14) Endo e ectoparasitoses
 (15) Procedimentos de Enfermagem
 (16) Medicamentos Usados no Curativo

- (17) Outro (especificar) _____
 (18) Outro (especificar) _____
 (19) Outro (especificar) _____
 (20) Outro (especificar) _____

43. Tem agenda para a CE?

AGENDA: _____

- (1) sim
 (2) não

44. Existe CE “do dia” no serviço?

- (1) sim
 (2) não

45. Qual é a duração da CE na prática cotidiana?

DURCOT: _____

- (1) 0 a 10 minutos
 (2) 11 a 20 minutos
 (3) 21 a 30 minutos
 (4) 31 a 40 minutos
 (5) acima de 40 minutos
 (6) outro (especificar) _____

46. Qual a duração prevista para a CE na agenda?

DURAGE: _____

- (1) não há previsão da duração da CE, pois (especificar) _____

 (2) 0 a 10 minutos
 (3) 11 a 20 minutos
 (4) 21 a 30 minutos
 (5) 31 a 40 minutos
 (6) acima de 40 minutos
 (7) outro (especificar) _____

47. Em que casos a duração da CE é acima do tempo previsto em agenda?

CASOS: _____

↳ **MÚLTIPLA ESCOLHA!!!!!!**

- (1) Questão não se aplica, pois a enfermeira não ultrapassa o tempo previsto para a CE.
 (2) CE que requer exame físico completo.
 (3) CE que requer procedimentos técnicos, como exame ginecológico, coleta de citopatológico, ausculta de BCFs, utilização de otoscópio, etc.
 (4) CE que requer a colocação de D.I.U.
 (5) Primeira CE.
 (6) Problema emocional / de saúde mental do paciente
 (7) Problema social do (a) paciente.
 (8) Quando requer receita medicamentosa.
 (9) Quando requer exame especializado realizado fora do serviço.
 (10) Quando requer discussão do caso com outro profissional de saúde (especificar qual profissional) _____
 (11) Quando o caso do paciente ultrapassa a competência profissional da enfermeira.
 (12) Outro (especificar) _____

48. Quais instrumentos técnicos que utiliza durante a CE cotidianamente?

INSTR: _____

☞ (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) Estetoscópio
- (2) Esfigmanômetro
- (3) Termômetro
- (4) Espéculo
- (5) Espátula
- (6) Escova endocervical
- (7) Sonar
- (8) Otoscópio
- (9) Abaixador de língua
- (10) Fita métrica
- (11) Balança
- (12) Antropométrico
- (13) Calculadora
- (14) Agulha
- (15) Fita de HGT
- (16) Aparelho digital verificador de glicemia capilar
- (17) Seringa
- (18) Outro (especificar) _____
- _____
- (19) Outro (especificar) _____
- _____
- (20) Outro (especificar) _____
- _____

49. Quais instrumentos de apoio você utiliza cotidianamente durante a CE?

IAPOIO: _____

☞ (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) Mesa comum
- (2) Mesa de exame físico
- (3) Mesa de exame ginecológico
- (4) Cadeira para o profissional
- (5) Cadeira para o paciente
- (6) Cadeira para o acompanhante do familiar
- (7) Lixo orgânico
- (8) Lixo seco
- (9) Lixo comum
- (10) Balde com solução degermante
- (11) Pia
- (12) Frasco com sabão
- (13) Sala extra ao consultório
- (14) Banheiro com vaso sanitário
- (15) Hamper
- (16) Material de escritório (caneta, papel, borracha, etc)
- (17) Outro (especificar) _____
- _____

50. Solicita exames laboratoriais e outros tipos de exames durante a CE, quando há a necessidade?

EXAM: _____

- (1) Sim, sozinha prescrevo a solicitação de exames.
- (2) Sim, juntamente com a participação de outro profissional de saúde.
- (3) Sim, outro motivo (especificar) _____
- _____
- (4) Não, mas outro profissional prescreve durante a CE e a receita é entregue ao final da consulta.
- (5) Não, solicita que o paciente agende consulta com outro profissional de saúde.
- (6) Não, outro motivo (especificar) _____
- _____

