

Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial*

ATTRIBUTES MOBILIZED BY NURSES IN FAMILY HEALTH: REACHING PERFORMANCES WHEN DEVELOPING MANAGERIAL COMPETENCE

ATRIBUTOS MOVILIZADOS POR LA ENFERMERA EN LA SALUD FAMILIAR: APROXIMACIÓN A LOS DESEMPEÑOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA COMPETENCIA GERENCIAL

Lauren Suemi Kawata¹, Silvana Martins Mishima², Mara Quaglio Chirelli³, Maria José Bistafa Pereira⁴, Sílvia Matumoto⁵, Cinira Magali Fortuna⁶

RESUMO

Estudo de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, objetivando identificar e analisar os atributos mobilizados nas situações de trabalho e que caracterizam os desempenhos das enfermeiras na área da competência gerencial na Saúde da Família, apoiado nos conceitos da competência dialógica. Para coleta de dados, foi realizada observação participante do trabalho das enfermeiras atuantes na Saúde da Família em quatro unidades vinculadas à Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto - SP/Brasil, considerando-se uma semana típica de trabalho, totalizando 160 horas de observação. Através da análise de conteúdo, usando a técnica de análise temática, identificamos cinco temas relacionados a: supervisão, trabalho em equipe, controle social, organização do trabalho e planejamento. Os resultados apontam para um conjunto de atributos mobilizados pelas enfermeiras ainda centrado na organização do trabalho em saúde para o cuidado individual com raras incursões para um processo de planejamento sistematizado.

DESCRIPTORIOS

Enfermagem em saúde pública
Competência profissional
Saúde da família
Atenção primária à saúde
Conhecimento

ABSTRACT

This exploratory-descriptive study was performed using a qualitative approach with the purpose to identify and analyze the attributes mobilized in work situations that characterize the performance of nurses in managerial competence in Family Health based on the concepts of dialogic competence. Data collection was performed through participant observation of the work performed by Family Health nurses in four units associated with the University of São Paulo in Ribeirão Preto - SP/Brazil, considering a typical workweek, with a total of 160 hours of observation. Through content analysis, using the thematic analysis technique, we identified five themes related to: supervision, teamwork, social control, work organization and planning. Results show there is a group of attributes mobilized by nurses which remains centered on work organization for individual health care with rare incursions for a systemized planning process.

DESCRIPTORS

Public health nursing
Professional competence
Family health
Primary health care
Knowledge

RESUMEN

Estudio exploratorio-descriptivo, de abordaje cualitativo, objetivando identificar y analizar los atributos movilizados en situaciones de trabajo que caracterizan los desempeños de enfermeras en el área de competencia gerencial en la Salud Familiar apoyado en conceptos de competencia dialogal. Para recolectar datos, se realizó observación participativa de trabajo de enfermeras actuantes en Salud Familiar en cuatro unidades vinculadas a la Universidad de San Pablo en Ribeirão Preto (SP-BR), considerando una semana típica de trabajo, totalizando 160 horas de observación. A través de análisis de contenidos, usando técnica de análisis temático, identificamos cinco temas relacionados con: supervisión, trabajo en equipo, control social, organización del trabajo y planeamiento. Los resultados refieren un conjunto de atributos movilizados por las enfermeras, aún centrado en la organización del trabajo en salud para el cuidado individual con raras incursiones apuntando a procesos de planeamiento sistematizado.

DESCRIPTORIOS

Enfermería en salud pública
Competencia profesional
Salud de la familia
Atención primaria de salud
Conocimiento

* Extraído da dissertação "Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. lsuemi@hotmail.com ² Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smishima@eerp.usp.br ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. marachirelli@gmail.com ⁴ Enfermeira. Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. zezebis@eerp.usp.br ⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smatamoto@eerp.usp.br ⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. fortuna@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A Saúde da Família, uma estratégia de política pública de reorientação dos serviços, foi lançada no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994 e, a partir de então, tem-se constituído, em um novo campo de atuação para a enfermeira na atenção primária à saúde – APS^(a). A Saúde da Família tem sido considerada uma importante possibilidade de intervenção no campo da APS centrada na ação multiprofissional, com implementação de serviços de saúde articulando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em larga escala, reconhecida internacionalmente pelo seu caráter inovador na atenção à saúde.

