



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Emerson Gomes Garcia

**A SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM  
NAS EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
SALVADOR**

SALVADOR-BAHIA  
2005

**Emerson Gomes Garcia**

**A SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM  
NAS EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
SALVADOR**

Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-UFBA, na área de concentração O Cuidar em Enfermagem como requisito para obtenção do grau de mestre.

Orientador Prof. Dr. Álvaro Pereira

SALVADOR – BAHIA  
2005

**Emerson Gomes Garcia**

**A SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM  
NAS EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-UFBA, na área de concentração: O Cuidar em Enfermagem. Como requisito para obtenção do grau de mestre.

Aprovada em 25 maio de 2005

**BANCA EXAMINADORA**

Álvaro Pereira\_\_\_\_\_

Doutor em Enfermagem e Professor da Escola de Enfermagem da UFBA

Maria Bettina Camargo Bub\_\_\_\_\_

Doutora em Enfermagem e Professora do Curso de Enfermagem da UFSC

Maria José Coelho\_\_\_\_\_

Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Ester de Souza Costa\_\_\_\_\_

Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem da UFBA

“Sofro por me sentir acomodada” (ANA NERY).

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, Pai inteligência suprema causa primária de todas as coisas que sempre me iluminou nos meus momentos de provação.

À minha mãe, incentivadora de todas as fases de minha vida estudantil sempre pegando em minha mão e me conduzindo em um caminho de produção.

Ao professor Dr. Álvaro Pereira, meu orientador, amigo e mestre, pela atenção, compreensão, paciência, incentivo e orientação segura, dispensada a mim na construção e desenvolvimento deste trabalho.

À minha irmã Alessandra e minha amiga Ana Guzzo pela eterna amizade e compreensão de minhas falhas. Sempre apoiando e incentivando

Às enfermeiras entrevistadas, que contribuíram para a realização desta pesquisa.

À orientanda do Prof. Dr. Álvaro, a aluna da graduação Geise Marcelle F. de Almeida, por sua colaboração, pelo seu compromisso dedicação e seriedade na busca do conhecimento.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para a execução deste estudo, o meu sincero agradecimento.

À CAPES (Coordenação de Apoio à Pesquisa) pelo apoio na forma de bolsa que possibilitou desenvolver meu estudo com maior tranquilidade financeira.

## RESUMO

Pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa que investigou a sistematização da consulta de enfermagem no Programa Saúde da Família (PSF), tendo por objetivo geral: analisar o modo de realização das Consultas de Enfermagem com usuários do PSF; e os objetivos específicos: descrever as atividades que caracterizam a consulta de enfermagem na equipe deste Programa, identificar os fatores que interferem na sistematização da consulta de enfermagem realizada por essas equipes e conhecer o entendimento dos enfermeiros e enfermeiras sobre a sistematização da consulta. O estudo foi realizado no distrito de Saúde do Subúrbio Ferroviário de Salvador no período de novembro de 2004 a janeiro de 2005 tendo como sujeitos dez enfermeiras que trabalham nas equipes de PSF do Subúrbio Ferroviário e que concordaram em participar deste estudo, cujo critério de seleção foi atuar nas dez primeiras equipes de PSF implantadas há mais de um ano na Cidade do Salvador. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista com formulário próprio contendo perguntas objetivas identificando os sujeitos, e subjetivas descrevendo a sistematização da consulta de enfermagem. Percebi através dos dados que o mapeamento não foi realizado de forma preconizada pelos profissionais contratados; a contagem foi equivocada e o número de equipes foi insuficiente para desempenho eficiente em face da extensão territorial. O número de famílias indica que há equipes atuando fora da sua área adstrita real enfrentando problemas de ordem geográfica. Os treinamentos direcionados a essa estratégia de saúde e o acompanhamento insuficiente foram apontados como problemas estruturais da implantação das equipes e das unidades. A consulta de enfermagem é uma atividade que a enfermeira precisa realizar, mas não teve preparação suficiente para efetivá-la a contento; ela restringe-se a algumas etapas realizadas de modo assistemático que atendem prioritariamente ao modelo da clínica estando direcionada para as enfermidades, com alguns destaques para educação na saúde. Ela é feita de modo singular pelos membros da equipe na dependência de sua motivação individual. Grande parte das entrevistadas desconhece as etapas que normatizam esta atividade e quando identificadas estão incompletas percebendo-se em alguns discursos a negação e a falta de importância a elas atribuída. A ausência de recursos materiais, de organização dos prontuários, de impressos e de recursos estruturais são apontados como aspectos negativos para a sistematização desta consulta.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Enfermagem em Saúde Comunitária; Consulta.

## ABSTRACT

This is a qualitative, descriptive and exploratory research that investigated the systematization of nursing consultation in the Health Family Program. Its general objective was: to analyse the way that nursing consultation has been developed to people who use this health program on that place. Its specific objectives were: to describe the nursing acting with the characteristic of nurse attention on this health family staff program and identify important actions that could interfere on this systematization of the nursing's consultation on this group. This study was developed on the Railway Employee Suburb's Health Program of Salvador's city from November, 2004 to January, 2005, whose subjects of this research were ten nurses who worked on this Railway Employee Suburb's staff of program, and that agreed taking part on this work. Being selected It was needed belonging to ten first staffs introduced since one year in Salvador's city. An interview was used as collector data instrument, with an elaborate form containing objective questions, in order to identify the subjects, and subjective questions describing the nursing's systematization appointment. Through the data, I realize that the work to built the map place hasn't been made as the government Family Program rules. There was a mistake on the counting process of the houses. The staff of work wasn't enough, because there was a vast area. The excess of families make us believe there was staff working out of the right area, and they have geographic problem. The directed training by this health strategy and the insufficient work retinue was like structural problems bringing the staffs. The nursing consultation is an activity that the nurse needs to do with a such qualification, but they don't have the Knowhow enough to make it works. It sum up in same stages and doesn't follow a ruling. It is headed to biomedic way, leaded to disease way. Some times leaded to the health education they follow only same stages of the nurse consultation, and their self knowledge. Some of them did not know the consultation stages and the consultation law. On this work can be found aspects that make hard to get the systematization of this nurse occupation. Things like missing material, the defective structure, and do not have organization on the right print.

**KEY - WORDS:** Nursing; The Community Health; Consultation.

# SUMÁRIO

## Resumo

## Abstract

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>2. DA CONTRUÇÃO CONCEITUAL À ELABORAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>14</b>
2.1 CONSTRUINDO UM MARCO REFERENCIAL PARA A SAÚDE NA FAMÍLIA	14
2.2 A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE AÇÃO NO PSF	19
2.3 SISTEMATIZANDO A ATENÇÃO A SAÚDE NO PSF	25
<b>3. BUSCANDO UM CAMINHO SEGURO</b>	<b>30</b>
3.1 ABORDAGEM DO ESTUDO	30
3.2 TIPO DE ESTUDO	31
3.3 LOCAL DA INVESTIGAÇÃO	32
3.4 SUJEITOS DA PESQUISA	33
3.5 COLETA DE DADOS	34
3.6 ÉTICA	37
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	37
<b>4. A SISTEMATIZAÇÃO REVELADA NOS DISCURSOS</b>	<b>39</b>
4.1 VIVENCIANDO A IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE PSF	39
4.2 O MODO DE DESENVOLVIMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM	44
4.3 AS ETAPAS RECONHECIDAS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.	47
4.4 PERCEBENDO A IMPORTÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA	50
4.5 IDENTIFICANDO OS FATORES POSITIVOS E NEGATIVOS QUE CONTRIBUEM OU NÃO PARA A VIABILIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.	51
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>55</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>63</b>
APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO	64
APÊNDICE II: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	66
APÊNDICE III: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPATIVA	67
APÊNDICE IV: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NO PRONTUÁRIO	68
<b>ANEXOS</b>	<b>69</b>
ANEXO I: FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	70
ANEXO II: PARECER TÉCNICO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA CEP-SESAB	73
ANEXO III: ENTREVISTAS TRANSCRITAS	75
ANEXO IV: OBSERVAÇÕES ANOTADAS NOS ROTEIROS	98
ANEXO V: QUADROS REPRESENTATIVOS PARA A CATEGORIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	127



## **1. INTRODUÇÃO**

Os enfermeiros e enfermeiras enfrentam inúmeras dificuldades e conflitos ao procurarem cumprir o que é preconizado pelas diretrizes governamentais quando participam de programas específicos do Ministério da Saúde – MS. Muitas destas dificuldades são devido à precariedade na infra-estrutura, duplicidade de competências, pessoal disponível e escassez de materiais (MARTINS, 2001). Apesar das dificuldades encontradas, no que concerne às demandas sociais básicas de saúde, no Capítulo da Ordem Social, o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda assegura a assistência à saúde de qualidade à população brasileira.

Apesar de já ter sido constatado um avanço importante no que se refere ao conceito saúde na sociedade brasileira, existe na prática uma contradição entre o discurso político do governo e a sua efetivação (BRASIL, 1993). A assistência de saúde de qualidade à família está longe de ser compreendida como uma ação interdisciplinar que demanda o desempenho e a responsabilidade de gestores e equipes.

Dentre as atividades obrigatórias propostas na regulamentação do exercício profissional e na específica deste programa cabe aos enfermeiros e enfermeiras a realização da consulta de enfermagem ao cliente, família e comunidade.

Segundo Almeida (1997) e Feuerwerker (2000), a idéia da integração de responsabilidades e da formação de profissionais para trabalhar com a saúde familiar, no Programa de Saúde da Família, envolve necessariamente articulações entre as áreas clínicas básicas como ortopedia, pediatria, ginecologia, clínica médica e a saúde coletiva. O que faz com que o direito à saúde seja uma meta a ser alcançada por todos os profissionais deste programa.

Por este prisma é possível afirmar que o enfermeiro e a enfermeira já há algum tempo reconhecem a importância da família, integrando-se a ela na busca de apoio para que, juntos, possam obter um resultado mais satisfatório frente ao ato de cuidar do paciente.

Nos cuidados e orientações realizados em sua consulta, esta(e) profissional é capaz de considerar a importância das necessidades básicas afetadas, mesmo daquelas mais simples como, por exemplo, a necessidade de cuidado corporal (DANIEL, 1981).

Com o surgimento das novas diretrizes sociais para a atenção à saúde populacional, a consulta de enfermagem torna-se uma atividade profissional extremamente necessária. Considera-se esta, a aplicação do processo de enfermagem, uma modalidade de sistematização da assistência prestada ao usuário aparentemente sadio ou não, em uma unidade básica de saúde ou em ambulatório (HORTA, 1979).

Esta modalidade pressupõe a interação usuário do sadio ou não, e da enfermeira ou enfermeiro. É a implementação do processo de enfermagem – histórico, diagnóstico, intervenções e avaliação de enfermagem – em uma Unidade Básica de saúde ou em um ambulatório. Ela vem ao longo do seu contexto histórico sofrendo injustiças ou sendo muitas vezes subutilizada nos serviços públicos.

Freqüentemente a consulta tem sido encarada como uma complementação da atividade médica. Na maioria das Unidades de Saúde, há situações onde profissionais de nível médio, a(o) auxiliar de enfermagem em especial, executam as tarefas de pré e pós consulta médica, sendo muitas vezes confundida(o)s com a(o)s enfermeiros(as) pelo usuário. Estes profissionais por sua vez, são incapazes de distinguir, assim, o verdadeiro papel do enfermeiro (a). De outro lado, na maioria das vezes, os enfermeiros(as) estão envolvidos com os serviços administrativos, deixando um pouco de lado seu objetivo principal que é aquele relacionado ao ato de cuidar (SANTOS, 2001) cedendo espaço a outras categorias da enfermagem para a sua realização.

O profissional de enfermagem deveria estar voltado à assistência para o atendimento, avaliação e acompanhamento efetivo dos problemas de saúde do usuário, tendo como ferramenta a consulta. Apesar disto demandar um tempo precioso na sistematização do

conjunto de suas ações, este fato facilitaria o alcance de suas metas. No entanto, essa é uma expectativa que ainda não se concretizou de fato no PSF.

A consulta de enfermagem parece, ainda, ser é uma prática mal entendida pelo usuário e subestimada pelos profissionais. Ela precisa ser vista pelo usuário como muito mais do que um momento de tirar dúvidas, e pelo profissional enfermeiro, como a forma de sedimentar conhecimento e mostrar a realidade da qual o usuário participa. Estas informações fortalecem a necessidade de reflexão sobre as responsabilidades com a promoção de saúde do usuário, da família e da comunidade (PADILHA et al, 1984).

Ela é necessária para avaliar a qualidade das ações do enfermeiro(a) na assistência prestada. Uma avaliação que poderá ser feita tendo por base a sistematização adequada do atendimento, onde a própria comunidade, assistida pela equipe multiprofissional possa avaliar a repercussão das ações dos enfermeiros e das enfermeiras através do “feedback” que estabelecerá com o usuário, família e comunidade diante de suas intervenções e/ou orientações. Esta aferição será positiva se houver transformação nas dimensões sócio-política e cultural destes grupos. Avaliar neste contexto deve ser um “processo contínuo, realizado pelo enfermeiro através de observação da retro-alimentação proveniente do paciente, família e equipe. Visa aperfeiçoar o processo de atendimento global” (CIANCIARULLO, 2000, p.115).

A consulta de enfermagem no PSF foi aqui contextualizada porque é objeto de investigação deste estudo que pretendeu estabelecer a necessidade de sua sistematização, avaliando os fatores que podem interferir na implantação da sistematização da consulta na efetivação do Programa de Saúde da Família.

Durante minha experiência acadêmica e profissional no Programa de Saúde da Família despertei o entusiasmo pela consulta como uma das possibilidades de busca da autonomia profissional.

Esse interesse intensificou-se ainda mais quando em 1999 comecei a atuar como

enfermeiro no Programa Saúde da Família, no Distrito Federal, quando as atribuições de enfermagem englobavam além da coordenação da equipe um número determinado de consultas/dia. Nessa ocasião verifiquei que tais consultas não eram sistematizadas, ficando a critério de cada profissional delinear sua metodologia de assistência. Mesmo após inúmeras discussões para estabelecermos um protocolo de ações que sistematizaria a consulta, nunca conseguimos implantá-lo efetivamente.

Em junho de 2001, quando trabalhava no Programa de Interiorização dos Trabalhadores em Saúde - PITS/Ministério da Saúde, no interior do Maranhão, continuei sentindo essas mesmas dificuldades. Eu percebia que também não se havia instituído um direcionamento específico quanto a forma de condução de tais consultas.

Atuando neste campo de trabalho, percebi que a Consulta de Enfermagem ainda é pouco reconhecida pelos usuários dos serviços de saúde e pelos demais membros da equipe do PSF, embora, oficialmente, no Programa de Saúde da Família, esta prática esteja regulamentada desde 1994, quando ocorreu sua implantação (BRASIL, 1997).

Minha principal limitação residia nas barreiras impostas pelos demais profissionais da equipe do PSF - auxiliar de enfermagem, médico, dentista e assistente social - os quais ou desconheciam a consulta de enfermagem ou ignoravam a sua importância na prática cotidiana da(o)s enfermeira(o)s em saúde coletiva .

Durante as últimas décadas, tem sido atribuído a esta(e)s profissionais administrar os recursos materiais e humanos dos programas. E nesse sentido, o tempo que lhes restava para realizar sua principal tarefa, o cuidado direto ao usuário, foi tornando-se muito restrito. Esta situação foi corroborada pelo fato de que, também em minha formação acadêmica, a maioria das disciplinas parecia enfatizar o atendimento do usuário em seus aspectos biológicos, fazendo predominar o modelo biomédico, que há muito vem sendo criticado por estudiosos da área de enfermagem e áreas afins (MARTINS- 2001).

Ao direcionar o foco do meu trabalho para a consulta de enfermagem, percebi a importância de estar atento para a questão Legal deste procedimento, o mesmo instituído pela lei do exercício profissional 7498 de 1986 (BRASIL, 1986). Ainda não é controlado e acompanhado pelo Conselho Federal (COFEN) e pelos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs). Este fato tem gerado nos enfermeiros e enfermeiras uma certa insegurança para consolidar e sistematizar as atividades da assistência da enfermagem, mesmo amparados pela resolução COFEN nº 272/2002, que além de definir a consulta de enfermagem determina que “a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE - deve ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada” (BRASIL, 2002).

Nessa perspectiva emergiram dessa realidade os seguintes questionamentos: Qual o entendimento do(a)s enfermeiro(a)s sobre a forma sistematizada de realizar a consulta de enfermagem no PSF? Quais são as atividades específicas que caracterizam a consulta de Enfermagem? Quais são os fatores que interferem na sistematização desta atividade, que é obrigatória nas instituições de saúde?

Para nortear meu estudo estabeleci como objetivo geral: Analisar o modo como são realizadas as Consultas de Enfermagem com usuários do Programa Saúde da Família, no distrito de saúde do subúrbio Ferroviário do município de Salvador-BA.

Para alcançar tal objetivo, estabeleci como Objetivos específicos da investigação da consulta de enfermagem na equipe do Programa Saúde da Família; - identificar os fatores que interferem na sistematização da consulta de enfermagem no Programa Saúde da Família dessas equipes; - conhecer o entendimento dos enfermeiros e enfermeiras sobre a sistematização da consulta de enfermagem.

O estudo foi dividido em 5 capítulos. O primeiro capítulo trata de introduzir o leitor ao objeto de estudo bem como algumas considerações deste objeto quanto a sua situação atual e como tem aparecido no sistema de saúde em questão. O segundo capítulo foi dividido em três

etapas. A primeira expõe sobre as considerações gerais sobre o tema saúde, sua trajetória histórica contemplando as políticas de saúde do Brasil e em outros países, a fim de compreender a transformação dos modelos de assistência, contemplando a introdução do PSF como Programa de Saúde, e a implementação das mudanças no modelo assistencial atual. A segunda etapa dispõe sobre a consulta de enfermagem, seu marco cronológico, sua implementação no PSF e a maneira como vem sendo proposta por alguns autores. A terceira etapa aborda os aspectos essenciais da realização da consulta de enfermagem. O terceiro capítulo descreve o trajeto metodológico de desenvolvimento deste estudo, especificando o local, os sujeitos e o modo de obtenção e avaliação dos dados do estudo. O capítulo 4 aborda a sistematização revelada nos depoimentos e sua análise e, por fim, o capítulo 5 dispõe sobre as observações e inferências a partir dos resultados observados com o estudo.

## **2. DA CONSTRUÇÃO CONCEITUAL À ELABORAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

### **2.1- UM MARCO REFERENCIAL PARA A SAUDE DA FAMÍLIA**

Pensando nos meus questionamentos sobre o papel dos enfermeiros e enfermeiras no PSF e sua atuação na consulta de enfermagem, considerei importante iniciar esta revisão refletindo sobre o entendimento destes profissionais e da equipe de PSF sobre o conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde, para a qual a saúde é descrita como um “[...] estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades” (BRASIL, 1993, p.1).

A falta de compreensão sobre este conceito ou concepção por grande parte dos profissionais de saúde gera uma insatisfação por parte da sociedade e, de certa forma uma preocupação das autoridades governamentais responsáveis pelo gerenciamento da saúde.

Considero também importante conhecer a trajetória das políticas de saúde implantadas no país e no mundo nas últimas décadas com o propósito de entender melhor o processo de construção e transformação de modelos de assistência à saúde.