51. Quais exames laboratoriais e outros exames você solicita durante a CE? QEXAM: _____

↳ **MÚLTIPLA ESCOLHA!!!!!!!!!!!!**

- (1) Questão que não se aplica, pois não prescreve exames.
- (2) Sangue (especificar) _____

- (3) Urina (especificar) _____

- (4) Fezes
- (5) Mamografia
- (6) Ecografia (especificar) _____
- (7) Eletrocardiograma
- (8) Citopatológico
- (9) Outro (especificar) _____

52. Quando o caso da CE exige terapia medicamentosa, o que você faz cotidianamente? MEDIC: _____

↳ **MÚLTIPLA ESCOLHA!!!!!!!!!!!!**

- (1) Não faço nada.
- (2) Sempre encaminhando o paciente para outro profissional, após o término da CE.
- (3) Outro profissional de saúde prescreve a medicação necessária e o paciente leva a receita após o término da CE.
Especificar qual profissional: _____
- (4) Prescrevo, sempre após discussão do caso com outro profissional de saúde (especificar) _____
- (5) Prescrevo, sendo algumas vezes com a discussão do caso com outro profissional de saúde (especificar) _____
- (6) Prescrevo, sem auxílio de outro profissional.
- (7) Prescrevo, somente o que está estipulado em protocolo aprovado pela instituição.
- (8) Prescrevo, conforme o caso, independente da medicação estar ou não no protocolo aprovado pela instituição.
- (9) Prescrevo, conforme outros protocolos não aprovados oficialmente pela instituição (ex.: protocolo do MS que a SMS ainda não adotou).
- (10) Prescrevo, sem auxílio de qualquer protocolo.
- (11) Outro (especificar) _____

- (12) Outro (especificar) _____

53. Quantas CE em média são realizadas por semana? QCES: _____

- (21) Não sabe.
- (22) 1-10 CEs/mês
- (23) 11-30 CEs/mês
- (24) 31-50 CEs/mês
- (25) 51-70 CEs/mês
- (26) 71-90 CEs/mês
- (27) 91-110 CEs/mês
- (28) 111-130 CEs/mês
- (29) Outro (especificar) _____

54. Quantas CE em média são realizadas por mês?

QCEM: _____

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| (1) Não sabe | (14) 251-270 CEs/mês |
| (2) 1-10 CEs/mês | (15) 271-290 CEs/mês |
| (3) 11-30 CEs/mês | (16) 291-310 CEs/mês |
| (4) 31-50 CEs/mês | (17) 311-330 CEs/mês |
| (5) 51-70 CEs/mês | (18) 331-350 CEs/mês |
| (6) 71-90 CEs/mês | (19) 351-370 CEs/mês |
| (7) 91-110 CEs/mês | (20) 371-390 CEs/mês |
| (8) 111-130 CEs/mês | (21) 391-410 CEs/mês |
| (9) 131-150 CEs/mês | (22) 411-430 CEs/mês |
| (10) 151-170 CEs/mês | (23) 431-450 CEs/mês |
| (11) 171-190 CEs/mês | (24) 451-470 CEs/mês |
| (12) 191-220 CEs/mês | (25) acima de 470 CEs/mês |
| (13) 221-250 CEs/mês | |

55. Qual clientela é atendida por você na CE? (**MÚLTIPLA ESCOLHA!!!!**)

CLIENT: _____

- (3) Recém-nascidos (0 a 1 mês)
 - (4) Crianças (1 mês e 1 dia a 11 anos)
 - (5) Adolescentes femininos (12 anos a 20 anos)
 - (6) Adolescentes masculinos (12 anos a 20 anos)
 - (7) Mulheres Adultas (21 anos a 59 anos)
 - (8) Homens adultos (21 anos a 59 anos)
 - (9) Gestantes adolescentes (até 20 anos incluso)
 - (10) Gestantes adultas (a partir de 20 anos)
 - (11) Idosas (acima de 59 anos)
 - (12) Idosos (acima de 59 anos)
 - (13) Comentários (especificar) _____
- _____
- _____
- _____