Esta proposta de organização dos serviços impõe reflexões na direção de se repensar: a organização do processo de trabalho em saúde, focalizando as práticas de saúde nas quais se toma a família em suas necessidades como centralidade do trabalho; a qualificação da ação clínica na atenção aos indivíduos em seu contexto familiar e comunitário e onde estejam presentes atos de fala, escuta e vínculo, possibilitando diálogo e negociação; a integração da equipe de saúde mediante um esforço de interação e de articulação, dentre outros aspectos⁽¹⁻²⁾.

Este movimento de transformação, visando a reorganização do processo de trabalho, só se fará presente se passar a fazer parte da preocupação e das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores que atuam no setor saúde e, em específico, na atenção básica⁽³⁾. Nesta perspectiva, consideramos a gestão uma dimensão estratégica para transformação do processo de trabalho nos serviços de nível local, compreendida como uma ferramenta que direciona o processo de trabalho para a produção de cuidados de modo ampliado, ou seja, não ficando restrita somente a atividades burocráticas e administrativas, possibilitando a formação e transformação das práticas sanitárias⁽²⁾, e buscando quebrar a lógica que mantém os serviços ainda reféns de um processo distante da intervenção sobre problemas e necessidades locais⁽⁴⁾.

A atuação da enfermagem no cuidado a famílias não é um tema novo do ponto de vista da prática profissional, tampouco da produção de conhecimentos. A participação e o envolvimento de famílias no cuidado à saúde são considerados aspectos cruciais da prática de enfermagem, já que a família contribui para o bem-estar e para a saúde dos seus membros e influencia a doença⁽⁵⁻⁶⁾.

Reiteramos que Saúde da Família no Brasil tem a família como foco precípua de atenção, porém, esta estratégia não busca somente a participação e o envolvimento da fa-

mília no cuidado à saúde, já que foi lançada com a finalidade de reorganização dos serviços, considerando a família inserida no ambiente em que vive, devendo ser implementada seguindo os seguintes princípios: integralidade, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do atendimento.

Assim, a análise do trabalho da enfermeira na atenção básica, a partir da conformação da Saúde da Família, com as características próprias adotadas no Brasil, merece um olhar mais focalizado. Considerando estas questões, este estudo se volta a este olhar, fazendo o recorte para a identificação e análise dos atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) mobilizados nas situações de trabalho e que caracterizam os desempenhos das enfermeiras no que diz respeito à área de competência gerencial na Saúde da Família, apoiado nos conceitos teóricos de competência dialógica.

Destacamos que há várias linhas/abordagens de competência, dentre elas: a condutivista (ênfata os resultados esperados), a funcionalista (importa em descrever os resultados e não os processos realizados para atingi-los), a construtivista (mesmo sendo orientada pelo trabalho e referida aos conteúdos dos empregos típicos, ainda está centrada na verificação e no cumprimento de tarefas e dos resultados) e a dialógica⁽⁷⁾, pela qual optamos, considera o contexto e a cultura do local de trabalho, e confere à competência uma dimensão relacional entre tarefas e atributos. Identificam-se os desempenhos dos enfermeiros partindo-se do mundo do trabalho, por meio do levantamento de suas ações, identificam-se os atributos que fundamentam a realização dessas ações, incorporando a ética e os valores como elementos integrantes do desempenho competente.

A proposição de competência dialógica é considerada holística e trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos), sendo que a combinação destas capacidades *conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional*⁽⁷⁾. Assim, a identificação e a análise das diversas combinações dos atributos poderão revelar o desempenho das enfermeiras em várias situações no cenário da Saúde da Família. Ou seja, podem permitir a observação de que tipos de tecnologias estão sendo aplicadas pelas enfermeiras em suas atuações na Saúde da Família, uma estratégia para reorganização da prática assistencial vigente, médico-hegemônica, na qual prevalece o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos) e leve-duras (definidas como conhecimento técnico)⁽⁸⁾. Ressaltamos que a mudança do atual modelo assistencial - proposta da Saúde da Família - requer a inversão do uso das tecnologias de cuidado na produção da saúde, assim como a revisão do modo como vem

...a análise do trabalho da enfermeira na atenção básica, a partir da conformação da Saúde da Família, com as características próprias adotadas no Brasil, merece um olhar mais focalizado.