A partir da década de 60, a reordenação curricular enfatizou a especialização e ambientação em hospitais universitários e centros de excelência técnica, nesta época, surgiram nos Estados unidos as primeiras Escolas de Saúde Pública para dar suporte ao trabalho de prevenção (DANIEL, 1981).

No entanto, para que haja mudanças significativas no modelo de assistência à saúde é necessário repensar e reestruturar continuamente as deliberações colocadas pelo sistema, dessa maneira implementar um modelo melhor, bem estruturado para contemplar as necessidades do usuário dos serviços.

Segundo Mendes-Gonçalves (1994), adaptações foram feitas algumas décadas após

este período, reconhecendo as múltiplas causas das doenças. Desdobramentos de modelos alternativos expressos em medicina preventiva, comunitária e familiar foram se organizando.

A proposta de médico da família surgiu apenas em 1969 nos Estados Unidos, onde a medicina familiar foi reconhecida como Política Pública da Saúde.

À medida que os modelos de saúde vão se consolidando, vão tornando-se cada vez mais possível se fazer observações complementares no intuito de propor novas estratégias adequando-as à realidade na qual eles estejam inseridos. Nesse sentido, cada modelo quando implementado assume realidades diferenciadas, onde necessitam ser adaptados. É de onde vem as intermediações e as adaptações diversas para um mesmo modelo.

Nos anos 70, esta idéia foi difundida para o Canadá e países europeus e por último na América Latina de maneira incipiente através de seminários e publicações que objetivavam divulgar a proposta.

Desde então, a idéia de vincular a medicina curativa e preventiva vem sendo colocada. Em 1920 tal idéia foi colocada por Dr. Bertran Dawson, do conselho consultivo britânico sistematizando uma série de recomendações num relatório, tais como a noção de indissociabilidade dessas duas especificidades, é o que relata Silva Junior (1998).

O Brasil o maior país latino americano e com complexos problemas conjunturais, fez também parte dos movimentos que discutiam as novas perspectivas de saúde para a população. O movimento de atenção primária à saúde aconteceu no nosso país no final dos anos 70 e início dos anos 80. Em primeira instância, deu-se a discussão dos princípios de democratização e universalização da assistência e, na segunda instância, foram feitos ajustes na área econômica para conter custos nos setores. Porém, segundo Mendes-Gonçalves (1994), as tentativas de organização dessa prática foram frustradas e depois de então surgiram várias propostas de reordenamento do sistema de saúde no Brasil.

Porém, era necessário considerar as questões de ordem social e econômica pelas quais



passavam o país naquele período, uma vez que estas determinavam as condições de vida e saúde da população, o que repercutiu na atenção dada a este serviço por consequência da incapacidade de atender à demanda, não assegurando dessa maneira os direitos sociais preconizados.

Em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foram deliberados os princípios estratégicos do Sistema Único de Saúde – SUS, dispostos na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, regulamentados por decretos, leis, resoluções e normas.

O Sistema Único de Saúde - SUS é hoje uma realidade. No entanto, a comunidade continua tendo dificuldades de acesso à atenção à saúde de qualidade. A saúde pública ainda apresenta atendimento que não contempla a maioria dos brasileiros. A insatisfação da comunidade é evidenciada pelas queixas e reclamações quanto aos recursos destinados ao SUS. Para os usuários, os recursos materiais são insuficientes. A quantidade de profissionais é insatisfatória para um atendimento de qualidade, de modo que atenda as exigências dos programas e os princípios preconizados para a implantação dos padrões de sistematizações funcionais dos atendimentos. Assim sendo, é imprescindível a remodelação da atenção à saúde, pois a figura do serviço de emergência não vem resultando em eficácia para o sistema de saúde e/ou atendimento satisfatório para seu usuário.

Para tanto, fez-se necessário operacionalizar uma concepção mais ampla de atenção à saúde que atentasse para a família como núcleo norteador, embora não fosse esta uma idéia inovadora. Muitos distritos já compartilham dessa perspectiva, inclusive o próprio Ministério da Saúde vem tentando implementar ações que vão além da reforma administrativa e traduzem-se em transformações das práticas sanitárias brasileiras. (ALMEIDA, 1997; FEUWERKER, 2000).

Na América Latina, o movimento internacional de municípios e cidades saudáveis ganhou espaço. É importante ressaltar Cuba que, segundo Mendes-Gonçalves (1994), fez a

implantação de um modelo pós-flexneriano na formação acadêmica, adaptado a um paradoxal positivismo marxista em conteúdos novos de políticas públicas. Neste caso, o autor coloca que a idéia de garantia de acesso melhorou significativamente.

Na década de 70, inúmeras mudanças e experimentações puderam ser observadas nos modelos de saúde ao redor do mundo. A implantação de programas de medicina familiar em países como México, Bolívia, dentre outros, influenciadas pelas políticas e estratégias apresentadas por órgãos internacionais ligados à saúde e, também, a Conferência Internacional em Alma Alta em 1978, que defendia a estratégia de atenção primária à saúde, são exemplos dessas mudanças. Agregaram-se a estes anseios uma série de elementos que serviram como marco para a reorganização do setor saúde em todo o mundo. O Brasil, também neste período, começou a direcionar suas ações, para nas décadas seguintes implementar mudanças no seu setor saúde. Na década de 80, consolidou-se o sistema nacional do médico da família e também o modelo médico cubano, os quais ajudaram a influenciar a organização dos sistemas de saúde de algumas cidades brasileiras.

Nesse sentido, o MS, em 1994, implementou um novo programa que se chamou Programa de Saúde da Família (PSF) que passou a fazer parte de uma estratégia para promover mudanças no modelo de assistência à saúde no país, que até então, tinha sua atenção voltada mais à cura do que à prevenção de doenças. A finalidade dessa implementação seria construir um modelo de assistência voltado à família e à comunidade que incluísse desde a proteção e promoção da saúde ao diagnóstico precoce e o tratamento das doenças (BRASIL, 1999).

O PSF estabelece vínculos e criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população. A estratégia utilizada por este programa visa reverter o modelo assistencial vigente. Para tanto, é necessário mudar o objeto

de atenção, forma de atuação e organização dos serviços (BRASIL, 1997).

O Programa de Saúde da Família (PSF) caracteriza-se por ser um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, devendo ser traduzido por um trabalho humanizado e capaz de ver o usuário em um contexto mais amplo. Nesse contexto, o enfermeiro ou a enfermeira dentro de uma unidade básica de saúde, além da assistência individual, atua como generalista nas diferentes fases do ciclo vital, logo está inserido em uma prática heterogênea assumindo responsabilidades gerenciais (PERES, 1997).

De acordo com esta perspectiva, o profissional enfermeiro para prestar assistência de qualidade e realizar uma consulta adequada deve utilizar-se dos conhecimentos sistematizados e direcionados para solução dos problemas de saúde individuais ou em grupo, pondo em prática seus conhecimentos científicos. O profissional de enfermagem é capaz de sistematizar suas ações ensinando o usuário, fornecendo-lhe orientações, responsabilidade e compromisso com o autocuidado, tendo como parceria não só a equipe, como também a comunidade (CIANCIRULLO, 2000). A enfermagem moderna surgiu enfatizando a importância do controle epidemiológico e hoje aponta para uma visão voltada para o planejamento de ações e critérios para implementação de cuidados.

Pode-se também perceber a necessidade de planejamento de tal modo que o “cuidado de qualidade além de envolver uma relação intencional entre enfermagem e o usuário, envolve ações e atitudes que quando são sistematizadas consistem em assistência, no sentido de atender necessidades reais e latentes do nosso usuário de forma integral”. (SILVA, 1999, p.44),

No direcionamento do PSF, ficou entendido como função do enfermeiro(a): supervisão do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do auxiliar de enfermagem, além da consulta de enfermagem na unidade de saúde e a assistência às pessoas que necessitam de cuidados no domicílio. (BRASIL, 1994).

A consulta de enfermagem, nesse sentido, merece destaque especial por se tratar de instrumento essencial à prática organizada de enfermeiros e enfermeiras também no PSF. A abordagem que se segue sobre a consulta de enfermagem no PSF pretendeu dar luz a essa estratégia pelo viés da sistematização, tendo como pano de fundo seu sentido organizativo que determina a qualidade das ações profissionais dos enfermeiros e enfermeiras, entendendo-se que esta é a oportunidade que o profissional deve lançar mão para distinguir-se dos demais membros da equipe de cuidados à saúde, além de ver o usuário e sua família como seres complexos e individuais e adequar sua atenção como a mais ampla e interdisciplinar possível.

## **2.2 - A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE AÇÃO NO PSF**

A consulta de enfermagem, segundo Henriques (1993), vem sendo implantada no Brasil desde a década de 20 do século passado, apesar de apenas a partir da década de 60 serem formadas as primeiras equipes de saúde com participação de enfermeiras contribuindo decisivamente para o surgimento da consulta de enfermagem. Este fato foi consolidado com o Seminário Nacional sobre Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, que definiu que as ações de enfermagem nas unidades sanitárias como consulta, é de atividade exclusiva do enfermeiro(a), com impossibilidade de delegação (CASTRO, 1975).

Contudo, apenas na década de 1980 nos Programas Especiais de Atenção Integral à Saúde é que a enfermagem passou a assumir a consulta de enfermagem como atividade essencial nesses Programas (HENRIQUES, 1993).

A assistência individualizada nos programas de atenção básica no MS requer um domínio técnico e científico e gera uma avaliação criteriosa, um conjunto de interações individualizada para o usuário que é possível também por meio da consulta de enfermagem

(SANTOS, 2001).

A consulta é uma atividade que cria condições para que, no desempenho de suas funções independentes, o enfermeiro(a) se volte mais ao atendimento da clientela e se afaste um pouco da função burocrática, que tanto absorve o seu tempo, desviando assim o enfermeiro(a) de sua função peculiar: o cuidar (CAMPEDELLI, 1990. p.18)

O COMITÊ DE CONSULTA DE ENFERMAGEM (1979, p.407-8.) definiu consulta de enfermagem como:

Atividade diretamente prestada pelo enfermeiro(a) ao usuário, através da qual são identificados problemas de saúde/doença onde serão prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente.

As consultas devem acontecer de forma prática, com linguagem simples, esclarecendo dúvidas, adaptando cuidados de acordo com a evolução do usuário e estimulando a sua independência. Na consulta de enfermagem, pode haver a participação da família, a qual deve receber informações para que possa contribuir com o processo de recuperação do usuário (PARRA et al, 2000).

A falta de habilidade do enfermeiro ou enfermeira leva o usuário a não perceber o impacto que a consulta de enfermagem pode trazer para a melhoria da qualidade de vida e dos benefícios da educação em saúde sobre os grupos de risco como por exemplos: hipertensão, Doença Sexualmente Transmissível, desenvolvimento da criança, saúde do adulto e outros.

Em uma consulta de enfermagem, o profissional lança mão de conhecimentos técnicos essenciais ao diagnóstico das necessidades dos indivíduos e da comunidade. É também necessária uma boa comunicação. Ela é necessária para melhorar a saúde daquele indivíduo, sua família e comunidade (SANTOS, 2001).

As constantes intervenções dos enfermeiros e enfermeiras são merecedoras de crédito e reconhecimento social. Ainda que a consulta de enfermagem tenha sido questionada ela vem se consolidando nos últimos tempos.

Para auxiliar esta e outras práticas sistematizadas têm sido desenvolvidas

classificações internacionais para padronizar as intervenções de enfermagem. A North American Nurses Diagnosis Association-NANDA, propôs uma classificação de diagnóstico de enfermagem; a formulação de uma terminologia única para o saber do enfermeiro ou enfermeira na suas atividades assistenciais, quer em práticas curativas ou de promoção a saúde. Porém, este estudo ainda não conseguiu definir um perfil de terminologia única.

Faz-se necessário o estabelecimento de uma metodologia que sirva de referencial para uma prática de qualidade que contemple a maior parte das expectativas e demandas assistenciais dos sujeitos com os quais a enfermagem se relaciona. Para tanto, o modelo da Sistematização da Assistência e Enfermagem (SAE) precisa assumir uma posição de destaque em todos os campos de atuação profissional, viabilizando uma prática cada vez mais científica, ordenando e direcionando o trabalho profissional.

Desde a década de 70, os estudos sobre o processo de enfermagem alavancaram a fundamentação necessária para a viabilização da sistematização também da consulta de enfermagem no Brasil. Para Horta (1971), a metodologia do processo de enfermagem é a arte de guiar ou orientar a dinâmica das ações sistematizadas de enfermagem, visando assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade. Num estudo piloto, realizado pela autora em 1969 aplicando o processo de enfermagem em dez pacientes, ela obteve resultados animadores demonstrando a importância desta assistência sistematizada. Desde então, o modelo Horta tornou-se uma referência para o ensino e a prática do processo de enfermagem no Brasil.

Na década de 80, por iniciativa da ABEN, foi realizada uma grande pesquisa que culminou na “Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil - CIPESC”. Iniciativas como estas contribuem para a transformação de tais práticas em saúde coletiva no Brasil. Esta foi uma estratégia técnica e política da ABEN diante da implantação do Sistema Único de Saúde. Mecanismos de uniformização dos diagnósticos de

enfermagem e das práticas em saúde coletiva ainda são objetos de estudo dentro da academia de maneira que possam abranger o usuário, a família e a comunidade, visando atingir resultados pelos quais o enfermeiro(a) é responsável (CIANCIARULLO, 2000).

Para Almeida (1997), a enfermagem de saúde pública não só acompanha as terminologias de modelo de saúde, que foram se constituindo historicamente, como toma as fundamentações do conjunto de disciplinas e saberes que compõem a saúde coletiva enquanto marco referencial.

Segundo Gamba (1988), para que a consulta seja feita de forma integral é necessário incluir a família no contexto terapêutico. E, para tanto, é necessário redefinir o sentido da palavra família, que transcende a definição de Ferreira (1993). Uma família é constituída por pessoas aparentadas ou não, que vivem na mesma casa, quer sejam elas do mesmo sangue de origem, ascendência, ou não.

Conforme Padilha et al (1984), a família é a célula da sociedade, na qual o indivíduo desenvolve hábitos, costumes, valores que passam a conviver com a sociedade de acordo com os padrões estabelecidos. A família está inserida no contexto da comunidade e os valores desta comunidade se refletem na saúde do todo e do indivíduo isoladamente.

A família reforça, no convívio diário com o usuário, a importância das medidas assistenciais e terapêuticas orientadas pelo enfermeiro ou enfermeira, além de proporcionar-lhe o apoio e segurança necessários às mudanças de atitudes, impostas pela enfermidade e/ou pelo quadro clínico (DUARTE et al, 2000). Portanto, é fundamental respeitarmos a história social dos indivíduos no seu núcleo familiar, para podermos intervir de forma satisfatória.

Cabe enfatizar que a consulta de enfermagem envolve a identificação dos problemas e das necessidades básicas afetadas para depois de diagnosticados, prescrever ou orientar especificamente quais os cuidados deverão ser fornecidos ao usuário (DANIEL, 1981).

Assim sendo, constata-se que em todos os programas de Saúde e, não seria diferente

com o PSF, a consulta de enfermagem deve ser uma prática essencial realizada exclusivamente pelo enfermeiro ou enfermeira que utiliza-se de métodos científicos para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN Lei 7498, 1986).

Desta forma, podemos entender que na realização destes programas, o enfermeiro ou enfermeira deverá ser capaz de desenvolver tecnicamente sua atividade privativa no ato de consultar, interagindo também com o meio ao qual o usuário deste programa está inserido. Assim, “a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo será realizada pelo profissional enfermeiro com finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e o tratamento precoce” (VAZIN e NERY 1996, p 51).

A fim de regulamentar esta atividade que já vinha sendo exercida pelos enfermeiros e enfermeiras, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a partir de 1993, mediante a Resolução 159/93, instituiu a consulta de enfermagem como atividade obrigatória em todos os níveis de assistência à saúde, considerando-a uma composição semelhante a das fases do processo de enfermagem. Posteriormente, a Resolução 272/2002 determina que compete ao profissional enfermeiro (a) dentre estes: a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do Planejamento em Enfermagem, definindo inclusive a sua composição ou fases constituintes. O que não exclui o PSF de (re)organizar as atividades dos enfermeiros e enfermeiras na perspectiva de atender os requisitos para a implantação da SAE em suas atividades.

O que percebo em minha experiência profissional é que, apesar de haver amparo legal, os enfermeiros e enfermeiras, ainda hoje, encontram inúmeras dificuldades e conflitos ao procurar pôr em prática os conhecimentos acadêmicos sobre a consulta. Isto conduz a uma descontinuidade do que é visto na sua formação e o campo de trabalho.



Moura (1997, p.61), em sua tese de doutoramento, destaca a importância da consulta de enfermagem para consolidação da autonomia profissional e ainda retrata a situação conflitiva por parte do profissional, afirmando que: “A lei é condição necessária, mas não suficiente para equacionar os problemas”.

O que se verifica na prática é a expansão de atividades em algumas instituições e a adoção de medidas que viabilizem o cumprimento da lei do exercício do enfermeiro(a). Embora muitos profissionais de saúde desconheçam o que prescreve a lei ou por outro lado, o profissional não procure exercer plenamente as funções que lhe competem.

Parece evidente que o enfermeiro e a enfermeira ainda não reconhecem a importância de realizar a sistematização da assistência no conjunto das suas atividades. Ao fazê-lo, desmerecem suas ações no conjunto da força de trabalho em saúde.

Henriques (1993, p31) retrata a importância desta prática para os enfermeiros(as) quando afirma que:

A consulta de Enfermagem se constitui em uma das mais polêmicas atividades do processo de trabalho do enfermeiro(a), já que ao longo dos anos passou por transformações que acompanham as mudanças na sociedade. A consulta de Enfermagem assume para muitos Enfermeiros(as) um papel do resgate do valor profissional, definindo melhor seu papel e ampliando seu campo de atuação.

Assumir a sistematização pode ser reconhecer que não há outra alternativa de reconhecimento científico que não seja através de uma metodologia própria voltada para o ato de cuidar e isso significa cuidar científico e autônomo e não um mero fazer técnico subsidiário ao saber médico.

Pessini (1999) relata em uma pesquisa realizada no ano de 1992 que, dentre os profissionais de saúde que atuavam em todos os segmentos de trabalho da saúde 13,2% eram enfermeiros e 40,1% médicos. Sabemos que em países desenvolvidos o quadro destes profissionais é o inverso. Para tanto, nossa realidade exige do profissional enfermeiro, muita criatividade e a determinação de quem pretende implementar mudanças e isso não permite atuar junto ao usuário de maneira direta e independente, o que caracterizaria, sua autonomia

profissional.

Essa idéia corrobora com as preocupações de Castro *apud* Henriques (1993, p.216) quando assevera que as “mudanças acontecem quando aqueles que estão diretamente envolvidos no fazer cotidiano se propõem a produzir as transformações. Estas transformações começam nos próprios atores sociais ao fazerem uma inflexão sobre sua práxis”.

Certamente, o que se espera do perfil dos profissionais inseridos no PSF, principalmente do enfermeiro ou enfermeira que está avaliando o paciente em seu contexto familiar, que traz consigo toda sua formação cultural e religiosa, é que o enfermeiro seja capaz de melhor identificar e traçar metas essenciais do programa não só para si, mas também, discutir e ponderá-las com a equipe a fim de intervir e qualificar da melhor forma possível a saúde do usuário, da família e da comunidade.