56. Como a clientela chega à CE? (**MÚLTIPLA ESCOLHA!!!!**)

CHEGA: _____

- (1) Por demanda espontânea, após agendamento da CE diretamente na recepção ou outro local para tal fim.
 - (2) Por demanda espontânea, na consulta do dia.
 - (3) Por demanda espontânea, após o acolhimento.
 - (4) Por encaminhamento do profissional médico do serviço de saúde
 - (5) Por encaminhamento de outro profissional de saúde do serviço (especificar) _____
 - (6) Por encaminhamento de outro profissional fora do serviço de saúde
 - (7) Por solicitação do agente comunitário de saúde
 - (8) Por solicitação do familiar
 - (9) Por agendamento da CE após a realização de visita domiciliar
 - (10) Por agendamento da CE após determinação de busca ativa
 - (11) Outro (especificar) _____
- _____
- _____
- _____

57. Há algo a acrescentar? _____

ACRES2: _____

ATENÇÃO:

Agradecer a contribuição dos profissionais para esta pesquisa.

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

Projeto de Pesquisa: A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE PORTO ALEGRE: estratégia metodológica de enfermagem ou estratégia de demanda?

Pesquisadora: Graziela Beck Porto

Mestrado em Enfermagem/EE/UFRGS

INSTRUMENTO DE PESQUISA nº 2: entrevistas com as enfermeiras

1. Como você conceitua a CE?
2. Pela sua experiência, como é considerada a CE pela instituição que você trabalha?
3. Pela sua experiência, como é considerada a CE pelos profissionais de saúde de seu serviço?
4. Como você realiza a CE no cotidiano? Como define as etapas de CE por você realizada?
5. Que ações (técnicas e relacionais) você realiza na CE?
6. Que aspectos teóricos e metodológicos são utilizados por você na CE?
7. Existem dificuldades para o exercício da CE?
8. Qual o perfil dos atendimentos na Consulta de Enfermagem no cotidiano (quantitativo e qualitativo)?
9. Há atividades que estão estabelecidas em protocolo aprovado pela instituição e que você não executa? Quais? Por quê?
10. Há atividades que não estão estabelecidas em protocolo e que você executa na CE? Quais? Por quê?
11. Como encara produtividade e qualidade assistencial da CE?
12. Pela tua experiência, o que necessita ser incorporado ou melhorado em relação à CE no serviço?
13. Gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE PORTO ALEGRE: estratégia metodológica de enfermagem ou estratégia de demanda?

Pesquisadora responsável: Marta Julia Marques Lopes

Pesquisadora: Graziela Beck Porto Mestrado em Enfermagem/EE/UFRGS

Porto Alegre, _____ de _____ de 2004.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, ao assinar esse documento, concordo de participar nesta pesquisa e ser entrevistado (a) pela Mestranda Graziela Beck Porto, do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Marta Julia Marques Lopes, cujo objetivo deste estudo é conhecer o perfil e a metodologia da Consulta de Enfermagem realizada na Atenção Básica de Porto Alegre. Estou ciente que a coleta de dados ocorrerá com as enfermeiras de todos os serviços de Atenção Básica de Porto Alegre-RS, as quais responderão a um formulário e, num segundo momento, poderão participar de uma entrevista gravada com fita cassete (sendo registrada posteriormente por escrito). Fui informado (a) de que posso me recusar a responder qualquer pergunta ou encerrar a entrevista a qualquer momento, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Também estou ciente que posso entrar em contato, para qualquer dúvida ou esclarecimento, com a pesquisadora, pelo telefone 3226.7843 (das 20 às 23 horas) ou celular 9166.1743. Declaro que me foi assegurado o anonimato e a confidencialidade das informações por mim fornecidas, assim como estas informações serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, tendo retorno das mesmas ao final da pesquisa. Desta forma, assino este documento, ficando uma via para mim e uma via para a pesquisadora.

Graziela Beck Porto – pesquisadora
CI: 3062623958

Enfermeira (o) entrevistada (o)
CI: _____