^(a) O termo atenção primária à saúde tem sido utilizado como sinônimo de atenção básica no Brasil. Neste texto utilizaremos a terminologia de atenção básica, como trazida intensivamente nos documentos oficiais do Brasil.

se organizando e processando o trabalho, sendo necessário um processo de trabalho centrado no uso mais intensivo das tecnologias leves⁽⁸⁾ (cuja essência é a produção de processos intercessores, de relações) e leve-duras, tanto nas ações que se voltam para a produção do cuidado individual e coletivo quanto nas ações de organização e gestão do processo de trabalho.

É na construção dessa abordagem de competência dialógica, que relaciona o mundo do trabalho (local onde se desenvolve a prática) e a formação para o desenvolvimento de práticas profissionais⁽⁷⁻⁹⁾, que podemos constituir possibilidades de reconstrução das práticas em saúde por meio da reflexão do desempenho do enfermeiro, ou seja, das ações e dos seus atributos mobilizados nas diversas situações da prática profissional cotidiana.

Nesta perspectiva, este estudo possibilita: pensar implicitamente em resolutividade na atenção básica, a qual está relacionada aos atributos dos profissionais; observar quais tipos de tecnologias estão sendo adotadas pelas enfermeiras na Saúde da Família e fornecer subsídios para construção de projetos pedagógicos que visem a formação de enfermeiras com conhecimentos, habilidades, atitudes contemporâneos no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS. Para tanto há necessidade de se considerar que a construção de tais projetos somente será viabilizada a partir de discussões das transformações vigentes no mundo do trabalho.

Ainda, este estudo pode contribuir para reflexão da prática da enfermeira na atenção básica em diferentes países, como por exemplo, na União Soviética, uma vez que em estudo⁽¹⁰⁾ realizado no Tadjiquistão é relatado que enfermeiras de Saúde da Família têm implementado novas práticas. Adicionalmente, a presente investigação também pode levantar reflexões possibilitem subsídios para a atuação de enfermeiras comunitárias do Canadá, Polônia, Islândia, entre outros países.

OBJETIVOS

Identificar e analisar os atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) mobilizados nas situações de trabalho e que caracterizam os desempenhos das enfermeiras na área de competência gerencial na Saúde da Família.

MÉTODO

Este estudo apresenta caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. O campo de estudo é o município de Ribeirão Preto – SP/Brasil, que se encontra localizado no nordeste do estado de São Paulo. Com relação à rede de atenção básica, Ribeirão Preto, não vem apresentando alterações numéricas em sua rede de atenção, sendo que desde 2007, apresenta 27 Unidades Básicas de Saúde - UBS, 5 Unidades Básicas e Distritais - UBDS, 1 Ambulatório Regional de Especialidades, 1 Ambulatório de Especi-

alidades Pediátricas, 1 Ambulatório Regional de Saúde Mental, 2 Núcleos de Assistência Psico-social e 22 equipes de Saúde da Família.

O cenário da pesquisa foi um conjunto de Unidades de Saúde da Família - USF, selecionadas considerando-se aquelas há mais tempo instaladas e em funcionamento no município. Assim, o cenário foi constituído por quatro das cinco USF ligadas à Universidade de São Paulo. Uma das USF foi excluída por ser uma unidade mista, isto é, serviço com uma equipe de Saúde da Família implantada em uma Unidade Básica de Saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiras com mais de um ano de trabalho na Saúde da Família, indicando certo acúmulo de experiências. As enfermeiras participantes responderam a um questionário inicial denominado *Caracterização das Enfermeiras*, contendo dados referentes à idade, município de residência, nível de instrução, tempo de exercício na profissão, experiências anteriores, experiências anteriores no Programa de Saúde da Família, forma de seleção e modalidade de contratação.

A coleta de dados foi desenvolvida no segundo semestre de 2006, por meio da observação participante do trabalho das enfermeiras, durante uma semana (40 horas) de trabalho considerada típica, ou seja, na qual não houve qualquer motivo que interferisse na rotina de trabalho, totalizando 160 horas de observação.

Assim, foram observadas: as ações realizadas; o modo como foram desenvolvidas, os critérios e recursos utilizados; a interação da enfermeira com o usuário e a equipe; o tipo de comunicação adotada (verbal, não-verbal, corporal) e a maneira como foi usada; a tomada a decisão (centralizada, compartilhada), entre outros.

Simultaneamente às observações, foram realizados os registros das mesmas, já que esses são considerados uma expressão quase idêntica de todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, quando realizados de maneira que sejam anotadas tanto as atividades quanto os aspectos físicos (relacionados à estrutura física e à presença de barreiras como ruídos) e sociais (conversas), quanto relacionados à interação (com membros da equipe e usuários).