Erdmann (1998), em sua análise sobre o sistema de cuidados de enfermagem, revela que a abertura de um sistema tende a ser maior quando as condições externas são favoráveis a ele, embora esteja sujeito ao acaso, risco e incertezas.

No entanto, no caso da consulta de enfermagem, para que a sistematização seja implementada é necessária uma abertura interna dos profissionais que a desenvolvem para que busquem aprimorar o exercício desta consulta e para que possam construir um padrão norteador das ações de enfermagem.

### **2.3. SISTEMATIZANDO A ATENÇÃO À SAÚDE NO PSF**

O contentamento do usuário e a sua maneira de entender o serviço de saúde têm sido ponderados como questões fundamentais para o funcionamento e estabilidade deste serviço. Uma vez que o funcionamento adequado e a estabilidade de uma empresa numa sociedade

neoliberal cada vez mais competitiva torna-se tarefa árdua de se manter. Os serviços de saúde também não fogem a essa competitividade. A qualidade do cuidado em enfermagem é constantemente discutida no cotidiano da sua prática que está estreitamente compatível com as atuais necessidades impostas pelos usuários dos serviços de saúde cada vez mais conscientes dos seus direitos de cidadãos.

A enfermagem enquanto profissão tem um caráter de planejamento e controle para implementação de ações que vão desde a administração hospitalar até o controle epidemiológico, caracterizando assim a necessidade de uma forma sistematizada para assistência de enfermagem.

O cuidar com qualidade além de envolver uma relação intencional entre enfermagem e usuário, envolve ações e atitudes que quando são sistematizadas consiste em assistência, no sentido de atender necessidades reais e latentes de nosso usuário de forma íntegra. (SILVA 1999, p.44).

A Sistematização é importante para a enfermagem, pois é através do planejamento das ações de enfermagem exercidas pelo enfermeiro e enfermeira junto com a equipe de enfermagem que iremos direcioná-las às necessidades do paciente, (LAMBERTESSEN, 1996).

Segundo Bittes Junior, Mussi, Ohl e Duarte (2000), desde 1959, a enfermagem busca expandir suas atuações e orientar suas decisões mais adequadas aos princípios científicos. Apoiando seus conhecimentos nas ciências sociais e naturais para formar as bases do novo saber, que facilitou a deflagração e formação de uma nova base de conhecimento para elaboração de conceitos pertinentes à área de desempenho.

Teóricas da enfermagem como Virgínia Henderson, vem contribuindo desde a década de 50 para o desenvolvimento da concepção de assistência mais global do paciente por assumir uma visão ampla no conjunto de etapas para nortear e organizar a nossa prática. (ROSSI e CASAGRANDE, 2001).

Desde então, vários autores começaram a utilizar expressões e termos como processo de enfermagem, método de assistência de enfermagem ou sistematização/sistema da

assistência de enfermagem. Mesmo que semanticamente estas palavras não tenham o mesmo significado, na prática possuem o mesmo objetivo tentando integrar as partes que compõem este processo na visão de um todo no cuidar do usuário.

Na década de 60, iniciou-se o planejamento das ações de enfermagem no mundo, mas somente na década de 70 começaram realmente a serem implementadas na prática clínica. Inicialmente nos hospitais americanos e ingleses, enfrentando barreiras e dificuldades, que vêm se consolidando na importância do planejamento da assistência (ROSSI E CASAGRANDE, 2001).

No Brasil, a individualização da assistência inicia-se por volta de 1966 com a tradução e revisão do livro “Nursing Team Organization and Functioning” pelas professoras doutoras Haydee Dourado Aguiar e Clarice Ferrarini, adotado como relevância didática no ensino de enfermagem de algumas Escolas. Já na década de 70, a enfermagem intensifica as discussões sobre o papel científico e profissional do processo de enfermagem por influência das publicações de Wanda Horta (CAMPEDELLI, 1989).

O processo passa a ser alvo de discussões por sua complexidade e pela dimensão que viria a dar ao enfermeiro ou enfermeira, uma vez que este ou esta determinaria um redirecionamento para o conhecimento e o seu papel que deixaria de ser intuitivo para constituir-se em práticas cada vez menos subsidiárias ao ato e ao saber médico e da patologia.

Cruz, Ribeiro, Dutra e Caraciollo (1987) asseveram que a sistematização da assistência de enfermagem permite ao enfermeiro(a) assumir o seu papel de planejar a assistência, o que exige do mesmo um conhecimento científico próprio que prescinde uma conduta empírica e intuitiva.

A assistência individual sistematizada oferece vantagens ao usuário, permitindo um maior e melhor direcionamento das ações. Também é nesta dimensão que o profissional é mais valorizado, por lançar mão de um conhecimento próprio, fundamentado teoricamente,

que permite uma melhor integração com a prática profissional. No que diz respeito à consulta de enfermagem, evidencia-se que este direcionamento caracteriza o fornecimento de elementos necessários para a implantação de um plano individual (WALDOW, 1998; CRUZ, RIBEIRO, DUTRA e CARACCILO, 1987).

A utilização de um método científico pressupõe que no exercício da enfermagem a modalidade da consulta permita ao enfermeiro(a) de maneira organizada e formal identificar os problemas, coletar dados que determinarão de forma individualizada as ações de intervenção da enfermagem (SAMPAPPIO e PELLIZZETT, 2000; WALDOW, 1998; GEORGE, 2000).

Para Horta (1971), o processo de enfermagem visto como dinâmica das ações sistematizadas de enfermagem que visam a assistência de enfermagem ao indivíduo família e comunidade teve sua esquematização a partir do histórico de enfermagem passando pelo diagnóstico, plano terapêutico de enfermagem, implementação do plano, avaliação, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

Dentro desta perspectiva, podemos perceber que para que haja sistematização da consulta de enfermagem é indispensável conhecer as fases do processo de enfermagem para poder desenvolvê-lo.

Concordamos com a forma de interpretar a consulta de enfermagem de forma sistematizada como um método de assistência de enfermagem que se direciona para uma forma planejada, embasada cientificamente, que visa organizar o desempenho desta modalidade. Facilitando o trabalho e assegurando melhor qualidade da assistência prestada (CARRARO, 2001).

Percebo que a decisão do(a) enfermeiro(a) em realizar de forma sistematizada esta consulta será reconhecida de forma diferenciada, de modo que, os usuários passarão assim a expressar e atender satisfatoriamente suas necessidades. Assim, o enfermeiro(a) poderá

identificar e diferenciar de maneira qualitativa a importância da consulta para a saúde do usuário, bem como para sua família, e o meio ao qual esta família está inserida na comunidade.

### **3. BUSCANDO UM CAMINHO SEGURO**

#### **3.1 ABORDAGEM DO ESTUDO**

Este estudo concentrou-se nos procedimentos metodológicos da prática dos enfermeiros e enfermeiras de saúde pública com ênfase especial para a operacionalização da consulta de enfermagem no PSF como instrumento fundamental para compreensão dos elementos sócio-históricos-culturais, ético-legais e técnico-científicos da prática. Os programas por sua importância constituem as dimensões capazes de interferir na determinação da institucionalização integral da saúde do usuário e da família.

A complexidade e a subjetividade expressas na investigação das atividades da consulta de enfermagem e da identificação dos fatores que interferem na sistematização da mesma no PSF, influenciaram minha opção pela abordagem qualitativa de pesquisa.

Segundo Triviños (1987), por meio desta abordagem é possível desvendar ideologias ou lacunas que possam existir nos dispositivos legais e formar parte de uma visão mais ampla, refletindo a possibilidade de inferências na discussão e análise da pesquisa. Neste sentido, é preciso entender que saúde não constitui uma disciplina isolada ou um campo separado, mas está intimamente ligada à outras instâncias da realidade social, interdisciplinar e multiprofissional, traduzindo-se como um requisito para a construção do conhecimento no seu campo.

Minayo (1998), definindo pesquisa qualitativa assevera que o pesquisador deve conduzir, participar, compreender e interpretar os eventos sociais, inserindo-se em um grupo ou classe social, com suas crenças e seus valores.

Triviños (1987), refere ainda que para estudar a realidade social é preciso conhecê-la

para poder transformá-la. Assim sendo, a problemática teórica e metodológica proposta ficam submetidas às contingências, avanços, recuos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica, na qual se inclui a temática proposta, não podendo o tema ser definido como estanque ou estático.

Por meio da metodologia qualitativa é possível avaliar os dados de uma forma mais abrangente tendo como requisito mais importante a análise subjetiva da complexidade do campo saúde. Estes dados foram coletados por meio de entrevistas pré-elaboradas e previamente testados. Foram considerados relevantes aqueles que, juntamente com uma estrutura teórica ampla, fortaleceram e deram o devido valor sócio-político para a prática profissional de quem desempenha ações interdisciplinares no campo da saúde, em especial, aos sujeitos desse estudo.

O intento teórico, como apresentado anteriormente, é o de apreender, analisar e elucidar a realidade encontrada e estabelecer alternativas para a discussão da importância da sistematização da consulta de enfermagem e verificar se a consulta, da forma como foi implantada, atende aos anseios e necessidades do enfermeiro(a) da equipe do PSF e dos usuários .

### **3.2 TIPO DE ESTUDO**

Este estudo é um estudo exploratório descritivo que tem a finalidade de identificar, descrever e analisar o modo como é realizada a consulta de enfermagem no PSF. Por meio da exploração é possível acessar uma base documental ou fonte diretamente ligada ao tema de estudo para consulta, estudo ou prova (CERVO e BERVIAN, 1996).



### 3.3-LOCAL DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida na periferia da cidade do Salvador/BA nos bairros que compõem o distrito sanitário do Subúrbio Ferroviário, onde foram implantadas as 10 primeiras equipes de PSF. Este distrito está localizado a oeste do centro da cidade em uma área de 63.3km<sup>2</sup>. Possui 317.849 mil habitantes dos quais 154.809 são do sexo masculino e 163.040 do sexo feminino. A faixa etária predominante entre as mulheres é de 15 a 49 anos, portanto com idade fértil e economicamente ativa. A densidade demográfica é 4.425 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2004).

A região possui um hospital público, dois postos de saúde que desenvolvem ações básicas de saúde e um posto de saúde nível 2 com laboratório, RX, vacina, emergência 24h e 14 unidades de Saúde da Família. Atualmente existem 31 equipes em funcionamento.

Por ter sido considerada a região mais pobre de Salvador foi escolhida para implantação piloto das equipes de PSF. Inicialmente, foram implantadas 15 equipes das quais selecionamos intencionalmente 10, pois os profissionais existentes são os mesmos desde a implantação.

Segundo informações epidemiológicas e sanitárias encontradas na coordenação do distrito sanitário, nas Fichas “A” e pelo cadastro dos agentes comunitários de saúde, as principais atividades econômicas da região são: o comércio informal de ferro velho, atividade pesqueira, doméstica e pequenos comércios. A renda média da população é de um salário e meio ao mês.

A mesma fonte traz a composição familiar típica que é de aproximadamente 7 pessoas, sendo uma média de 5 filhos e um casal, a maioria dos casais sem conciliação oficial do matrimônio.

O tipo de moradia é de tijolo adobe 84%, taipa 0.40%, madeira 2,37%, taipa não

revestida 0,26%, material reaproveitado 0,48% e outros 11,77%. As condições de saneamento indicam que 49,99% possui coleta de esgoto público, 30,96% fossa séptica e 19,05% depositam seus dejetos a céu aberto. Há 96,74% das moradias com água tratada da rede pública, 1,15 poço ou nascente e 2,11 outros; desses 55,99% desta comunidade possuem filtro em casa 4,15% fervem a água, 5,33% alegam clorar esta água e 34,53% não realizam nenhum tipo de tratamento para ingestão da água.

O lazer desta população se divide entre a praia, *shows* dos grupos de pagode e atividades desportivas como capoeira e futebol.

De acordo com dados das Fichas “A<sub>4</sub>” do distrito sanitário, as equipes do PSF realizam atividades conforme as normatizações do MS. Desenvolvem os programas de hipertensão, diabetes, saúde da mulher, saúde da criança, pré-natal, hanseníase, tuberculose, investigação epidemiológica e busca ativa, além de atividade como por exemplo, palestras educativas e auxílio à comunidade para formar conselho local de saúde.

### **3.4-SUJEITOS DA PESQUISA**

Foram considerados parte do universo deste estudo 10 enfermeiras que trabalham nas equipes de implantação do PSF no Subúrbio Ferroviário de Salvador-BA. O critério de inclusão foi o de ter participado das primeiras equipes de PSF implantadas nesse distrito e ainda por estarem atuando no PSF na cidade do Salvador. A seleção foi feita de forma intencional com o objetivo de alcançar os depoimentos mais ricos e diversificados deste grupo de profissionais e, também, por sua atuação na história de participação na implantação e sedimentação do programa naquela área.

Algumas enfermeiras que participaram da fase de implantação, mas que por qualquer

motivo não permaneceram na área, assim mesmo, foram consideradas parte do universo deste estudo por esta participação. Identificamos apenas uma enfermeira que teve que se afastar para outra área porque não tinha vínculo com a prefeitura.

Do universo de enfermeiras dessas equipes, buscou-se na Secretaria Municipal de Saúde aquelas que atendiam critério de ter iniciado o PSF, tendo-se encontrado um número de dez enfermeiras, identificadas nas transcrições dos depoimentos por números, que passaram a compor nossa amostra ideal. Mesmo questionando sua relevância numérica, concordo com Minayo (1994), que revela que na pesquisa qualitativa a amostra ideal é aquela capaz de refletir o problema em sua totalidade na investigação.

A intencionalidade prevista na escolha dessa amostra se deve ao fato da centralização e importância da participação dessas dez primeiras enfermeiras treinadas que construíram/desconstruindo os modelos de atendimento, realizando consulta, e enfrentando toda ordem de problemas, fatores intervenientes à sistematização das suas ações na prática cotidiana durante a implantação do programa nessa região.

### **3.5 COLETA DE DADOS**

A coleta de dados na abordagem qualitativa não é um processo cumulativo e linear, mas sim um ir e vir em interação com os sujeitos que vivem uma experiência, embasando-se na racionalidade comunicativa desses sujeitos (LEOPARDI, 2001).

No estudo, foram utilizados dados primários e secundários determinados por meio das entrevistas, leitura dos formulários de consulta e observação indireta das mesmas.

A entrevista foi selecionada como a principal técnica de coleta de dados, que segundo Gil (1999), é bastante adequada para se obter informações sobre o que os personagens de um

estudo sabem sobre um dado acontecimento social.

Explica Minayo (1994), que por meio da entrevista o pesquisador visa conhecer o ponto de vista dos atores sociais com o propósito de alcançar os objetivos da pesquisa. Deste modo, a entrevista é instrumento capaz de nortear uma conversa com a finalidade de aprofundar a comunicação para obter determinadas informações respeitando-se as condições sociais, econômicas e culturais dos entrevistados.

Para efetivação da coleta, optou-se pela história oral como técnica determinante das fontes primárias de dados deste estudo. Estas tiveram origem nas entrevistas realizadas com os enfermeiros e enfermeiras, personagens principais de nossa pesquisa. Quanto às fontes secundárias, foram utilizados registros resultantes da observação nos prontuários, entendidos como formulários específicos instituídos pelas equipes, nos quais registram-se as consultas de enfermagem realizadas e, por fim, os registros das observações não participantes realizadas durante as consultas utilizando um roteiro próprio (ANEXO IV), de avaliação dos sujeitos.

Para realização de entrevistas efetivamente significativas foi indispensável estabelecer uma relação de confiança entre os entrevistados e o pesquisador. Para alcançar tal intento foi realizado uma aproximação preliminar antecipando o que seria realizado no momento da entrevista definitiva. Foi feita gravação dos depoimentos, utilizando-se um formulário previamente testado com perguntas pré-estabelecidas e aprovadas, que me permitiram uma coleta de dados satisfatória. O uso de formulários pré-testados ajudam na elucidação dos objetivos propostos (TORTIER e BONNAZZI *apud* AMADO e FERREIRA, 1996).

A história oral foi aqui utilizada como técnica de coleta de dados. Enquanto técnica, a história oral proporciona uma forma de interpretar os fatos; como agente transformador que altera o enfoque da própria história, revelando-se como campo de investigação. Por esse motivo, utilizei a técnica da história oral, pois a mesma é capaz de gerar no seu interior soluções teóricas para as questões surgidas na prática (AMADO e FERREIRA, 1996). A

técnica da história oral vem sendo usada no Brasil desde 1973 com a criação do Centro de Pesquisa Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC-FGV, 1989). Por meio dos relatos orais procura-se pensar, entender e compreender as questões sociais do Brasil.

Meihy (1996), divide a história oral em três ramos: a *história oral de vida*, a *tradição oral* e a *história oral temática*. Esta última é vinculada ao testemunho e à abordagem sobre algum assunto específico, retratando parte de uma experiência que aborda questões externas, objetivas, factuais e temáticas, colaborando para o preenchimento de espaços vazios em versões estabelecidas por um grupo de pessoas que vivenciaram um determinado fenômeno. Busquei apoio nesta terceira tipologia apropriando-me desta técnica para elucidar as indagações referentes aos meus objetivos de analisar a sistematização da consulta de enfermagem no PSF, descrever e identificar os fatores intervenientes à sua realização nos depoimentos das entrevistadas.

A autora supra citada divide a história oral em pura e híbrida. A pura refere-se exclusivamente aos depoimentos e valoriza apenas o que foi dito pelo entrevistado. A híbrida, além da coleta de depoimentos orais, conta com a coleta de documentos e, no caso deste estudo, os dados foram coletados diretamente dos prontuários dos pacientes atendidos pelos enfermeiros e enfermeiras, atores sociais desta pesquisa.

A observação não participante foi introduzida com o objetivo de relacionar os discursos e as práticas desses profissionais. Tais observações foram realizadas paralelamente ao momento da consulta, durante a sua realização, no consultório do profissional antes da realização das entrevistas. O tempo de duração é o mesmo tempo de duração da consulta variando de acordo com cada profissional, visto que, os tempos variavam entre 20 minutos a 1 (uma) hora.

### **3.6-ÉTICA**

O levantamento de dados foi realizado após o parecer técnico da aprovação da comissão de Ética da instituição Fundação Getúlio Vargas (ANEXO II). Cumprindo-se a determinação da Resolução 196/96 sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996), o projeto seguiu os trâmites de apreciação do CNS (ANEXO I), sendo registrado e encaminhado diretamente à apreciação desta comissão.

Para cumprir o preceito da autonomia, usei o termo de consentimento dos entrevistados, (APÊNDICE I), após esclarecimento, atendendo à referida resolução.

As entrevistas foram feitas com enfermeiras respeitando-se o princípio do anonimato, da vontade e disponibilidade de participação de cada entrevistada, bem como, as condições impostas por estas profissionais para utilização das informações, garantindo o sigilo e a reprodução fiel de suas declarações.

Estas foram esclarecidas quanto ao tipo de pesquisa, as questões éticas, o respeito à individualidade e ao anonimato de suas respostas. Os mesmos princípios foram aplicados aos registros de observação da sua atuação e anotações coletadas a partir das consultas de enfermagem.

### **3.7-ANÁLISE DOS DADOS**

Os procedimentos utilizados neste estudo para análise das informações e registros foram organizados e agrupados a partir das categorias agregadoras dos elementos e idéias em torno de um conceito, que segundo Minayo (1994), sejam capazes de abranger todos os objetivos propostos em um trabalho qualitativo.