Para a análise dos dados, organizamos os registros das observações de modo a se constituir o *corpus* da pesquisa e optamos pela análise de conteúdo, utilizando a técnica da análise temática⁽¹¹⁾. Inicialmente realizamos várias leituras do material registrado, com a finalidade de uma maior aproximação com o mesmo. A seguir, o mesmo foi separado em fragmentos, identificando: a ação desenvolvida (o que faz), os atributos mobilizados (como faz) e a área de competência (para que faz).

Após esse momento, foi realizada a leitura flutuante e, então, a identificação dos núcleos de sentidos que foram agrupados em grandes temas. Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, sendo o projeto

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, mediante o protocolo nº 0192 CEP/CSE-FMRP-USP, sendo garantidos o anonimato e a livre expressão dos sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As quatro enfermeiras cujos trabalhos foram observados residem em Ribeirão Preto, SP, Brasil e foram contratadas por meio de processo seletivo, sendo que a idade das mesmas variou de 25 a 50 anos.

Esse perfil etário é semelhante ao encontrado na pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde sobre avaliação da Saúde da Família em dez grandes centros⁽¹²⁾, na qual se verificou que idade dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família pesquisadas apresentava-se distribuída predominantemente em duas grandes faixas etárias – *até 30 anos, que reflete a juventude das equipes, e acima de 45 anos que caracteriza a senhoria das mesmas*⁽¹²⁾.

No que se refere ao nível de instrução, três enfermeiras possuem formação no nível de Pós-Graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado). Quanto ao tempo que exercem a profissão, três profissionais trabalham na Saúde da Família há cinco anos e uma trabalha há seis anos. Em relação à experiência profissional anteriormente à Saúde da Família, duas enfermeiras trabalharam, por curtos períodos (1 ano e 6 meses e 2 anos), em unidades de Saúde da Família. Esses dados apontam trabalhadoras que já acumularam experiências de trabalho na atenção básica e na Saúde da Família, reiterando os critérios de inclusão utilizados nesta investigação.

Na análise do material, foram identificados cinco grandes temas que estão apresentados de forma separada, mas é fundamental ressaltarmos que tal divisão só é possível enquanto abstração com caráter analítico, uma vez que a dinamicidade do trabalho, na realidade dos serviços de saúde, os mantém permanentemente articulados.

O primeiro tema: *A supervisão como instrumento de controle e educação* aponta que a supervisão, além de se constituir em parte do processo coletivo do trabalho em saúde, está relacionada às demandas dos serviços e aos objetivos e finalidades aos quais se dirigem⁽¹³⁾. Ainda, aponta a supervisão como atividade inerente ao cotidiano da gestão do trabalho das enfermeiras e mostra que a supervisão apresenta as dimensões de educação (tanto no aspecto de educação de outros trabalhadores quanto no caráter de capacitação) e de controle (de atividades e de pessoal), podendo ter o intuito de conferir, corrigir e informar.

Desempenho da enfermeira na *A supervisão como instrumento de controle e educação*:

Conhece sobre o trabalho de cada membro da equipe, a rotina e a dinâmica do trabalho na unidade, a condição de saúde dos trabalhadores e as restrições para o trabalho; uti-

liza princípios de justiça, tolerância e responsabilidade. Comunica-se utilizando linguagem de forma direta, concisa e clara durante conversa com os trabalhadores, possibilitando interação e participação no diálogo, explicando como a jornada de trabalho deve ser realizada, demonstrando atitude de respeito e de manejo de relações de poder. Realiza avaliação do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores e as alterações em seu trabalho de modo pontual e, consequentemente, no processo de trabalho da equipe, considerando fatores relativos à saúde do trabalhador como carga de trabalho, ambiente físico, segurança, a prática do serviço, a responsabilidade da unidade e da equipe com a assistência, de modo que o atendimento não seja interrompido, indicando respeito com os usuários.

Considerando as dimensões da supervisão, observamos que, durante o processo educativo, há preocupação com a capacitação da equipe em distintos momentos, contudo, evidencia-se o domínio de uma educação de caráter diretivo e vertical, fazendo parecer que nem sempre a perspectiva da educação permanente está sendo adotada como um recurso que possibilita reflexão crítica sobre as práticas de atenção e de gestão, promovendo processos educativos aplicados ao trabalho. A Política de Educação Permanente no SUS, aprovada em 2004, assinala a educação em serviço como um recurso estratégico para gestão do trabalho e como uma estratégia para recomposição das práticas de formação e atenção⁽¹⁴⁾.