A pesquisa exploratória permite que as categorias possam ser estabelecidas antes, ou a partir da coleta de dados, e devem ser classificadas de acordo com esses dados.

À medida que as entrevistas foram acontecendo, foram ouvidas as fitas K7, transcritas e lidas exaustivamente até que fosse possível identificar a confluência e os pontos comuns ou de saturação dos discursos dos entrevistados, que ajudaram a determinar identificação como categorias de análise do trabalho.

A categorização pode se “transformar numa ação complexa e isso pode ser ultrapassado com a fundamentação” (MINAYO, 1994 p.73). Para além dos depoimentos esta etapa aconteceu não somente com a busca de informações que completassem nossos questionamentos, realizada nos prontuários, mas, também, respaldados nos registros realizados na observação indireta dessas profissionais e nas anotações das consultas realizadas (ANEXO IV).

Os resultados dessa conjunção determinaram uma articulação de dados que deram origem às referidas categorias de análise; o aprofundamento sobre as relações entre esses dados teve sua articulação entre a base teórica da pesquisa e a compreensão das determinantes expressas dos discursos dos entrevistados.

Segundo Leopardi (2001), na abordagem qualitativa, o objetivo da análise tem sua ênfase maior na apreensão do que na explicação do fenômeno expresso nos dados, e o investigador aprende a processar cada aspecto encontrado, relacionando o que vai ser encontrado, interpretando, refletindo considerando o movimento dos sujeitos e do contexto, avaliando tanto o que foi explicado diretamente na fonte quanto o que não foi explicado.

Concordo com Minayo (1994), quando ela argumenta que é possível encontrar respostas para as questões formuladas antes da investigação ou não e que isso diz respeito à descoberta do que está por trás dos resultados encontrados nas análises dos conteúdos encontrados, caracterizando, assim, uma pesquisa qualitativa.

## **4. A SISTEMATIZAÇÃO REVELADA NOS DISCURSOS**

O núcleo de profissionais que participou das entrevistas foi constituído por 10 enfermeiras escolhidas por terem sido as primeiras enfermeiras a trabalhar na implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) na cidade do Salvador. Todas com atuação na área de PSF entre 3 e 4 anos e experiência média de 18 anos de profissão.

Para uma melhor discussão e visualização dos resultados optei por elaborar quadros representativos (ANEXO V) de cada questão norteadora com o objetivo de apreender como está sendo realizada a consulta de enfermagem dentro do referido programa e se estão sendo cumpridas as etapas preconizadas pelo mesmo. A apresentação dos quadros foi feita com o objetivo de auxiliar o processo de categorização que foi determinado a partir dos aspectos relevantes obtidos nos depoimentos e que apresentaram relação com os objetivos do estudo. Estes foram apresentados na seguinte ordem:

Categoria I – Vivenciando a implantação da equipe de PSF; Categoria II – As formas de desenvolvimento da consulta de enfermagem; Categoria III – As etapas reconhecidas da consulta de enfermagem; Categoria IV – A percepção da importância da sistematização das consultas; Categoria V – Identificando os fatores positivos e negativos para a viabilização da consulta de enfermagem.

### **4.1 VIVENCIANDO A IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES DE PSF**

Segundo as informações obtidas a partir dos depoimentos das participantes, compreendi que a implantação do PSF nas unidades referidas foi feita de maneira similar pelo mesmo órgão, seguindo uma seqüência e uma ordenação semelhantes, obedecendo a um



norteamento da secretaria de saúde do município, porém não necessariamente da forma idealizada pelo ministério.

Para o Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF) continua sendo uma medida operacional para a construção de um novo modelo, distinto dos programas tradicionais do setor saúde, uma vez que a unidade no PSF distingui-se por ser uma célula prestadora de serviços atuando numa lógica de transformações das práticas de saúde.

O relatório da CONASEMS<sup>1</sup> citado por Paim (1992), revela que o Sistema Único de Saúde foi constituído por uma rede regionalizada, hierarquizada e integrada por ações e serviços públicos de saúde que teriam sido organizados, segundo a Constituição da República, por meio das diretrizes de descentralização – com direção única em cada esfera do governo, atendimento integral e participação da comunidade, além das atribuições comuns à União, aos Estados e Municípios, onde cabe a cada seguimento uma determinada competência.

Porém, não consegui perceber a participação da comunidade na implantação das referidas equipes, uma vez que, nos discursos é possível evidenciar que a comunidade foi informada apenas quando o processo de territorialização já havia sido feito, caracterizando a participação ativa no processo de implantação.

Para o cadastramento das famílias, o ministério indica que a equipe de saúde deve fazê-lo através de visitas aos domicílios, segundo a área territorial estabelecida para a adscrição. Só de posse desses dados, os profissionais e gestores públicos serão capazes de fazer a análise da situação de saúde local, seus determinantes e o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Pelos depoimentos apresentados, é possível depreender que a preocupação com o cadastramento contrasta com o documento preliminar de março de 1996 do MS (BRASIL, 1996), que afirma que a família passa a ser o objeto principal de atuação e é entendida a partir

---

<sup>1</sup> COORDENADORIA NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.

do espaço em que vive, ao qual dá-se o nome de espaço/domicílio. Afirma ainda que o indivíduo no contexto da sua integração à família e à comunidade pode, dessa forma, assumir a posição efetiva de sujeito do processo. Mais do que uma delimitação de lugares geográficos, esse espaço precisa ser compreendido como espaço-âncora, lugar onde se constroem relações intra e extra-familiares, onde se dá a luta pela sobrevivência, pela reprodução e pela melhoria das condições de vida.

Além das dificuldades de mapeamento pela extensão da área destaca-se também o fato de que na implantação do PSF, em algumas equipes, a enfermeira não participou do processo de territorialização e nem do processo de cadastramento das famílias, por motivos variados. Os mapeamentos ainda são refeitos constantemente pelo fato da área não ser anteriormente definida e delimitada, o que pode ser identificado nas falas seguintes:

*... Quando eu cheguei a parte de territorialização já estava pronta, ... Só fui fazer a parte de contagem de casas, das ruas e dividir para os agentes comunitários. Tive uma dificuldade porque a parte que me delimitaram foi muito extensa... treinamento teórico e não prático. Enf 01.*

*A nossa equipe de PSF veio posterior a equipe do PACS, então, já existia uma equipe de programa de agentes comunitários de saúde que funcionava no boiadeiro, que é a área que nós trabalhamos. Tinha uma enfermeira e 6 agentes comunitários de saúde que cadastravam as famílias, fizeram todo o processo de territorialização e implantaram o programa. Depois disso, no ano 2001, nós viemos e assumimos a equipe. Enf 05.*

Um dos aspectos específicos da implantação do PSF a ser destacado é que a grande maioria dos membros veio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com exceção de alguns, cujos agentes e profissionais foram exclusivamente selecionados para a sua implantação.

Após a seleção, estes profissionais passaram por um treinamento introdutório, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Apesar da participação neste treinamento, são muitas as

dúvidas e queixas feitas pelos profissionais quanto às atividades a serem desenvolvidas no PSF.

Percebe-se, ainda, uma grande dificuldade no que diz respeito ao treinamento e à implementação das ações de enfermagem. É possível identificar na fala das enfermeiras a carência de preparação para exercerem tais ações na saúde pública, visto que, tanto a formação acadêmica, como os programas de capacitação apresentados pelo Ministério, não deram conta dessa deficiência. Apesar dos treinamentos oferecerem um suporte considerável e importante, ainda são considerados insuficientes para resolver dificuldades, pois as enfermeiras não receberam o apoio esperado, como é possível constatar nos depoimentos a seguir.

*Na parte de enfermagem foi um pouco confuso pra mim em termos de acompanhamento e sistematização da assistência, a gente não tinha uma experiência maior numa maneira geral... Inicialmente me sentia, às vezes insegura, apesar de um apoio técnico na época, de dois anos pra cá, a gente ficou relegado...dessa educação continuada. Enf 02*

*O treinamento introdutório foi depois de algum tempo...e a gente não teve muito apoio no sentido de, até hoje não tive de acompanhamento das atividades, a gente não tem a supervisão da Secretaria Municipal de Saúde. Enf 04.*

*Recebemos um treinamento introdutório, 15 dias de treinamento. Fomos treinadas por enfermeiras do Instituto de Saúde Coletiva. Enf 07.*

*(...) O Estado junto com a Secretaria, junto com o município é que fez um treinamento introdutório com a gente. Tinham algumas pessoas que trabalhavam em pólo de capacitação do Estado, que treinavam tanto o pessoal de Salvador, como as outras equipes do interior...e teve também a parte de seleção. Enf 08.*

É possível identificar ainda outras dificuldades para a implantação, relacionadas à problemas não somente de extensão de área, como também pelo espaço físico da unidade de saúde. Algumas unidades foram implantadas distantes da área de atuação e o espaço físico da unidade é considerado inadequado. Estes são pontos também identificados nos depoimentos.

Podemos ressaltar, também, que ainda hoje algumas equipes estão distantes ou fora da área onde deveriam estar, o que contrasta com a idéia do Ministério da Saúde que caracteriza

o PSF como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

*A princípio eu estava em Beira-Mangue, mas Beira-Mangue era uma unidade que não tinha sido nem estruturada fisicamente. A própria construção ainda estava em andamento e eu fui pra unidade Alto de Coutos. Uma unidade que recebeu quatro equipes, três a princípio, e 6 meses depois quatro e com a instalação física sempre deficiente. Enf 04.*

*... é equipe do São João. O São João é um bairro que só foi contemplado com uma equipe, e essa equipe ficou muito distante da comunidade. A gente não deveria estar aqui em Beira-Mangue, a gente deveria estar no São João e formar o PSF lá. (...) essa equipe foi sempre montada aqui, já vinha com essa equipe formada, que ia ter PACS. O pessoal do PACS quem montou PSF aqui. Por questão política já veio com essa equipe montada... você ia segurando com muita dificuldade nas palafitas, para chegar. A gente fez um movimento, fechou a unidade porque estava muito perigoso e foi para a Secretaria. Parou de funcionar e arranjamos alguém que conseguimos esse lugar aqui...beira Mangue. Enf 06.*

*(...) Já tinha a unidade básica, o prédio da unidade básica que funcionava, mesmo precariamente, mas já funcionava, e pra aproveitar essa instalação física formou-se as equipes nessa unidade, exatamente em fevereiro de 2001. Mais ou menos quatro anos. Aproveitaram os agentes já trabalhavam na área e houve a formação de quatro equipes na unidade. Enf 07.*

Outro destaque a ser dado, é que segundo a programação do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), o treinamento introdutório deve ser programado para que ocorra a integração das equipes. O conteúdo do treinamento deve ser adaptado às necessidades locais tanto dos serviços, quanto da característica de formação dos profissionais de uma determinada região. O conhecimento prévio da realidade sobre a qual irão atuar é imprescindível na definição de métodos e conteúdos destes treinamentos.

No entanto, podemos identificar que alguns dos treinamentos foram feitos sem mesmo a enfermeira conhecer a área que iria atuar, dificultando desta maneira a possibilidade de um diagnóstico prévio dos problemas de saúde da referida população e a possibilidade de uma melhor preparação para atuar na área.

## **4.2 O MODO DE DESENVOLVIMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.**

No Brasil, a partir da década de 60, o ensino de enfermagem privilegiava a prática das ações de saúde no âmbito Hospitalar, voltado para o atendimento individual de caráter curativo, dando enfoque à doença, apesar de nessa mesma década já estar buscando mudar este paradigma.

A OMS, a partir da década de 70, começa a difundir a idéia da Atenção Primária à Saúde e, a partir de então, com o evoluir da história, novos modelos de atenção à saúde vão surgindo e com eles a necessidade de se rever a maneira com a qual os profissionais estão atuando nestes programas.

São vários os aspectos apontados como importantes para determinar o modo como vem sendo desenvolvida a consulta de enfermagem. Dentre estes, a seqüência, as etapas e a contribuição desta com a melhora do paciente e da família no seu contexto.

O cuidado ao paciente, o diagnóstico e a conduta adotada nem sempre estão de acordo com o que é preconizado.

Segundo Peduzzi (2000), embora existam questionamentos, o cuidado de enfermagem é usualmente reconhecido como objeto de trabalho dessa área profissional. Afirma ainda que, embora a prática moderna da enfermagem seja caracterizada como desdobramento do trabalho médico, ao longo das décadas e séculos constitui-se como um trabalho peculiar o que implica também na conformação de um saber próprio e singular.

Segundo a mesma autora, a primeira forma organizada do saber na enfermagem é constituída pelas técnicas de enfermagem, seguido pela sistematização dos princípios científicos que as fundamentam. No processo de trabalho assistencial, o enfermeiro toma como objeto as necessidades de cuidado e tem por finalidade a atenção integral de enfermagem.

Verificamos nos depoimentos que se segue que os mesmos estão ainda voltados para o modelo curativo e não preferencialmente para atenção básica a que se destinam, como se destacam nos princípios do Sistema Único de Saúde em vigor e principal idealizador do PSF. Nos relatos de algumas enfermeiras percebemos a preocupação maior com a prescrição de medicamentos, o que diz a legislação quanto a este procedimento e não necessariamente a promoção da saúde e prevenção de doenças, onde apenas uma das enfermeiras entrevistadas faz referência a esse fato. O mesmo se percebe nas observações não participativas onde a conduta adotada em grande parte das consultas assistidas é o tratamento medicamentoso e não necessariamente orientações para promoção da saúde e prevenção de doenças nas quais deveriam estar centradas as ações de enfermagem.

O atendimento não parece organizado, uma vez que as consultas são executadas de maneiras diferenciadas e sem uma seqüência ou um direcionamento das ações, uma vez que cada enfermeira apresenta um discurso quando se faz este questionamento e poucas vezes tais discursos coincidem em informações.

O papel da enfermeira no PSF não parece estar bem claro para as mesmas, visto que em algumas das suas falas podemos identificar dúvidas quanto às ações de enfermagem, principalmente no que se refere à consulta de enfermagem onde, uma delas relata não haver capacitação específica para o desenvolvimento dessa consulta e outra apresenta dúvida quanto ao que preconiza os programas do MS, dando prioridade à consulta médica, por falta de recursos. Relatam ainda pouca experiência para o atendimento na forma de consulta.

Algumas etapas das consultas são citadas, tais como entrevista /anamnese/levantamento de problemas/centralização das queixas do paciente, exame físico, solicitação de exames, medicação/ prescrição, orientação/educação e solicitação de exames. Porém nem em todos os discursos é possível evidenciar a consulta e estas não aparecem como uma forma de organização da sua prática. Tais pontos podem ser observados nos trechos

transcritos abaixo:

*... Se for uma paciente de verminose, eu medico. Paciente com anemia a gente medica tanto adulto quanto criança. No caso da criança, se vem com alguma queixa de infecção urinaria a gente medica (...) a gente estuda farmacologia, a gente sabe qual a parte, mas até aonde eu posso ir pela lei? Enf 01.*

*No início a gente atendeu de uma forma geral. Na parte de enfermagem, foi um pouco confuso pra mim em termos de acompanhamento e sistematização da assistência, Tenho que atender todo mundo e a gente não tinha uma experiência maior... Tínhamos dificuldade em atender o idoso, de atender um paciente com tuberculose, com hanseníase. Inicialmente eu tentava e me sentia às vezes insegura, às vezes sem esse conhecimento, apesar de que, a gente tinha muito nesse período um apoio técnico (...) A gente priorizou o atendimento dela (da médica) por ser um atendimento mais dessa necessidade clínica de examinar. Fica deficiente o atendimento lá do outro lado, porque eu não tenho recursos materiais. A maca está quebrada, balança quebrada e essas questões que interferem no trabalho em si, principalmente do exame clínico. Enf 02.*

*...eu diria que 80% das consultas ainda são medicalizadas mesmo, e procuro fazer uma intervenção no paciente, no cuidador...procuro levantar outros problemas como a questão da humanização. Enf 04*

*...nós atendemos aqui a família como um todo. Então, nós pegamos desde o recém-nascido até o idoso...Temos a puericultura, temos o pré-natal, temos o planejamento familiar, temos acompanhamentos de hipertensos e diabético, temos também acompanhamento de pessoas com tuberculose...Essas consultas de enfermagem são agendadas previamente e a consulta subsequente sempre que o paciente vem para a consulta, ele já sai com a sua subsequente marcada, já agendada também para que a gente não perca o vínculo com o paciente. Enf 05.*

*...não teve assim uma capacitação para nós estarmos desenvolvendo consulta de enfermagem.(...)a consulta de enfermagem é uma atividade da enfermeira, também do enfermeiro,mas não foi nada projetado, nem programado para essa realização da consulta e as atividades globais aqui. Eu faço a minha consulta de uma forma convencional, de uma forma que eu aprendi na universidade, mas nós não temos nenhum parâmetro, nenhum formulário que norteie na realização de consulta. A gente faz do modo do nosso conhecimento, da competência, da possibilidade. Enf 07.*

*Eu acho simples. O exame físico, a entrevista, anamnese, as queixas e medicar. A gente faz também a prescrição e a orientação, muita orientação; a gente tem que realmente estar colocando muito, porque assim o paciente começa a ter uma proximidade muito grande com a gente. Eles vêm aqui mesmo fora da consulta, a educação de está explicando e de está orientando –os é uma coisa muito mais presente aqui do que talvez em outro lugar. No PSF essa coisa de estar orientando, educando, mostrando a ele como é que faz. A consulta é*

*basicamente o exame, os exames também que a gente solicita, só isso. Enf 08.*

*A consulta de enfermagem é feita através do exame físico e abordagem sindrômica. Procuramos alguma alteração que nós possamos prevenir a verificação da pressão arterial, da glicemia capilar nos pacientes que já tem antecedentes de diabetes ou algum sintoma mesmo. A consulta é direcionada da seguinte maneira: O exame clínico, a gente calcula o índice de massa corpórea, e dar orientações. Enf 10.*

Na tentativa de regularizar a atividade que já vinha sendo exercida pelos enfermeiros e enfermeiras, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), desde 1993, mediante a Resolução 159/93, instituiu a consulta de enfermagem como atividade obrigatória em todos os níveis de assistência à saúde, considerando-a composta das fases do processo de enfermagem.

Quanto ao tempo dispensado com a consulta, Gamba (1988, p102) revela que “a duração da consulta de enfermagem é de 35 a 45 minutos na primeira consulta e por volta de 35 minutos a partir da segunda”.

No entanto, nas consultas em que estive presente como observador o tempo dispendido era igual ou maior ao determinado para a consulta de enfermagem mas, quando aguardava do lado de fora do consultório esse tempo mostrou-se bem menor do que o idealizado.

### **4.3 AS ETAPAS RECONHECIDAS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.**

É importante para o enfermeiro ou a enfermeira ter conhecimento de suas atribuições, bem como da definição do processo de enfermagem e suas etapas, para um melhor desempenho de suas funções no PSF. É atribuição do enfermeiro (a) na estratégia de saúde da família realizar consulta de enfermagem como traz o Informe da Atenção Básica de Abril de 2002 e, para que esta consulta seja realizada de maneira correta, seguindo uma sistematização



é necessário conhecimento sobre as etapas e a finalidade da consulta de enfermagem.

A Resolução 272/2002 determina que compete ao profissional enfermeiro (a) dentre estes: a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do Planejamento em Enfermagem.

Grande parte das entrevistadas desconhece as etapas da consulta de enfermagem, ou normatização de consulta. Portanto, as etapas preconizadas na ordem: anamnese (entrevista de enfermagem), exame físico, diagnóstico, prescrição, evolução, além de orientações, não são cumpridas e se confundem com as práticas médicas.

Dentre os aspectos considerados frente às etapas da consulta de enfermagem, pode ser percebido que nos discursos das enfermeiras encontramos a negação de que sejam cumpridas todas as etapas da consulta de enfermagem e, quando a resposta não é negativa, no momento de listar as etapas, estas são feitas de maneira incompleta e confusa, e outras ainda justificam-se através da existência de formulários específicos para determinadas consultas. Estes dados podem ser percebidos nas falas abaixo:

*... se você me perguntar agora quais são as etapas certas, eu não sei lhe dizer, mas eu faço a parte de perguntas, os questionamentos. Valorizo a queixa do paciente. Enf 01.*

*Eu fico... tento saber dentro do meu conhecimento, dentro da minha forma de ser, de com ser profissional, tentar estar o mais próximo disso. (...) da entrevista, anamnese, exame físico, sempre segui dessa forma primeiro momento. E o momento de orientar. Enf 02.*

*Não, ela não é não. Inclusive, nós e, a própria Secretaria Municipal de Saúde, não temos a normatização. Nós seguimos o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, então, pega na questão das prescrições. Enf 03.*

*...a gente faz as coisas muito da forma que a gente sabe, então, a gente não teve nenhuma discussão e nenhuma rotina estabelecida para consulta de enfermagem. A gente faz a consulta, eu faço exame físico, levantamentos de problemas e a intervenção, se necessária, e orientações. Enf 04.*

*...eu acredito que não(...)mas a gente não segue padrões. Cada uma tem a sua rotina pessoal, não existe uma padronização, digamos assim, que todas atendam da mesma forma, da mesma maneira, seguindo o mesmo roteiro, o mesmo estilo. Enf 05.*

*Sim, eu creio que sim. Anamnese, exame físico, a prescrição e o diagnóstico de enfermagem. Enf 08.*

*A gente tenta preconizar dentro do possível. A gente começa com a história do paciente, depois faz a investigação panorâmica. Essa investigação é se o paciente fumava, se fuma, ....a parte também das medidas preventivas, sobre as vacinas.... Depois, a gente passa para o exame físico(...) e sempre visando a prevenção de doenças como AIDS, tuberculose e outras. Enf 09.*

*São. A gente identifica o paciente, seu endereço, e o motivo da consulta. A gente pergunta se ele tem hipertensão, se ele tem diabetes. se ele bebe, se ele fuma, pesquisa todos esses fatores de risco. Vacinas, se ele tomou as vacinas, se ele está empregado, se ele está desempregado, vê o social dele, se tem alguma atividade física, se faz algum esporte, como é a alimentação dele, procura-se saber um pouquinho sobre a qualidade de vida dele, como ele está. Enf 10.*

Observei também que as consultas estão delimitadas pelos programas propostos pelo Ministério. Quando há uma ficha ou protocolo, estes parecem servir como instrumento norteador de ações e, quando não há, cada enfermeira atende da maneira que lhe parece mais conveniente. Por conseguinte, muitas vezes não dão atenção às queixas dos pacientes que não estão direcionadas aos programas determinados pelo Ministério. Isto pôde ser identificado através das observações não participativas quando havia queixas, e estas muitas vezes, foram ignoradas ou não receberam a devida importância.

#### **4.4 PERCEBENDO A IMPORTÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA.**

Pode-se perceber que todas as entrevistadas consideram importante que a consulta de enfermagem seja sistematizada, pois tal sistematização contribuiria para o desenvolvimento das ações de enfermagem com a existência de documentos que orientem e sedimentem tais ações. Consideram que se houvessem impressos próprios facilitaria o atendimento, ajudando a identificar os problemas do paciente e dando um direcionamento às ações de enfermagem.

Outras, ainda consideram o fator tempo como um empecilho para que a consulta de enfermagem seja sistematizada. Tanto o tempo de experiência em consulta, como tempo

disponível para o desenvolvimento da mesma, uma vez que se considera alto o número de consultas a serem realizadas por dia. Isto pode ser identificado nos trechos abaixo:

*... sinto falta disso.(...) eu acho que eu sou nova nesta parte, quatro anos é pouco diante da dificuldade.(...) eu entrei no PSF sem saber o que era a consulta de enfermagem. Na faculdade eu não fiz consulta de enfermagem (...) Saúde pública pra mim foi uma negação na faculdade.O que eu vou fazer aqui, eu perguntei, não sabia nada. (...) Quando foi no PSF, pronto, você tem que atender o paciente (...) Eu não sei, sinceramente eu não sei o que eu tenho que fazer num consultório. Enf 01*

*... cada profissional também tem seu tempo, seu ritmo, e assim, em cada 15 minutos pra mim é inviável. Tento buscar, estar trabalhando isso, então assim, na consulta de enfermagem, para fazer toda essa avaliação, todas essas orientações com mais tranquilidade, relembrar essas coisas anotando, eu acho que exige mais, então, vai lá o que? Em 8 consultas se a gente for calcular, sabendo que tem paciente que a gente precisa de mais tempo... isso muitas vezes dificulta a sistematização (...) Acho um impresso assim que ajuda bastante a você sistematizar, você seguir aquela seqüência de questionamentos e que sem ele às vezes eu me perco, não faço determinadas perguntas. E um prontuário que nos ajude nesse sentido... eu particularmente não gosto da elaboração de alguns prontuários que se tem, às vezes não ajuda na consulta. Enf 02.*

*Não tenho dúvida, a gente tem que ter um parâmetro... algo que nos respalde e que nos norteie nesse trabalho da consulta. Infelizmente nós não temos. Enf 03.*

*Sim, reconheço. Reconheço e sinto a necessidade disso. Enf 04.*

*Sim. Eu acredito que é importante que haja uma organização na sistematização. Agora, eu acredito também que para a gente implantar isso, a gente precisaria ter algum instrumento que pudesse nos dar um apoio nesse sentido. Por exemplo se a gente tivesse um impresso próprio para cada consulta. Enf 05.*

*Reconheço (...). Facilita até o lado da gente, porque a gente fica um pouco solta. Enf 07.*

*A gente conhece porque facilita o trabalho quando é sistematizada. Enf 09.*

*Reconheço sim porque aí vai haver protocolos direcionados para a consulta; as prescrições de enfermagem protocoladas, o enfermeiro mais inserido na consulta, saber realmente o que ele deve, o que ele pode fazer. Enf 10.*

Nóbrega *apud* Garcia e Nóbrega (2000), considera que os sistemas de classificação têm sido considerados o primeiro estágio no desenvolvimento de estruturas teóricas para a disciplina, ou seja, a tarefa de denominar os fenômenos que constituem objetos das ações de enfermagem.

Para que possamos sistematizar a consulta de enfermagem e suas ações é necessário compreender como esta consulta vem sendo desenvolvida, qual a opinião das enfermeiras quanto a essa sistematização, de modo que possamos construir parâmetros para a consulta de enfermagem de maneira científica e ordenada, de maneira que possa atender às necessidades dos clientes.

Segundo Garcia e Nóbrega (2000), o que os sistemas de classificação de práticas de enfermagem parecem trazer de novo é a possibilidade de sedimentar, no interior das práticas de saúde e de enfermagem, uma prática qualificada e sistematizada voltada para os cuidados individuais e coletivos, de preservação e manutenção da vida.

#### **4.5 IDENTIFICANDO OS FATORES POSITIVOS E NEGATIVOS QUE CONTRIBUEM OU NÃO PARA A VIABILIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.**

Os pontos positivos e negativos identificados pelas enfermeiras na viabilização da consulta de enfermagem convergem e divergem no que diz respeito à construção do pensamento.

Os pontos negativos mais coincidentes nas opiniões estão direcionados ao espaço físico inadequado ou na qualidade questionável. A falta de impressos, de materiais para o desenvolvimento da consulta, a falta de organização desses impressos são questões pontuadas pelas entrevistadas como dificultando a viabilização da consulta.

A confiança que o usuário deposita na enfermeira, bem como a proximidade com a família e a possibilidade de identificação de problemas dos pacientes de forma mais próxima são considerados fatores que contribuem positivamente para a viabilização da consulta de enfermagem.

*...esse seria um ponto negativo, essa falta de organização do prontuário. É um ponto negativo é você não ter material pra fazer consulta. (...) eu agora tenho um estetoscópio infantil, porque não tinha nem um estetoscópio... às vezes não tem álcool...agora pra gestante eu não tenho o sonar. O sonar está sem pilhas; aí eu consegui até umas pilhas e aí as pilhas sumiram.(...) não tem higiene. Você viu o calor que a gente passou aqui? Ou você tem um ventilador ou a porta aberta que não dá privacidade ao paciente ou você fica sufocado numa estufa. (...) quase dois anos fora da unidade...vamos pra Secretaria pedir uma unidade decente para atender. (...) Os fatores positivos da consulta, bom, repare... o planejamento, as palestras, com as sessões educativas.... fazia aconselhamento em grupo e individual (...). Tem pacientes aqui de planejamento que só querem vir pra mim. A gente vira confidente, Enf 01.*

*(...) Primeiro, o espaço físico seria um fator positivo, aliás, uma necessidade. No caso, um fator negativo seria a não disponibilização de uma sala de consulta, pois a gente está aqui em uma unidade provisória há um ano e meio. (...) No momento estrutura física e insumo estão faltando... É o que a gente tem lá embaixo hoje dentro da proposta; não é o ideal, faltam impressos de insumo, de medicação. De positivo na consulta, é o momento do retorno do paciente muitas vezes das suas orientações, a disponibilidade deles estarem expressando.(...) A consulta em si eu acho assim, momento muito bom, de você às vezes num dialogo pegar coisinhas que, do dia-a-dia do paciente Enf 02.*

*...ponto positivo: o próprio acolhimento que a comunidade está tendo com a gente nesse momento de crise, nesse momento em que a unidade está desativada e a gente encontrou um grupo que nos recebe bem... Os fatores negativos... mesmo nesse acolhimento a gente está trabalhando hoje numa condição física extremamente precária, você está vendo aí, a falta de insumos começa do planejamento familiar até antihipertensivo. Material de limpeza, material de proteção... Enf 03.*

*...positivos é a autonomia que o enfermeiro tem no PSF. Uma outra coisa, o reconhecimento que a comunidade tem do papel do enfermeiro (...) Negativo essa falta de sistematização, a falta de um acompanhamento dessas ações, a falta de proteção jurídica efetiva. ..não está sistematizado a nível da Secretaria Municipal Enf 04.*

*... fator negativo eu acho essa cobrança de números isso aí é um stress para o profissional porque no final de cada consulta você é avaliado, quer dizer, como equipe, avaliados e á são colocados aqueles gráficos com aqueles números e você não atinge, se sua equipe não atinge assim, "X" números de consulta de enfermagem você publicamente é até ridicularizado como profissional. Outro ponto negativo pelo menos aqui na nossa unidade é que nós não dispomos de uma sala própria então, já que nós dividimos a sala com outro profissional. Então a gente está sempre preocupada com o outro que vai atender depois e que você tem que liberar a sala imediatamente. Qualquer coisa que o outro precise está sempre interrompendo a consulta, entrando e saindo,... Positivos que a gente pode apontar, eu acho que a gente tem um bom tempo de curso que*

*nos ajudaram a pelo menos dar um ponta-pé inicial ao trabalho. Enf 05.*

*... A gente tem dificuldade com o espaço físico (...) dificuldade no atendimento assim de resolver os problemas do cliente isso são fatores negativos. Positivos: uma população adescrita de mais ou menos 5 mil pessoas (...) apesar de ser amplo o campo de atuação, trazer alguma dificuldade pra gente agora na eficiência em algumas áreas, mas ela facilita você ver e acompanhar como um todo a comunidade. Enf07.*

*(...) Positivo é quando você conversa e quando você examina, você identifica outras coisas que às vezes não foi relatado e que até a paciente mesma desconhece.(...) É positivo a anamnese em que você conhece a vida dela. Enf 08.*

*A ficha para você sinalizar os dados eu acho importante, pois às vezes a gente pode esquecer e o que tem aqui na ficha sinaliza. Isso são pontos positivos. Aqui o ambiente depois de 2002 foi reformado, a gente tem um ambiente agradável, a falta de material é o mínimo possível dentro do normal, e os pacientes saem daqui satisfeitos. (...). Pontos negativos, a gente precisava mais de um outro tipo de prontuário, mais completo. Enf 09.*

*Positivo é legalizar como eu disse, protocolar. A gente vai sentir mais segurança na prescrição, como prescrever, o que pode prescrever, quando prescrever (...) Outro ponto positivo é a confiança do paciente. Tem medicações mesmo, que não é padronizado prescrever e o paciente às vezes precisa dessa medicação. E a limitação é um fator negativo. É positiva a orientação que agente passa para o paciente, essa orientação que a gente dá a ele sobre os cuidados que a gente deve ter. Enf 10.*

Outro aspecto se direciona para a organização do serviço, do prontuário, dos materiais disponíveis. A falta de proteção jurídica é também considerada nos depoimentos como ponto negativo, uma vez que elas não têm respaldo legal em determinadas situações, e ainda, a limitação das ações de enfermagem. Esta é uma afirmação de algumas das entrevistadas.

Porém, a lei é bastante clara no que concerne às prescrições de medicamento pela enfermagem, tanto nos manuais que dispõem das prescrições dentro dos programas do Ministério, quanto às definições COFEN/COREN para estes programas que regulamentam as prescrições de enfermagem dentro dos programas previstos pelo Ministério.

Como pontos positivos para a viabilização dessas consultas são citados os planejamentos feitos para estas, as palestras apresentadas e as sessões educativas na

comunidade. Ressalta-se a conquista do cliente pela enfermagem através da escolha pela consulta com a enfermeira.

Outro ponto positivo é o diálogo e a vivência com a(o) paciente, o acolhimento da comunidade, o entrosamento da equipe de saúde agindo como multidisciplinar, a autonomia do enfermeiro em desenvolver a consulta, os cursos de qualificação e a vastidão do campo de atuação. O fato de conhecer o paciente, conversar e examinar, também contribui para a viabilização dessa consulta desde que com um espaço físico bom e materiais necessários, com legislação e protocolos que dêem segurança às ações de enfermagem.

Segundo o Ministério da Saúde (1997), as unidades de saúde da família deveriam ser instaladas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com a programação municipal, em áreas que não possuem nenhum equipamento de saúde. Por sua vez, a área física das unidades deveriam ser adequadas à nova dinâmica implementada.

Porém, diante dos questionamentos feitos quanto ao espaço físico das unidades, pode-se perceber que o espaço físico não sofreu essa adequação e tem sido alvo de reclamações e questionamentos.

Segundo o MS, o enfermeiro (a) deve prover recursos para promover saúde. Esta é uma afirmação presente no Informe de Atenção Básica nº16 de abril de 2002, que dispõe das atribuições do enfermeiro(a) na estratégia de Saúde da Família. Buscando, desta maneira, adequar o espaço físico à sua prática.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito restrito deste estudo foi possível constatar que:

1. O mapeamento realizado não pelos profissionais contratados a contagem equivocada e o número insuficiente de equipes para desempenho eficiente em face da extensão territorial. A população de famílias previamente levantadas indica que há equipes atuando fora da sua área adstrita real, enfrentando problemas de ordem geográfica; Os treinamentos direcionados a essa estratégia de saúde e o acompanhamento insuficiente foram apontados como problemas estruturais da implantação das equipes e das unidades, causando insatisfação e desintegração. Estes fatores foram apontados nos discursos como parte dos equívocos que compõem o vivido pelos sujeitos na implantação do PSF no *locus* do estudo;

2. O modo de utilização da consulta é aleatório e assistemático. Atende prioritariamente ao modelo da clínica com enfoque na coleta e no levantamento dos problemas relacionados à enfermidade, seus exames e tratamento que são de cunho clínico, com alguns destaques para educação na saúde. A consulta é uma atividade apontada como conflitante; a enfermeira precisa realizá-la, mas não teve preparação suficiente para efetivá-la a contento, não se prepararam os instrumentos nem os impressos específicos. Ela restringe-se a algumas etapas realizadas de modo assistemático, feita de modo singular pelos membros da equipe na dependência de sua motivação individual;

3. A maior parcela de entrevistadas desconhece todas as etapas da consulta e sua normatização. As etapas apontadas são incompletas, percebendo-se em alguns discursos a negação e/ou a falta de importância a elas atribuída. As enfermeiras desconhecem a padronização, apontam para a falta de normas e treinamento direcionado para este tipo de atividade e registro no PSF, revelando-se uma atividade que assume seu sentido restrito



dentro dos programas básicos.

4. Apesar de não haver sistematização, as entrevistadas indicaram a necessidade de uma padronização e que isso daria maior segurança, direção e ordenação no trabalho de atendimento ao cliente.

5. Dentre os aspectos negativos apontados, identificam-se a falta de recursos materiais – a falta de organização dos prontuários, falta de impressos; recursos estruturais – a ventilação e as condições dos ambientes de atendimento que denotam a inadequação dos espaços físicos para as consultas, a falta de formação, de protocolos para o atendimento e respaldo legal para prescrição e diagnóstico de enfermagem nos programas.

Da análise dos prontuários é possível depreender que a proximidade com a família; o domínio dos problemas dos sujeitos que vivem na área; a repercussão das informações educativas; o acolhimento, a intimidade e os laços que se criam nas relações; a manutenção da clientela nos programas; a autonomia e o reconhecimento do valor dos enfermeiros e enfermeiras nas equipes é muito importante para o desenvolvimento das ações de enfermagem. Esses foram os fatores identificados como intervenientes à viabilização da consulta e que vêm determinando a sua sistematização nesse período de implantação das equipes em unidade de PSF.

## **5.1 RECOMENDAÇÕES**

Mesmo entendendo as restrições de uma análise qualitativa a uma amostra tão restrita é possível recomendar aos gestores e colegas das equipes que considerem:

A necessidade de treinamentos em todas as áreas de atuação do PSF que vislumbram a saúde do indivíduo em todas as etapas do seu ciclo vital, interagindo com o *habitat* desse usuário ou

dessa pessoa; compor junto com a comunidade a adaptação dos espaços e sua ampliação conforme as necessidades de cada comunidade; viabilizar a padronização das consultas de enfermagem com a finalidade de atender aos anseios dos indivíduos/ família e dos profissionais envolvidos.

## 6. REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. **História Oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989. 202p.
- ALMEIDA, M. C. P. et al. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – Rede Básica de Saúde**. In: ALMEIDA, M. C. P. ; ROCHA, S. M. M. (org.) **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. cap.3 p.61-112
- AMADO, J. ; FERREIRA, M. M. (coordenadoras). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1996. 304p.
- BENEDET, S. A. ; BUB, M. B. C. **Manual de Diagnostico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. 2ªed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 1998/2001, 220p.
- BITTES JUNIOR, A. ; MUSSI, F. C. ; OHL, R. I. B. ; DUARTE, Y. A. O. **Princípios científicos: instrumentos básicos de enfermagem**. In: Cianciarrullo, T.I. (org.) **Instrumentos Básicos para o Cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000 cap. 4 p.39-46.
- BRASIL. **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)**, 9ª, Brasília, Anais CNS, Brasília. Relatório Final. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1993. p.19.
- BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a **lei nº 7.498** de 25 de junho de 1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jun. 1987. Seção 1, p. 8853-5.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília – DF 18 de dezembro de 1997. **Portaria nº 1886/GM** aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em: < <http://www.bvs.gov.br> >. Acesso em: 13/07/2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 196/96**. Aprovada Comissão Nacional de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal Centro Gráfico, 1998, p. 133.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. Nº 16 Atuação do enfermeiro na atenção básica. Ano III, Abril de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para organização da atenção básica de saúde. Brasília – DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília – DF, 1994. Portaria nº196/97- GM disponível em: < <http://www.bvs.gov.br> >. Acesso em: 13/05/2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos**

**serviços de saúde.** Documento preliminar de março de 1996. Brasília – DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde de Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília – DF, 1997.p. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de interiorização dos Trabalhadores em Saúde.** Portaria nº 227- GM de 16/02/2001 (anexos).