Com relação ao controle, enquanto dimensão da supervisão, identificamos que o mesmo, muitas vezes, apresentou o enfoque estrito de controlar, ou seja, o foco se volta para que o trabalho seja realizado conforme o planejado e seguindo estritamente as regras estabelecidas. Consideramos que tal enfoque deve ser superado, já que as enfermeiras, ao realizarem a supervisão, podem desempenhá-la como um instrumento para promover o envolvimento dos trabalhadores segundo os objetivos do projeto do qual fazem parte, buscando sua responsabilização em relação à produção de cuidados.

O segundo tema, *O trabalho em equipe na Saúde da Família*, mostra que o trabalho das enfermeiras está articulado ao da equipe para a produção do cuidado, evidenciando como ocorre a articulação das ações e a interação entre os trabalhadores. Nesse contexto, o trabalho em equipe constitui um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho, podendo ser uma ferramenta que possibilita uma abordagem mais integral e resolutive, já que pode ser implementado de um modo que articule as diferentes ações dos distintos profissionais⁽¹⁵⁾.

Encontramos como desempenho da enfermeira no *O trabalho em equipe na Saúde da Família*:

Conduz discussão de casos, possibilitando espaços para que qualquer trabalhador exponha seus conhecimentos. Toma decisão de modo centralizado e vertical. Tem atitude de fazer contato com outros níveis de atenção, a fim de obter informações sobre os usuários e famílias e de trocar

experiências. Realiza avaliação de risco e de prioridades, articula o cuidado, a fim de buscar continuidade, interseccionalidade e integralidade, através da mobilização da equipe. Reconhece como relevante o trabalho desenvolvido pelos outros membros da equipe.

Identificamos que o trabalho das enfermeiras, muitas vezes, está articulado e integrado ao da equipe a fim de viabilizar a produção do cuidado, sendo que, em vários momentos, a reunião da equipe é o momento utilizado para tal integração. Além disso, observamos que, em determinadas situações, as enfermeiras buscam interação com o profissional médico, principalmente para discutir e planejar condutas voltadas para o cuidado individual, o que fornece pistas de que há relação entre o trabalho e a autonomia, indicando que seguem a perspectiva de que *todos profissionais de saúde executam suas ações dentro de certa esfera de autonomia e responsabilidade [...] (16)*.

O terceiro tema, definido como *O controle social no processo de gestão*, explicita o controle e a participação social como instrumentos que possibilitam a construção da cidadania, estando presentes no trabalho das enfermeiras e relacionados à Comissão Local de Saúde.

Desempenho das enfermeiras no *Controle social no processo de gestão*:

Conhece a função e o regulamento da Comissão Local de Saúde. Pontualmente reflete sobre os problemas identificados. Procura alternativas que possam ser negociadas com a comunidade. Reconhece a Comissão Local de Saúde como um espaço de reivindicação e a importância da participação dos trabalhadores neste colegiado.

No que se refere ao controle e à participação social, na perspectiva presente no sistema de saúde público brasileiro, onde há o estímulo à ação da sociedade nas definições do sistema de saúde, chama atenção o fato de ambos estarem presentes, no cotidiano do trabalho das enfermeiras na Saúde da Família, apenas em raras situações. Dessa forma ambos apareceram somente articulados à atuação da enfermeira junto à Comissão Local de Saúde (instância formal prevista na legislação brasileira onde se viabiliza a participação e o controle sociais no nível local do SUS), o que contraria, de certa forma, a expectativa presente nos documentos oficiais da Saúde da Família. Ainda, apesar de parecer evidente certo conhecimento das enfermeiras referente ao controle social, os dados desta investigação indicam que pode haver dificuldades por parte destas trabalhadoras, em atuarem como sujeitos sociais, ou seja, terem dificuldade em promover ou desencadear processos de gestão, planejamento e avaliação mais participativos, em que as possam colocar seus conhecimentos, habilidades e atitudes a serviço das necessidades da população. Portanto, identificamos que as enfermeiras têm noção dos conceitos de controle e participação social, mas não conseguem operá-los no cotidiano, na interlocução com os demais sujeitos para efetivar a participação da comunidade. Desse modo, inferimos que as enfermeiras não conseguem apreender o controle e a

participação social enquanto dimensões presentes em suas ações, ou seja, para além da dimensão técnica do trabalho.