CAMPEDELLI, M. C. Reflexões sobre a consulta de enfermagem. **Revista Enfoque**, v. 18, n.2 (28), set. 1990, p.18.

CAMPEDELLI, M. C. Uma visão prática de enfermagem no Brasil e sua evolução quanto a utilização do processo de enfermagem. In \_\_\_\_ (org) **Processo de enfermagem na prática.** São Paulo: Ática, 1989, cap. I, p11-21.

CARRARO, T.E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implantação na prática. In WESTPHALENTENT, M.A.; CARRARO, T.E.(org) **Metodologias para a assistência de enfermagem:teorização, modelos e, subsídios para prática.** Goiânia: Ed.AB., 2001, 157p.

CASTRO, I.B. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem.** Rio de Janeiro.v.28, 1975. p.76-94

Cervo, A.L. ;BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica.** São Paulo:Makros Books, 38ª ed, 1996.

CIANCIARULLO, T. I. (organizadora). **Instrumentos Básicos para o Cuidar: um desafio para a qualidade de assistência.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000. 154p.

COFEN **Resolução 159/1993** Dispõe sobre a Consulta de enfermagem In: **Documentos básicos de enfermagem:** principais leis e resolução do exercício profissional de Enfermagem.São Paulo: Escrituras editora, 2001.

COFEN **Resolução 272/2002** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE - nas instituições de Saúde Brasileira. Disponível em: < <http://www.portaldocofen.com.br> >. Acesso em: 16/01/2004.

COMITÊ DE CONSULTA DE ENFERMAGEM. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, v.32, n.4, p. 407-8, out./dez. 1979.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Declaração. Alma -Ata, URSS. 1978. 6p.

CRUZ, D. A. L. ; RIBEIRO, F. G. ; DUTRA, V. O. CARACCILO, L. T. Sistematização da assistência de enfermagem em área de recuperação da Saúde. **Rev. Esc. Enf. USP.** São Paulo, 21 (nº especial): jun.1987.p.68-76.

DANIEL, L. F. **A enfermagem planejada.** 3ª ed. São Paulo: Editora EPU. 1981. 135p.

DUARTE, M. C. A. Diagnóstico de Enfermagem em Paciente Epiléptica Embasado na Teoria do Autocuidado: Estudo de Caso. **Rev. Nursing.** nº 25, ano 3, junho 2000, p.30 – 34.

ERDMANN, A. L. **O Sistema de Cuidados de Enfermagem: sua organização nas instituições de saúde.** Texto Contexto enferm. Florianópolis, v.2, p.52-69, mai/ago, 1998.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário Aurélio da língua portuguesa.** 2ª ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1993.

FEUERWERKER, L. C. M. ; A. M. **O Programa de Saúde da Família e o Direito à Saúde.** Disponível em: < <http://www.secomtel.com.br>. >2000. 3p. Acesso em: 11/12/2003.

GAMBA, M. A. ; BRÊTAS, A. C. P., RANSAN, L. M. O. **Implantação da Consulta de Enfermagem à Criança no Centro de Saúde da Escola Paulista de Medicina:** relato de experiência. Acta Paul. Enf., v.1, n.4, dez. 1988. p. 101–106.

GARCIA, T.R; NÓBREGA, M.M.L. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo.**, (organizadoras) – João Pessoa: ABEN-Associação Brasileira de Enfermagem; Idéia, 2000. 204p

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 375p.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social.** 5ªed., São Paulo: Atlas, 1999. ISBN85 225-2279-2

HENRIQUES, R. L. M. **A realidade e os mitos da consulta de Enfermagem na Rede Básica do Município do Rio de Janeiro, 1993.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro, (UFRJ), Rio de Janeiro. HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem.** 12ª Reimpressão. São Paulo: Editora EPU, 1979. 99p.

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

HORTA, W. A. **Recentes estudos e pesquisas nas especialidades de enfermagem.** II Parte do XXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem. 11 a 17 de julho de 1971. **Revista Brasileira de Enfermagem:** ano XXIV out/dez de 1971 n°6.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000.** Disponível em; < <http://www.ibge.gov.br> > Acesso em: 25/06/2004.

LAMBERTSEN, E. C. **Equipe de enfermagem:** organização e funcionamento. Tradução e revisão. Aguiar H.D. e Ferrarinri Clarice- Título original Norte americano “Nursing Team Organization and Functioninig” Columbia University, New York, 1953. Impresso ABEn-Brasil, 1996, 103p

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa em Saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001. CDU: 0001.98

MARTINS, C. A. **O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em Goiana: (des) institucionalização da consulta de Enfermagem no pré-natal.** 2001. 200p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Ana Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ), Rio de Janeiro.

MEIHY, J. C. S.B. **Manual de História Oral.** São Paulo edições Loyola. 1996. 77p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo: São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S. (org.)/DESLANDE, Suely Ferreira / NETO, Otávio Cruz / GOMES, Romeu **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ:Voices, 1994. 80 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998. 269 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 269p.

MOURA, M. A. V. **A qualidade da Assistência à Saúde da Mulher-gestante: Possibilidades e limites**, 1997, 219 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro, (UFRJ), Rio de Janeiro.

PADILHA, M. I. C. S. Visita Domiciliar uma Alternativa Assistencial. **Rev. Enferm., UERJ**, RJ, v.2, n.1, p. 83 – 90, maio 1994.

PAIM, J. S. **A reforma sanitária e a municipalização**.Salvador-BA: Saúde e Sociedade. n.1, v.2, p. 29-47,1992.

PARRA, M. T.**Alta Hospitalar: A Família e o Cuidado no Domicílio**. Disponível em< <http://www.secomtel.com.br>> 3p. Acesso em: 10/11/2003.

PEDUZZI, M. Secretaria de Saúde. **O enfermeiro no Programa de Saúde da Família São Paulo**. I Seminário Estadual de 09 a 11 de novembro de 2000.São Paulo.

PERES, L. A. **Funções do Enfermeiro numa Unidade Básica de Saúde**, 1997. 2p. Texto (bolsista de Iniciação Científica). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). São Paulo.

PESSINI, L. A Saúde no Brasil: pesadelo, sonho ou esperança? Editorial. **O mundo da Saúde**. v.23, n.3, Mai./jun. 1999.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In CIANCIARRULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, Marta Maria; ANABUKI, Marina Hideko. **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001, cap.3 p.41-62

RUDIO,F.V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. 27 ed. Petrópolis: vozes, 1986 CDU-001.891.

SAMPAIO, L. A. B. N. ; PELLIZZETTI, N. Método Científico- Instrumento básico da enfermeira. In CIANCIARRULLO, T. I. (organizadora). **Instrumentos Básicos para o Cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. 1ª ed São Paulo: Atheneu, 2000, cap.3. p25-38

SANTOS, A. S. **Consulta de Enfermagem Aspectos Teóricos e Práticos: um Convite à Reflexão**. 2001. 13p.

SILVA JUNIOR, A. G. da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. p.143.

SILVA, A. G. I. **Satisfação do usuário e a qualidade de assistência em enfermagem**, Belém: imprensa Oficial do Estado, 1999. p.44.

SILVA, A. L.; AMORIM, F.S. ; HORTA, A. L.M. Proposta de implementação do histórico de enfermagem em unidade de cardiologia pediátrica. **Acta Paul. Enf.**, 3(1) 25-31, março, 1990.

TRENTINI, M. ; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente Assistencial**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1999. 162p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação**. 1ª São Paulo: Editora Atlas, 1987, 175p.

VANZIN, A.S., NERY, M.E.da Silva. **Consulta de Enfermagem: Uma necessidade Social?** Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996.

WALDOW, V. R. Processo de Enfermagem: teoria e prática. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.9 n.1, p.14-22, jan. 1998.33p

## **APENDICE**



**APÊNDICE I****TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS- INFORMADO <sup>1</sup>**

**Declaro para os devidos fins que após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto participar do presente Protocolo da Pesquisa, sendo responsável legal por esta decisão, autorizando a(s) pesquisadora(s) a utilizar os dados transcritos da minha entrevista para fins de consulta e análise na referida pesquisa, bem como para sua publicação em congressos e/ou revistas científicas, desde que mantido o sigilo da minha identificação.**

Salvador, de 200....

---

**(anexar dados de identificação e contato pessoal do entrevistado)**

**INFORMAÇÕES SOBRE A(S) PESQUISADORA(S)**

**NOME DO PESQUISADOR: Emerson Gomes Garcia**

**ENDEREÇOS: Av. 7 de setembro nº144 apt.604 Mercês Salvador-Ba.**

**TELEFONE DO RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA 329-5526**

---

**Emerson Gomes Garcia**

**Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**

---

<sup>1</sup> (Fazer cópias para o entrevistado e para arquivo do entrevistador)

## I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA E OU RESPONSÁVEL LEGAL

(anexar no verso da cópia do consentimento do entrevistado)

NOME DO ENTREVISTADO.....  
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE N.º.....ORG. EXP..... EMISS...../...../ 199..  
 SEXO: M(....) F(....) DATA DE NASCIMENTO...../...../.....  
 ENDEREÇO.....  
 COMPLEM.:.....BAIRRO:.....CIDADE:..... UF..... CEP.....-.....  
 TEL.(. ....).....CEL.....E-MMAIL.....  
**(Preencher somente no caso de crianças e idosos e impossibilitados)**  
 RESPONSÁVEL LEGAL.....  
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, Curador etc.).....  
 DOC. DE IDENTIDADE N.º.....ORG. EXP..... EMISS..... SEXO: M( ) F ( )  
 DATA DE NASCIMENTO. ....../...../..19.....  
 ENDEREÇO.....COMPL.....  
 BAIRRO..... CIDADE..... UF..... CEP.....  
 CEP.....-..... TEL.(. ....).....CEL.....E-MMAIL.....

## II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTIFICA

(anexar no verso da cópia do consentimento do entrevistado)

**TITULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:**A Sistematização da consulta de Enfermagem no PSF do Salvador  
**PESQUISADOR-** Emerson Gomes Garcia  
**CARGO FUNÇÃO-** mestrando da EEUFBa.  
**AVALIAÇÃO DE RISCO DA PESQUISA -** Sem risco  
**DURAÇÃO DA PESQUISA:** 24 meses

## III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO ENTREVISTADO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNADO,

### 1. Justificativa e os objetivos da pesquisa.,

Perceber as intervenções do enfermeiro nesta área deverá dar créditos ao profissional e este poderá receber o devido reconhecimento social. O verdadeiro papel da(o) enfermeira(o) na consulta é o de avaliar um paciente – o que requer conhecimentos de: Semiologia, semiotécnica; Processo de enfermagem; Conhecimentos técnicos. Respeito aos aspectos sócio-político-econômico-culturais e valorizar a antropologia e epidemiologia. A consulta individualizada não se contrapõe ao modelo de saúde coletiva. Nesse sentido é necessário uma avaliação específica e prescrição individualizada que só é possível se a consulta de enfermagem for realizada com sistematização adequada (SANTOS, 2001). Este projeto tem como objetivo: Analisar as atividades que caracterizam a consulta de enfermagem na equipe do Programa Saúde da Família e identificar os fatores que interferem na implantação do processo de sistematização da consulta de enfermagem no PSF junto ao paciente e a família.

**2. Procedimentos da Coleta de dados:** Será utilizado o método da História oral, onde serão feitas entrevistas com os sujeitos da pesquisa com base nesta abordagem.

**3. Desconfortos e riscos esperados.** Nenhum

**4. Benefícios que poderão ser obtidos:** A pesquisa contribuirá para a compreensão do modo como a consulta de enfermagem de forma sistematizada pode melhor compreender o indivíduo com um todo. É possível que o estudo possa contribuir para que, o enfermeiro reveja seus conhecimentos a cerca da consulta de enfermagem e suas intervenções junta a família e a comunidade a qual está inserido o usuário.

**5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o Indivíduo.-** O proposto no item 4.

## IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUBTEXTO DA PESQUISA (conformidade com parecer 196/ 96 do C.N.S.):

1. Acesso a qualquer tempo 'as Informações sobre procedimentos e benefícios relacionados pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
3. Salvaguarda a da confidencialidade, sigilo e privacidade.

## APÊNDICE II



### UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

#### **Roteiro de Entrevista semi-estruturada**

##### **Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_

Tempo de PSF: \_\_\_\_\_ Tempo de Profissão:- \_\_\_\_\_

- 1- Conte a história da implantação desta equipe de P.S.F.
- 2- De que modo você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?
- 3- Todas as etapas da consulta preconizada são cumpridas?
- 4- Você conhece a importância de ter sistematizada a consulta?
- 5- Que fatores positivos ou negativos você identificou na viabilização desta consulta?

## Apêndice III



### UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

#### **Roteiro de observação não participante**

Tipo de consulta Primária ( ) ou subsequente ( )

Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)

Elaboração do diagnóstico

Prescrição: - Prontuário ( ) – condutas assistenciais ( ) – Orientações para paciente ( )

Orientação para retorno?

Registro no prontuário: sim ( ) não ( )

## Apêndice I V



### UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

#### **Roteiro de observação no prontuário**

Identificação do paciente/ mãe /família

Anotação do exame físico?

Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Existe conduta explícita?

Existe anotação?

Agendamento de retorno ou alta

## **ANEXOS**

## ANEXO I



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 ( versão outubro/99 ) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

<b>1. Projeto de Pesquisa:</b> <b>A sistematização da consulta de Enfermagem no PSF</b>				
<b>2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)</b> Ciências da saúde		<b>3. Código:</b> 4.04		<b>4. Nível:</b> ( Só áreas do conhecimento 4 ) Enfermagem
<b>5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)</b> Grupo III		<b>6. Código(s):</b>		<b>7. Fase:</b> (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
<b>8. Unitermos:</b> ( 3 opções )				
<b>1 SUJEITOS DA PESQUISA</b>				
<b>9. Número de sujeitos:</b> 10 No Centro: Total: 10		<b>10. Grupos Especiais:</b> <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc ) ( ) Outros ( ) Não se aplica (X)		
<b>1.1 PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>				
<b>11. Nome:</b> Emerson Gomes Garcia				
<b>12. Identidade:</b> 2985.249 SSP-GO		<b>13. CPF.:</b> 598.231.941-49		<b>19. Endereço (Rua, n.º):</b> Av. 07 de setembro 144
<b>14. Nacionalidade:</b> Brasileira		<b>15. Profissão:</b> Enfermeiro		<b>20. CEP:</b> 40.060-001
<b>16. Maior Titulação:</b> Especialista		<b>17. Cargo</b>		<b>21. Cidade:</b> Salvador
<b>18. Instituição a que pertence:</b> Universidade Federal da Bahia-UFBA		<b>23. Fone:</b> (71) 329-5526		<b>22. U.F.</b> BA
		<b>24. Fax:</b>		<b>25. Email:</b> <a href="mailto:enfemerson@bol.com.br">enfemerson@bol.com.br</a> e <a href="mailto:enfemerson@pop.com.br">enfemerson@pop.com.br</a>
<b>Termo de Compromisso:</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: ____/____/____ Assinatura...				
<b>1.2 INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO</b>				
<b>26. Nome:</b> Secretaria Municipal de Saúde- Unidades de PSF- Salvador		<b>29. Endereço (Rua, n.º):</b> Subúrbio Ferroviário de Salvador		
<b>27. Unidade/Órgão:</b>		<b>30. CEP:</b>		<b>31. Cidade:</b> Salvador
<b>28. Participação Estrangeira:</b> Sim ( ) Não ( x )		<b>33. Fone:</b>		<b>32. U.F.</b> BA
		<b>34. Fax.:</b>		
1.2.1 <b>35. Projeto Multicêntrico:</b> Sim ( ) Não ( x ) Nacional ( ) Internacional ( ) ( Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil )				
<b>Termo de Compromisso ( do responsável pela instituição ) :</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: _____ Cargo _____ Data: ____/____/____ Assinatura				
<b>PATROCINADOR Não se aplica ( )</b>				
<b>36. Nome:</b>		<b>39. Endereço</b>		
<b>37. Responsável:</b>		<b>40. CEP:</b>		<b>41. Cidade:</b>
<b>38. Cargo/Função:</b>		<b>43. Fone:</b>		<b>42. UF</b>
		<b>44. Fax:</b>		
<b>1.3 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP</b>				
<b>45. Data de Entrada:</b> ____/____/____		<b>46. Registro no CEP:</b>		<b>47. Conclusão:</b> Aprovado ( ) Data: ____/____/____
				<b>48. Não Aprovado ( )</b> Data: ____/____/____
<b>49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:</b> Data: ____/____/____ Data: ____/____/____				
Encaminho a CONEP: <b>50. Os dados acima para registro ( )</b> <b>51. O projeto para apreciação ( )</b> <b>52. Data:</b> ____/____/____		<b>53. Coordenador/Nome</b> _____ Assinatura		<b>Anexar o parecer consubstanciado</b>

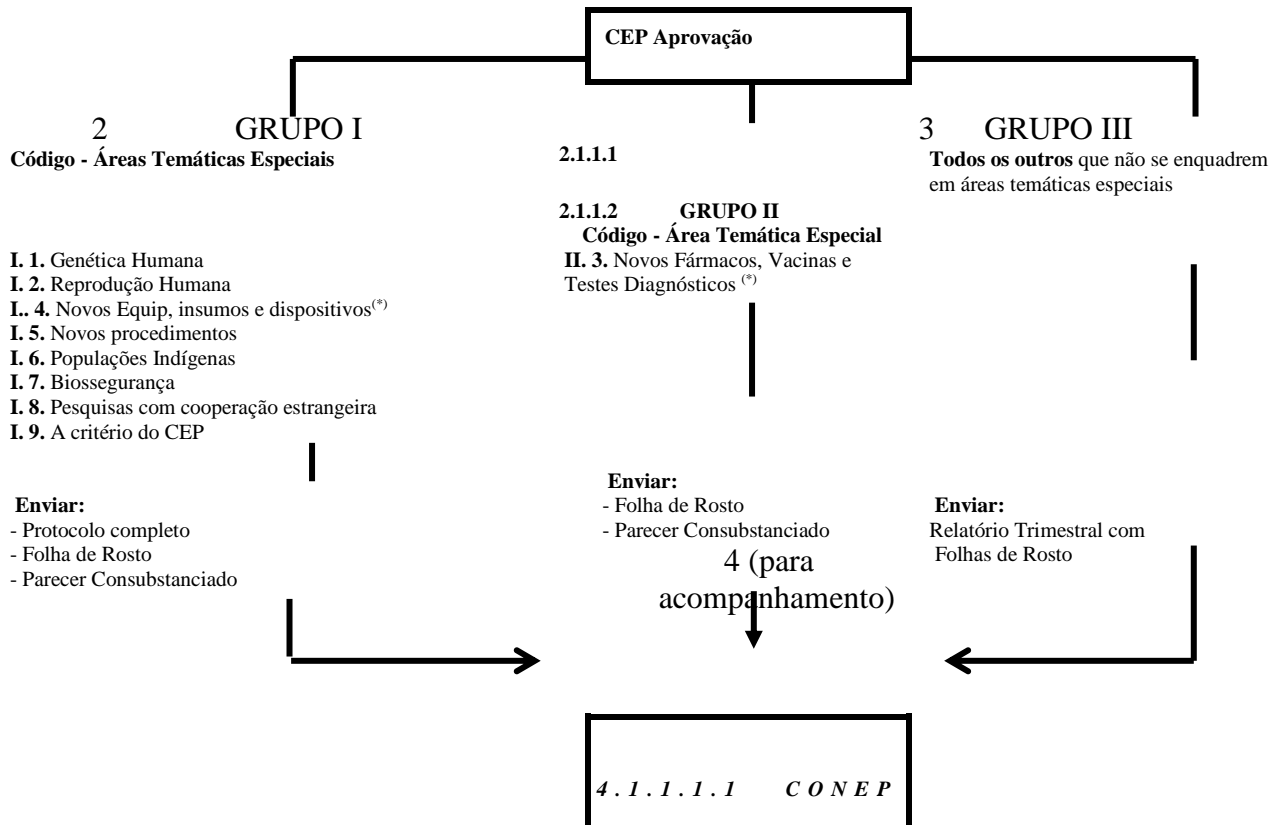
**1.4 COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**

54. Nº Expediente : 56. Data Recebimento : 57. Registro na CONEP:

55. Processo :

58. Observações:

**FLUXOGRAMA PARA PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS (JAN/99)**



**CÓDIGO – ÁREAS DO CONHECIMENTO ( Folha de Rosto Campos 2 e 3 )**

**1- CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA**

- 1.01 – MATEMÁTICA
- 1.02 – PROBABILIDADE E ESTATÍSTICA
- 1.03 - CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO
- 1.04 - ASTRONOMIA
- 1.05 - FÍSICA
- 1.06 - QUÍMICA
- 1.07 - GEOCIÊNCIAS
- 1.08 - OCEANOGRAFIA

**2 - CIÊNCIAS BIOLÓGICAS (\*)**

- 2.01 - BIOLOGIA GERAL
- 2.02 - GENÉTICA
- 2.03 - BOTANICA
- 2.04 - ZOOLOGIA
- 2.05 - ECOLOGIA
- 2.06 - MORFOLOGIA
- 2.07 - FISILOGIA
- 2.08 - BIOQUÍMICA
- 2.09 - BIOFÍSICA
- 2.10 - FARMACOLOGIA
- 2.11 - IMUNOLOGIA
- 2.12 - MICROBIOLOGIA
- 2.13 - PARASITOLOGIA
- 2.14 - TOXICOLOGIA

**3 - ENGENHARIAS**

- 3.01 - ENGENHARIA CIVIL
- 3.02 - ENGENHARIA DE MINAS
- 3.03 - ENGENHARIA DE MATERIAIS E METALÚRGICA
- 3.04 - ENGENHARIA ELÉTRICA
- 3.05 - ENGENHARIA MECÂNICA
- 3.06 - ENGENHARIA QUÍMICA
- 3.07 - ENGENHARIA SANITÁRIA
- 3.08 - ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
- 3.09 - ENGENHARIA NUCLEAR
- 3.10 - ENGENHARIA DE TRANSPORTES
- 3.11 - ENGENHARIA NAVAL E OCEÂNICA
- 3.12 - ENGENHARIA AEROSPAIAL

**4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE (\*)**

- 4.01 – MEDICINA
- 4.02 – ODONTOLOGIA
- 4.03 – FARMÁCIA
- 4.04 – ENFERMAGEM
- 4.05 – NUTRIÇÃO
- 4.06 - SAÚDE COLETIVA
- 4.07 – FONOAUDIOLOGIA
- 4.08 – FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
- 4.09 – EDUCAÇÃO FÍSICA

**5 - CIÊNCIAS AGRÁRIAS**

- 5.01 - AGRONOMIA
- 5.02 - RECURSOS FLORESTAIS E ENGENHARIA FLORESTAL
- 5.03 - ENGENHARIA AGRÍCOLA
- 5.04 - ZOOTECNIA
- 5.05 - MEDICINA VETERINÁRIA
- 5.06 - RECURSOS PESQUEIROS E ENGENHARIA DE PESCA
- 5.07 - CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE ALIMENTOS

**6 - CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

- 6.01 - DIREITO
- 6.02 - ADMINISTRAÇÃO
- 6.03 - ECONOMIA
- 6.04 - ARQUITETURA E URBANISMO
- 6.05 - PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL
- 6.06 - DEMOGRAFIA
- 6.07 - CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
- 6.08 - MUSEOLOGIA
- 6.09 - COMUNICAÇÃO



**7 - CIÊNCIAS HUMANAS**

7.01 – FILOSOFIA  
 7.02 – SOCIOLOGIA  
 7.03 – ANTROPOLOGIA  
 7.04 – ARQUEOLOGIA  
 7.05 – HISTÓRIA  
 7.06 – GEOGRAFIA  
 7.07 – PSICOLOGIA  
 7.08 – EDUCAÇÃO  
 7.09 - CIÊNCIA POLÍTICA  
 7.10 – TEOLOGIA

(\*) **OBS:** - As pesquisas das áreas temáticas 3 e 4 ( novos fármacos e novos equipamentos ) que dependem de licença de importação da **ANVS/MS**, devem obedecer ao seguinte fluxo- Os projetos da área 3 que se enquadrarem simultaneamente em outras áreas que dependam da aprovação da **CONEP**, e os da área 4 devem ser enviados à **CONEP**, e esta os enviará à **ANVS/MS** com seu parecer.  
 - Os projetos exclusivos da área 3 aprovados no CEP ( Res. CNS 251/97 – item V.2 ) deverão ser enviados à ANVS pelo patrocinador ou pesquisador.

**8 – LINGÜÍSTICA, LETRAS E ARTES**

8.01 - LINGÜÍSTICA  
 8.02 - LETRAS  
 8.03 - ARTES

6.10 - SERVIÇO SOCIAL  
 6.11 - ECONOMIA DOMÉSTICA  
 6.12 - DESENHO IDUSTRIAL  
 6.13 - TURISMO

(\*) **NÍVEL : ( Folha de Rosto Campo 4 )**

(P) Prevenção  
 (D) Diagnóstico  
 (T) Terapêutico  
 (E) Epidemiológico  
 (N) Não se aplica

## ANEXO II



Governo do Estado da Bahia  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

---

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-SESAB

Salvador, 27 de setembro de 2004.

Ofício nº 24 / 2004

**ESTIMADO**  
**SR. EMERSON GOMES GARCIA**  
**PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

**Projeto de Pesquisa:** "A Sistematização da Consulta de Enfermagem no PSF".  
**Pesquisadora Responsável:** Emerson Gomes Garcia  
**Orientador:** Álvaro Pereira  
**Instituição:** Secretaria Municipal de Saúde.  
**Situação:** Projeto aprovado

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

O projeto pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, entretanto, devem ser observadas as orientações do consultor quanto à complementação das informações.

Nesse sentido, após a incorporação das sugestões, uma cópia do projeto deverá ser reencaminhada a este Comitê para o seu acompanhamento.

Atenciosamente,

**Ana Maria Fernandes Pitta**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP  
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB

## **PARECER TÉCNICO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA SESAB**

**TÍTULO DO PROJETO: A Sistematização da Consulta de Enfermagem no PSF**

**AUTOR: Emerson Garcia**

**ORIENTADOR: Álvaro Pereira**

**Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Universidade Federal da Bahia, com requisito para obtenção do título de mestre.**

### **PARECER:**

A proposta de pesquisa aqui avaliada tem como objeto de investigação a padronização da Sistematização da Assistência de Enfermagem na modalidade da Consulta de Enfermagem aos usuários assistidos pelo Programa de Saúde da Família – PSF, tendo em vista estabelecer a necessidade de sua sistematização e analisar os fatores que interferem na implantação desta sistematização. O pressuposto que justifica o enfoque escolhido é a importância da consulta de enfermagem para a compreensão dos aspectos sócio-históricos, ético-legais e técnico-científicos que interferem na determinação da institucionalização legal da saúde do paciente e da família.

O estudo contempla o PSF nos bairros pertencentes ao Subúrbio Ferroviário de Salvador, que tem uma população de 317.849 mil/hab e onde trabalham 31 equipes de saúde da família. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, para o qual serão utilizados: pesquisa bibliográfica e história oral (temática híbrida) fundamentada em dados secundários e em dados primários selecionados a partir de entrevistas semi-estruturadas. A amostra é intencional contemplando 10 enfermeiros de 10 equipes do PSF implantadas há mais de 01 (hum) ano.

Quanto aos aspectos éticos, observa-se que o autor apresenta a documentação pertinente e necessária à análise. O processo de coleta de dados obedece ao princípio do anonimato, da autonomia e do respeito ao sujeito da pesquisa, sendo o roteiro da entrevista apropriado ao objeto de investigação, sem qualquer interferência que possa ofender ou constranger o sujeito da pesquisa. O consentimento livre-esclarecido atende as normas da CONEP e Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde /CNS. Entretanto para que fique claro ao entrevistado de que forma os dados coletados serão utilizados na pesquisa, recomendamos uma breve explicação do método da história oral.

Considerando os argumentos acima, o nosso parecer é de que a proposta de pesquisa atende perfeitamente às normas e padrões éticos. Na oportunidade em que, como contribuição, sugerimos uma revisão de texto.

Lembramos ainda que, para o acompanhamento da Pesquisa deverão ser apresentados a esta CEP, o relatório parcial e final.

Atenciosamente.

## ANEXO III

### Entrevistas Transcritas

#### Enfermeira 1

**Pergunta 1:** Conte a história de implantação desta equipe de PSF.

**Resposta:**

*Bom, a gente começou... nós viemos para a área em setembro. Setembro de 99, se eu não me engano. Nós temos quatro anos e meio, e eu fui da última equipe a chegar, minha equipe foi a equipe quatro (4); já tinham as três (3) outras equipes aqui. Quando eu cheguei a parte de territorialização já estava pronta, já estava definida, então, eu já sabia qual era minha área definida. Só fui fazer a parte de contagem de casas, não sei se isto interessa, parte da contagem das casas, das ruas e dividir para os agentes comunitários. Tive dificuldade porque a parte que me delimitaram foi muito extensa e, como a gente só podia pegar na época até 200 famílias por cada agente, (isso reduziu agora para 150), então, tiveram ruas que eu não pude pegar, tive que deixar de fora, comuniquei que não ia dá pra pegar, quando a gente fez a contagem das casas. Os agentes comunitários eram todos novos, porque eu fui do PACS, então eu tinha uma noção má do que era o PSF. A médica que veio trabalhar comigo também não era do PCS que não existia também. Foi uma novidade pra ela e as duas auxiliares também não trabalham nesta parte, só unidade básica mesmo de saúde. Fizemos um treinamento juntos. A equipe toda fez um treinamento junto e aí eu fui realmente treinando os agentes. Eles tiveram um treinamento básico, tipo um treinamento de atenção à saúde da criança, como trabalhar com isso, atenção à saúde da mulher, os treinamentos mesmo de hipertenso, de diabético, de tuberculose, fui aos poucos fazendo isso. Depois que os meninos cadastraram os pacientes, fizemos um treinamento de visita domiciliar, fui fazendo com eles a visita domiciliar ou como era que funcionava. Isso também com a médica e as auxiliares da equipe. A gente começou a traçar o esquema de trabalho mesmo. Então, começamos a fazer uma escala. O que a gente vai fazer segunda de manhã? O que a gente vai fazer segunda de tarde até a sexta-feira? Isso já veio assim meio definido do curso. A gente teria cinco períodos na comunidade e cinco períodos na unidade. E então, pronto, começamos a fazer um diagnóstico de nossa comunidade, da nossa área, o que tinha mais, as doenças, problemas. A gente identificou isso, e depois começamos a trabalhar. A gente começou a fazer logo no início, ainda no treinamento, uma palestra com a comunidade, com a nossa área. Os agentes os chamaram e a gente explicou para eles o que seria o PSF, como seria implantado e depois a gente deu continuidade. Começamos a marcar os grupos, formar os grupos. Formamos grupos de hipertensos, grupo de gestante, grupo de adolescente. Aqui a gente identificou tinha um grupo até bom de adolescentes. Agora, infelizmente, com essa reforma, caiu um pouco e com a falta de contraceptivos também, porque aqui tinha muitas adolescentes grávidas e a gente precisava fazer algum trabalho com isso. E foi ótimo. No início a gente conseguiu fazer até um trabalho legal, e pronto. Depois a gente continuou encaminhando aí... as coisas, os serviços. A gente fazia as consultas, a gente dividiu as consultas, tinha consulta médica e de enfermagem, então, no curso, “ela” orientou que a gente trabalhasse junto, médico junto com enfermeira, no mesmo período, para poder a médica e a enfermeira também estar juntas na comunidade, juntas nas sessões educativas e tudo mais. Então a gente trabalhava juntas. Num consultório ficava eu, no outro consultório*

ficava minha médica. Então, quando eu precisava de um auxílio da médica no momento de uma consulta minha, que eu tivesse alguma dúvida ou algum paciente que a enfermagem, a minha parte, não pudesse ser resolvida, por completo, eu passava para ela, e ela dava continuidade no tratamento, no diagnóstico do paciente. A gente dividiu assim também o pré-natal. Pré-natal, puericultura e planejamento familiar ficavam comigo, e para a médica ficavam os pacientes idosos, hipertensos, diabéticos e aqueles pacientes com alguma patologia fora essas que a gente conversou. Então, ela ficava atendendo, mas nunca funcionava esses 100%. Às vezes ia pra ela também, como ia pra mim. Depois, a gente foi tendo os treinamentos, treinamento que a gente teve de gestante, tive de gestação de alto risco, a minha médica não teve, mas eu tive. **Tem que ter no mínimo duas consultas médicas durante a gestação, então eu quero levar isso mais a sério, porque passarão só por mim, a não ser que tivesse alguma complicação maior, eu passava pra médica e falava: o que você acha? Pra ela ter uma opinião também, às vezes eu referenciava uma gravidez de alto risco.** Ela às vezes nem via a paciente, então, eu queria levar mais isso a sério dela. Infelizmente a gente está desse jeito. Passa por mim na 1ª, na 2ª, quando for entrega de exame, passa pela médica e uma outra no 8º e 9º mês de gestação. E na puericultura eu via as pacientes, os recém-nascidos todo mês até completar um ano. Planejamento familiar passava por mim. Hipertenso e diabético passavam pela médica, a segunda consulta podia ser comigo, a consulta subsequente eu transcrevia a receita se o paciente tivesse evoluído bem, normal sem problema nenhum, eu transcrevia. Se precisasse, o paciente que não tivesse compensado, eu achava que estava precisando, achando que precisava alterar as medicações, eu passava para doutora R. Paciente de tuberculose, ou eu ou ela, paciente de Hansen ou eu ou Drª R. que é minha médica. Começamos a colher preventivo. O preventivo foi uma história interessante, porque foi num período onde teve a campanha, essas campanhas que tem. E aí a gente tem que colher, tem que colher, ninguém teve treinamento de coleta de exame preventivo, “Ah! Mas tem que colher!”, a gente fez um treinamento teórico, mas a gente não fez um treinamento prático, o que eu acho que a gente tinha que passar. Foi um treinamento muito bom, mas agente não teve a parte prática desse treinamento. **“Ah!, mas você então vai procurar um lugar para fazer treinamento!”**, inclusive eu cheguei até a ir a um posto que eu não me lembro o nome, mas chegou lá não tinha preventivo no dia, não tinham marcado, não sabia por questão de alteração de horários e, não pude fazer. Resultado, uma colega minha fez, conseguiu fazer um, e aí eu... não quero nem fazer. Não, vai fazer?! isso é um absurdo, uma falta de respeito, por que não bota um treinamento pra gente fazer. Mas aí, naquela história de ficar com pena do paciente que quer fazer, daí a gente está com o material todo aqui, só precisa a gente querer. Aí eu fui na fé e na coragem, peguei uma colega minha e disse: me oriente então na parte técnica. A gente fazia. Talvez não fizesse 100% mas os preventivos vinham com os resultados. Às vezes quando não é satisfatório mandam repetir e tudo, graças a Deus eu mesma não peguei. Então, aprendi com a cara e a coragem. Comecei a fazer os preventivos, minha médica também aprendeu e **a gente começou a fazer os preventivos assim, na tora mesmo.** Eu sinto falta, a gente tem alguns treinamentos, eu sinto falta de treinamento de atenção à criança que eu não tive o (AIDIPI)<sup>2</sup>. Eu não tive treinamento até hoje, então quer dizer, você sabe que a enfermeira passa por esses processos aí absurdos, por esse transtorno, principalmente na saúde pública das prescrições; **a gente pode prescrever? O que a gente pode prescrever? Até onde a gente pode prescrever?** Então, dizem que na unidade de saúde você tem os próprios programas onde você pode prescrever, mas, às vezes, por exemplo, um hipertenso tem que passar primeiro pela avaliação do médico, ela passar e você manter a prescrição. A atenção ao adulto, o que a enfermeira pode prescrever num paciente adulto fora dos programas, então, chega uma paciente com crise de

---

<sup>2</sup> Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância.