O quarto tema, *A organização do trabalho para a produção do cuidado*, define a organização do trabalho como a seleção, de modo adequado, dos instrumentos de trabalho que irão responder às necessidades que se colocam⁽¹⁷⁾ e mostra que o trabalho das enfermeiras se desenvolve no sentido de organizar o fluxo de usuários e informações tanto na unidade como entre os serviços e de realizar controle de infra-estrutura, de recursos humanos e de previsão e provisão de material.

Desempenho da enfermeira na *Organização do trabalho para a produção do cuidado*:

Participa de discussões junto à equipe, questiona condutas, justificando o motivo dos questionamentos. Indica limites do exercício profissional e demonstra atitude de preocupação com o acesso dos usuários aos serviços e com a continuidade da atenção. Realiza o cuidado embasando-se em protocolos de atendimentos, regionalização e a história dos usuários, considerando o vínculo com os usuários do serviço.

Toma decisão de forma centralizada, não busca a responsabilização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, não organiza o trabalho na lógica da educação permanente em saúde.

Em relação a esse modo de organização do trabalho, identificamos que as enfermeiras têm desenvolvido ações que estão voltadas para mobilização do cuidado, o que indica a articulação entre a dimensão gerencial e dimensão assistencial, no desenvolvimento do trabalho em saúde.

O último tema, *Coordenação e planejamento do trabalho*, resgata que o planejamento está direcionado a atividades pontuais de promoção à saúde e de educação permanente; às escalas e ao cuidado. A coordenação está relacionada à organização do trabalho para a produção do cuidado, sendo raras as iniciativas para o planejamento mais global voltado ao território e à avaliação das ações individuais, coletivas e de organização da unidade de saúde.

Desempenho das enfermeiras na *Coordenação e planejamento do trabalho*:

Participa da elaboração, coordenação e articulação do planejamento. Identifica os recursos (estrutura física, sistema de informação, localização de documentos na unidade) e os fatores (perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita) envolvidos com o plano. Elabora o desenvolvimento das atividades atendendo à finalidade para a ação da unidade de saúde como priorização das famílias de acordo com a classificação de risco e por agravos presentes, atenção voltada a grupos de risco, ampliação da clínica, atuação junto com outros profissionais. Reflete sobre a previsão de situações e possíveis alternativas para a tomada de decisão com compromisso e responsabilidade. Identifica problemas potenciais, desenha cenários pos-

síveis, tentando acumular subsídios para agir no sentido de evitar intercorrências na organização do serviço e ter suporte caso essas venham a ocorrer.

Quanto ao planejamento, considerando-o como uma ferramenta que possibilita a programação, direção, coordenação, controle e avaliação de ações no processo de gestão do trabalho identificamos nesta investigação que no cotidiano do trabalho das enfermeiras na Saúde da Família, não há um processo sistemático de avaliação das atividades desenvolvidas pelos serviços, fato que traz preocupação, já que a avaliação é definida como um instrumento para a gestão, o qual deve subsidiar o processo de tomada de decisão e a produção de cuidados e de serviços, ou seja, que deve apoiar o planejamento em saúde, na perspectiva do cuidado e na promoção da inclusão dos usuários⁽¹⁸⁾.

Ainda, destacamos muitas contradições no trabalho das enfermeiras, no qual estão presentes momentos em que há o predomínio de ações de caráter vertical, ou seja, ações impostas que não possibilitam o diálogo e a negociação, visando apenas à transmissão de conteúdos. Da mesma forma que evidenciado em outros estudos, faz-se necessário o desenvolvimento, pelas enfermeiras, de capacidade de se comunicar para estabelecer um *diálogo com a equipe aonde irá se inserir, com estabelecimento de vínculo, com confiança, para um processo de negociação e possibilidades de mudança das práticas*⁽¹⁹⁾. No entanto, também identificamos alguns momentos em que as enfermeiras parecem buscar a reversão do modelo assistencial vigente, ou seja, observamos atos de fala e escuta que proporcionam vínculo e educação da equipe e dos usuários.

CONCLUSÃO

Compreendemos que a gestão dos serviços de saúde deve ter função de articular as relações entre pessoas, estruturas, tecnologias, objetivos/metast e meio ambiente e satisfação dos usuários.

A análise dos resultados aponta um conjunto de atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) mobilizados pelas enfermeiras ainda centrado na organização e gestão do trabalho em saúde para o cuidado individual, com raras incursões a uma ação sistematizada e contínua que envolva todas as etapas do planejamento e avaliação das ações propostas, de forma mais participativa, incluindo outros sujeitos interessados.

REFERÊNCIAS

1. Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(2):143-51.
2. Mishima SM. A gestão de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa de Saúde da Família [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

Concluimos que o trabalho das enfermeiras na Saúde da Família pode estar em processo de transição, e, portanto, inserido no contexto de busca de reorganização da assistência a partir da atenção básica.

Além disso, como identificamos que, no trabalho das enfermeiras, há o predomínio de uso de tecnologias leves e leve-duras, e assim inferimos que esse trabalho pode contribuir na direção da reversão do modelo assistencial vigente, pois demonstra a potência do trabalho desenvolvido em conjunto entre enfermeiras e outros trabalhadores da equipe de saúde, permitindo a efetivação das diretrizes da atenção primária de longitudinalidade, coordenação da assistência e integralidade.

Entendemos também que a sustentação do processo de mudança do modelo assistencial que vem sendo empreendido com a contribuição das enfermeiras na instância da atenção básica impõe investimentos em processos de mudança na formação destas, como os que estão sendo realizados, implementando uma educação voltada para o mundo do trabalho no qual os objetos de aprendizado são problematizados. Desse modo, estudantes e trabalhadores inseridos nesse contexto podem perceber a realidade e agir sobre ela, com maior domínio dos atributos e competências nessa perspectiva, ou seja, com formação para o trabalho e defesa da cidadania⁽²⁰⁾.

Para finalizar, ressaltamos que este estudo aponta questões relevantes para a análise do desempenho da enfermeira que compõem a área de competência da gestão/gerência. Entretanto, a construção desta competência (que não é uma lista de tarefas ou uma somatória de tarefas, não é observada diretamente, mas é inferida pelo desempenho, que é uma combinação de atributos, em rede, para solucionar uma determinada situação da prática profissional) necessita ser validada, pelo conjunto de enfermeiras que atuam na Saúde da Família no cenário de Ribeirão Preto, contexto específico e mobilizador de projetos assistenciais específicos e que conforma o trabalho da enfermeira, mas que pode contribuir para a discussão mais ampla que se faz da competência da enfermeira na Saúde da Família em outros espaços.

O propósito dessa validação é de refletir sobre os desempenhos identificados de forma crítica, para articular com a proposta da Saúde da Família do município, tendo como possibilidade a análise da prática profissional realizada. Neste sentido, a validação se propõe a revelar os valores, interesses e ideologias das práticas social e historicamente constituídas, uma vez que constroem o diálogo da teoria com a prática.

3. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Práxis em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
4. André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n.esp):835-40.
5. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):65-72.
6. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002.
7. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(17):369-79.
8. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
9. Ribeiro ECO, Lima VV. Competências profissionais e mudanças na formação. *Olho Mágico*. 2003;10(2):47-52.
10. Parfitt BA, Cornish F. Implementing Family Health Nursing in Tajikistan: from policy to practice in primary health care reform. *Soc Sci Med*. 2007;65(8):1720-9.
11. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Relatório de Gestão: 1998-2002*. Brasília; 2002.
13. Silva EM. *Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local [tese doutorado]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2009 ago. 15]. Disponível em: http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/port_GM198.pdf
15. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo novas "autonomias" no trabalho. *Interface Comun Saúde Educ*. 2001; 5(9):150-3.
16. Peduzzi M, Ciampone MHT. O trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.108-24.
17. Teixeira RA. *O trabalho da enfermeira na saúde da família: potência de (re)construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho da enfermagem? [dissertação]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.
18. Tanaka OU, Melo C. Como avaliar serviços de saúde? *Olho Mágico*. 2003;10(3):79-82.
19. Chirelli MQ, Mishima SM. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. *Rev Lat Am Enferm*. 2003; 11(5):574-84.
20. Leonello VM, Oliveira MA. Construindo competências para a ação educativa da enfermeira na atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n.esp):847-52.

Agradecimento

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq pelo financiamento da pesquisa.
Processo nº 301443/2006-8