*garganta, alguma coisa do tipo, o que eu posso prescrever? Não tivemos treinamento pra isso. No PSF a enfermeira atende igual a médico, então esses pacientes também vêm pra mim. Está agora direto aí, saindo de novo. Teve um lá em administração falando daquela história que pode, e não pode, foi suspenso, porém o COFEN vai lá e diz que pode, você pode prescrever e tal, eu me sinto insegura ainda de fazer certas prescrições e agora eu estou levando isso a sério. Então assim, a minha médica às vezes fica meio chateada comigo. Eu digo não, eu não vou prescrever porque eu não posso, eu não tenho...eu não sei até aonde eu posso. A gente já pediu uma normatização do PSF, as atribuições da gente, **o que a enfermeira pode fazer por lei e tudo mais**. Eu confesso a você, eu já tive problema no COREN, não por esses motivos e eu fico com medo de alguém botar algum problema de novo pra mim, entendeu? Então, às vezes eu prescrevo, por exemplo, antibióticos, o que a gente pode prescrever, pra que patologia? Quer dizer, tem coisas que realmente eu sinto dificuldades, então eu não vou colocar minha mão, eu passo pra médica, entendeu? No que eu acho que eu sou capaz, no que acho que eu posso às vezes pra facilitar a vida do paciente, a gente até prescreve. Às vezes eu sei que eu tenho que prescrever, mas se eu não fui treinada pra isso.*

**Pergunta 2:** De que modo você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?

**Resposta:**

*Bom, então é... Puericultura, eu faço tudo o que a gente faz, o que a gente precisa avaliar num R/N, faço a parte de investigação com a mãe, pergunto à mãe sobre alimentação, sobre eliminações, se o menino está aceitando bem a dieta, se está amamentando, pergunto sobre a parte de higiene, lava a roupa da criança com o quê quando é recém-nascido?, usa perfume?, usa sabão?, usa que tipo de sabão para lavar a roupa?, passa o ferro? Dou essas orientações de higiene, examino a criança da cabeça aos pés. Se eu acho que tem alguma coisa alterada e aí eu observo, faço anotação. E se for uma criança que tem uma amidalite, que tem uma faringite, que tem alguma coisa que eu consiga identificar e que eu consigo é... que eu posso conseguir, por exemplo, se a médica está aí eu passo a informação para médica. Se for uma paciente de verminose, eu medico, a gente medica, a gente sabe, a gente faz a medicação. Paciente com anemia a gente medica, tanto adulto quanto criança. Verminose a mesma coisa, tanto adulto quanto criança. No caso da criança se vem com alguma queixa de infecção urinária a gente medica. **Agora, eu vou dizer a você: eu fui treinada para isso com criança? Não, não fui treinada.** Agora, o que eu faço? No início eu chegava para minha médica e dizia: Olhe, aconteceu isso, está com piócitos de tanto, o que eu faço? Medico? Posso medicar? Por que? Entendeu? Quer dizer, eu sei, até porque eu tenho duas filhas, eu sei medicar, a gente estuda farmacologia, a gente sabe qual a parte, mas até aonde eu posso ir pela lei. Porque eu queria andar certo, entendeu? Porque eu mesma sou alérgica a ácido acetilsalicílico, à dipirona e ao paracetamol. Se eu tomar, eu morro. Eu não uso remédio nenhum para dor, curto a minha dor. Se eu passo um remédio para esse paciente e esse paciente tem um problema com a prescrição da enfermeira, será que eu podia medicar ou não? Você sabe, eu não posso ser processada por isso? Posso ser processada porque passei e ela teve reação e eu não perguntei. Se lá, um exemplo. E posso porque eu como enfermeira não podia medicar e estava medicando. Não é verdade? Então eu fico preocupada. Ultimamente eu estou muito preocupada com isso, porque o tempo todo eu estou vendo palestra disso, médico botando enfermeira... Botando receita de enfermeira lá, que não pode medicar, o médico, infelizmente no nosso caso... e, mas o que eu posso resolver pra facilitar a vida do paciente, eu faço dentro da consulta.*

**Pergunta 3:** Todas as etapas da consulta preconizadas são cumpridas?

**Resposta:**

*Pois é, se você me perguntar agora quais são as etapas certinhas, eu não sei lhe dizer, mas eu faço a parte de perguntas, os questionamentos, a queixa. Valorizo a queixa do paciente, ou da mãe que vem falar da criança, escuto, faço algumas perguntas para complementar o que precisar, faço exame físico todo e avalio os exames. Essa parte toda eu faço. O entrevistador interpela: então só essas três partes que você faz dentro da consulta? Resposta: é.*

**Pergunta 4:** Você conhece a importância de ter sistematizado a consulta?

**Resposta:**

*Olha, confesso que eu sinto falta disso. Aí vem! Quando eu entrei aqui... porque eu acho que eu sou nova nesta parte... quatro anos é pouco diante da dificuldade. Pra você ver, eu tenho quase dois anos fora da unidade. Ficamos aí uns cinco meses até você cadastrar todo mundo e, **eu mesma não sabia, eu entrei no PSF sem saber o que era a consulta de enfermagem.** No hospital você não faz isso. Na faculdade eu não fiz consulta de enfermagem não. **Na saúde pública, dentro da faculdade eu fiquei dentro de uma creche.** Com uma professora que eu esqueci o nome, que ensinava a gente a dar banho, ora de chuveiro, eu estou falando isso que é para poder entender. Antigamente era assim, você dar banho de chuveiro. O banho pode ser de chuveiro com a água aberta ou de chuveiro ensaboado, um absurdo, e a única coisa que eu ganhei de saúde pública foi catapora que eu peguei na creche, acredite! Com 19 anos, eu acho, ou 20 eu peguei catapora, então não tive, não tive. **Saúde pública pra mim foi uma negação na faculdade, uma negação.** Então, quando eu entrei na prefeitura eu era enfermeira de um posto de saúde. O que eu vou fazer aqui, eu perguntei, não sabia nada, eu falei logo, não entendo nada de saúde pública, não sei nada, nem esquema vacinal eu sabia, eu não tinha filho, entrei grávida. Quando eu entrei em saúde pública eu tinha acabado de sair do hospital, enfermeira de unidade de clínica médico-cirúrgica que é totalmente diferente, ainda mais de hospital particular. Aí eu falei: eu não sei, não. Não tem problema! Aí, na época deu azar da gerente da unidade cair doente, precisou fazer uma cirurgia cardíaca e eu fui gerente da unidade. Quer dizer, já entrei assim, não tinha essa parte de consulta de enfermagem e quando apareceu o PACS, a gente fazia uma consulta, mas eu também não sabia como funcionava. Como é que funcionava a consulta? Não, você na verdade faz a parte de sessões educativas, treinamentos e tal e, no meu posto, não funcionava pré-natal porque não era... era unidade básica 1, tipo 1, sei lá, era pequena, então não tinha pré-natal, não tinha planejamento familiar, não tinha método contraceptivo nenhum, não tinha nada lá. Só tinha clínica médica, que era da médica que estava lá. Então, quer dizer, eu faço o quê aqui na parte de consulta? Não sei o que eu faço e aí eu encaminhava os que precisavam de um atendimento clínico pra médica, depois eu soube que eu podia passar exame, no hospital eu não posso dar nem uma dipirona. Se o paciente tiver febre, tem que esperar o médico de plantão chegar. Se eu fizer eu estou errada, então, lá podia prescrever, mas eu não prescrevia, não sabia se eu podia, o que eu podia e não podia no PACS. Ah! Quando foi no PSF, pronto, você tem que atender o paciente. O que eu vou fazer dentro de um consultório eu não sei, sinceramente eu não sei o que eu tenho que fazer num consultório, então dizer o que segue numa consulta bonitinha, eu não sei.*

**Pergunta 5:** Que fatores positivos ou negativos você identificou na viabilização desta consulta?

**Resposta:**

*Olha... Aqui há uma coisa que eu acho que pode ser legal... talvez não agora que a gente está nesse tumulto. Por exemplo, eu sinto falta de um papel próprio, a gente tem ofício de atenção à criança, a gente tem ofício de atenção ao adulto, a gente tem um impresso de planejamento familiar, de atenção à mulher, e tudo bonitinho, mas esses impressos nunca apareceram pra gente. Aí você pede, não tem mais e tudo mais. Nunca aparece, às vezes aparece um direitinho. Inclusive, como agora a gente vai mudar, eu já disse, a gente vai fazer prontuário novo de todo mundo, até porque minhas famílias vão mudar e a gente vai mudar esses prontuários. Gente, eu quero um prontuário decente, você viu os prontuários, como estão, não viu? **É uma negação, eu tenho até vergonha de mostrar aquilo ali.** Então quer dizer, ninguém é assim. Você viu que escrever naquelas folhas que você não consegue nem entender pelo fato das folhas têm umas coisas atrás. Não tem folha. Pode ser pelo menos uma folha de ofício, que está em branco e você consegue escrever. Aqui a gente trabalha muito com folha de ofício pra fazer evolução. Então, não tem aquela folha de capa que você bota atenção à criança e descreve tudo sobre a criança e tudo mais, certo? Não funcionava e isso eu ainda não consegui fazer funcionar. Então, às vezes eu pego o paciente para preencher aquilo tudo bonitinho, mas quando passava pela médica já não funcionava tudo direito. Se reparar tem três prontuários. “Ela” às vezes não vê o prontuário, e às vezes não tem paciência, pega uma folha em branco e anota, entendeu? Infelizmente o médico não é igual ao enfermeiro. O enfermeiro é pouco mais organizado. Eu pego uma folha, eu tenho que pegar uma folha nova para o prontuário, eu vou grampear para folha não ficar solta, mas aí não, deixa a folha solta, alguém vê e nem bota nem nome, nem nada. Então, você fica: meu deus de quem será? Você vê a idade, compara com o que tem lá e vise-versa. Aí eu grampeio. Então, quer dizer, ninguém se incomoda com isso e eu sinto falta disso. Esse seria um ponto negativo, essa falta de organização do prontuário. Certo que eu preciso do apoio de todo mundo. Eu falo por mim, eu sinto falta, entendeu? Eu não gosto de escrever no prontuário. Se a gente tem folha para tudo, por quê não funcionam as folhas? Ali a gente tem a história do paciente, se o paciente é nosso. Esses pacientes são meus há quatro anos e meio. Então, eu não podia ter uma folha preenchida bonitinha?. Fora a folha, a ficha “A” que fica na mão do agente, então isso aí facilita pra gente. Eu tenho um hábito assim. É um ponto negativo você não ter material pra fazer consulta. Você quer fazer uma consulta um pouco mais detalhada, por exemplo, eu agora tenho um estetoscópio infantil, porque não tinha nem um estetoscópio. Às vezes eu tinha que pegar da menina, quando ela tinha. Quando ela verificava pressão, peguei otite, hoje não tem nem álcool, porque às vezes não tem álcool aqui, entendeu? Não tem sabão, você viu que não tem sabão nenhum para lavar a mão. Só aquele sabão de coco ali que colocaram, que nem aquilo tinha. Às vezes, nem tem lençol de papel, você tem que colocar o paciente deitado. Aí deita um, aí deita outro no plástico do colchão porque não tem. Isso eu acho ruim, eu fico chateada com isso, porque a gente tem de dar o mínimo de atendimento decente para o paciente. Então isso é uma complicação. Às vezes falta, por exemplo, agora para gestante eu não tenho o sonar. O sonar está sem pilhas; aí eu consegui até umas pilhas e as pilhas sumiram. Então, se eu quiser eu compro do meu bolso e vou botar as pilhas. Não temos Pinard. Às vezes falta luva, é como eu te falei, às vezes falta luva para você atender o paciente, porque não tem água, às vezes não tem sabão e não tem papel toalha. Então como é que você examina um paciente, sem você poder lavar a mão, sem você se precaver de se contaminar e contaminar o paciente também? Quantas vezes eu peguei escabiose aqui? Quantas? Quantas vezes as minhas colegas já pegaram escabiose aqui? Dr<sup>a</sup> O. já pegou escabiose aqui que ela teve que ficar afastada, porque ela ficou toda. Entendeu? Provavelmente pegamos aqui, certo?. A higiene aqui, não tem higiene, agora então é o que eu digo, você veio num período em que eu estou terrível, eu estou me sentindo...porque não tem nenhuma higiene, então eu não sei quando foi que limparam esta cadeira aqui, às vezes*



um menino faz xixi aí e não tem uma pessoa pra limpar. Às vezes só tem água pra passar e só passa água, quer dizer,  **você se sente animado pra fazer uma consulta adequada? Ficar aqui, estimulada, botar o paciente na mesa pra examinar e tudo mais? Não se sente.** Você viu o calor que a gente passou aqui? Ou você tem um ventilador ou a porta aberta que não dá privacidade ao paciente, ou você fica sufocado numa estufa. O meu consultório é o outro. Esse aqui é da minha médica. Ela está de férias, por isso eu estou aqui, mas o meu é o outro. Se você reparar, a mesa fica exposta para a janela, aí eu tenho que fechar a janela para examinar o paciente e só tem um ventilador, da médica. Até porque o ventilador só vai até ali. A tomada é trifásica, não sei lá o que, e tudo mais. Disseram-me isso, entendeu? Já pedi um ventilador, eu sou altamente alérgica, tenho rinite alérgica, eu disse Ah! Prefiro um ar condicionado. Ah! Não, pois vai ficar pouco tempo. Estamos aqui há quanto tempo? Um ano e, ... quase dois anos fora da unidade e aqui eu já tenho não sei quantos meses, então quer dizer, tudo isso dificulta. Outro dia eu saí daqui acabada da garganta porque eu deixei a janela aberta, a poeira entrou toda, fiquei que não parava de espirrar e com a garganta incomodando, porque tudo isso é um desconforto, então a gente vem e eu até digo aos pacientes: ó a gente está vindo na marra, porque é uma falta de respeito tanto pra o profissional, quanto com o paciente. Chega aqui muitos pacientes viciados, que eu já estou tirando isto, de vir aqui só querer fazer exame. De 6 em 6 meses o pessoal aqui quer fazer exame, então eu já estou cortando esses pacientes. Então assim eu digo: ó gente nós vamos ver a prioridade, vamos atender as prioridades. O certo era a gente fechar. Vamos fechar, vamos pra secretaria pedir uma unidade decente para atender. Eu faço isso e os outros não fazem então acaba ficando nisso. Os fatores positivos da consulta, bom, repare... o planejamento... Posso falar por etapa? Planejamento familiar é a parte que eu adoro. A gente melhorou muito. Eu gosto muito de adolescente também. Eu gostava muito de fazer palestra com os adolescentes e a gente tinha uma média de 15 adolescentes grávidas de 15, 16 e 17 anos e a gente conseguiu abaixar isto para duas adolescentes. Hoje eu tenho, se não me engano, 1 ou 2 adolescentes com 15 e 16, não, minto, ela pariu. Acho que eu não tenho mais, então, melhorou muito, porque com as palestras, com as sessões educativas que a gente fazia, a gente abriu espaço para elas chegarem à nós. Então a gente fazia aconselhamento, fazia aconselhamento em grupo e individual, chamava você, você quer fazer um método, venha cá, vou te explicar, é assim é assado, de vários tipos. Algumas escondem da mãe, do pai, dos parentes, e chega pra gente e se abrem, então a gente conseguiu ver a importância disso, do método pra ela evitar uma gravidez e pra ela evitar outras coisas como doença também. Eu sinto que essa consulta precisa ter, certo? Então, eu gosto da consulta porque o paciente vem até a mim, porque é melhor do que ela sair para comprar o anticoncepcional, eu sei que ela pode comprar na rua, mas aí ela tem uma orientação mínima que a gente dá a ela, a gente a examina, a gente solicita os exames, eu faço essa parte, então isso tudo é positivo, com certeza. Têm pacientes aqui de planejamento que só querem vir pra mim. A gente vira confiante, então eu acho isso legal, a confiança que ela tem com a gente e depois disso, tinha umas que fizeram aborto e hoje em dia não fazem mais porque usa anticoncepcional. Uma que ia fazer e desistiu porque conversou comigo e a gente conseguiu fazer com que ela levasse a gravidez à diante. Quantos VDRLs positivos a gente descobriu. No planejamento familiar a gente pede os exames de rotina e inclui o VDRL. Então, claro que esse fato é importantíssimo. Na puericultura a gente orienta a mãe, a mãe que está... Não está amamentando, a mãe não consegue amamentar, a gente está aqui, a gente orienta a mãe, a gente bota o neném para mamar na nossa frente, fica aqui a consulta toda mamando. Olha mãe, tá vendo que o menino mama! Tá vendo que não tem problema! Tem que ter paciência e tudo mais. Na puericultura, o neném vem com um mês. A gente já oferece um método de contraceptivo para mãe. Pergunta se ela quer, se ela está com vontade. Às vezes ela nem se lembra disso se a gente não perguntar: você não quer não? Elas respondem: Eu quero. A

*mãe vem para a consulta do neném e já sai daqui atendida, medicada e tudo mais. E as alterações com o neném, assadura, neném com fimose. Hoje mesmo peguei aqui um neném que a mãe não puxava a “pelezinha” e o neném estava cheio de secreção. A gente dá outras orientações. É importantíssimo o aumento de peso e se a vacina está em dia. Peguei hoje uma menina que estava com o cartão de vacina atrasado, aí eu já digo a ela venha aqui para tomar vacina, já é oportunidade e isso é importantíssimo. O pré-natal... Pré-natal eu amo fazer pré-natal. Gosto de fazer pré-natal caprichado. Ela faz aqui todos os exames, todas as consultas. Observo peso, encaminhado pra vacina. A gente tinha muitos problemas aqui com elas para tomarem vacina. Hoje em dia a gente já não tem problema de tanto que a gente fala, então com certeza, eu acho a minha consulta importantíssima. Eu sei que a médica com certeza vai fazer tudo isso e tudo ela não faz sozinha. Então eu me sinto muito importante nessa parte também.*

## **Enfermeira 2**

**Pergunta 1:** Conte a história da implantação desta equipe de PSF.

### **Resposta:**

*Deixe-me reportar à quatro anos atrás. Bom... No início foi assim... De muita expectativa, de muita vontade de trabalhar em cima disso. Nós tivemos um treinamento introdutório. Eu particularmente, fiz a especialização em saúde da família e vim com muita... Aquela coisa, aquela agonia toda, aquela vontade realmente de trabalhar um pouco e dentro realmente da proposta do que é o programa de saúde da família. A demanda é muito grande, os dois primeiros anos foram assim de uma tentativa de reestruturar. Existe uma demanda muito grande, toda uma história mesmo de curativo, a coisa curativa. Eram muitas crianças doentes, escabiose, o tempo todo infecção respiratória, mães que não amamentam, no máximo um mês de amamentação, então a gente tinha muitos programas de saúde. Era coisa assim de demanda muito grande. E a gente começou todo um trabalho educativo. Particularmente, não estou falando em relação às equipes todas, não. Só da minha equipe. A gente começou todo um trabalho educativo assim, muito intenso nesse período, principalmente com as mães. A gente praticamente começou com as mães nesse trabalho mesmo de cuidado com a criança, da importância da amamentação. O pré-natal foi outra coisa assim muito trabalhada em relação até à química de amamentação, onde a gente tem todo um trabalho educativo em cima disso. As mães anteriores que amamentavam participam também dessas orientações; é uma coisa assim muito interessante. Com o tempo... No início a gente tinha muitos recursos... Depois de dois anos, começou a faltar as coisas. E aí começa a faltar isso, começaram a faltar isso, muitas coisas foi ficando pendente, principalmente tipo assim: se você tem atendimento de pré-natal, você não tem Sulfato ferroso, você não tem uma polivitamina, você não tem um dramim toda hora, planejamento familiar você não tem métodos. Hoje tem quase dois anos que a gente não recebe nada dos contraceptivos de forma regular. Por outro lado, ainda existe certa exigência em termos de atendimento, em termos de você não ter gestante... é... adolescente engravidando, mais ou menos um tempo essa demanda não satisfaz... o insumo que vem... então, isso foi ficando um pouco desgastante. Quando começou a implantação aqui foi uma delícia, foi muito bom, as equipes estavam muito mais unidas, estava todo mundo naquela empolgação de realmente fazer um trabalho diferente. Nós visitamos toda a área de territorialização, fizemos mapeamento, fizemos mapa de isopor, delimitando as áreas de risco e isso facilitou bastante o início dos trabalhos. A gente foi tentando organizar.*

**Pergunta 2:** De que modo você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?

**Resposta:**

*No início eu e a médica, a gente atendeu de uma forma geral. Na parte de enfermagem, foi um pouco confuso pra mim em termos de acompanhamento e sistematização da assistência, eu ficava assim meio... porque tinha aquela coisa ah! Tenho que atender todo mundo, tem que atender todo mundo, e a gente não tinha uma experiência maior. De uma maneira geral,, tínhamos dificuldade em atender o idoso, de atender um paciente com tuberculose, com hanseníase. Inicialmente eu tentava e às vezes me sentia assim muito insegura, às vezes sem esse conhecimento, apesar de que, a gente tinha nesse período um apoio técnico. Depois, foram surgindo assim de dois anos pra cá as novas equipes e a gente ficou relegado um pouquinho em termos desse acompanhamento, dessa educação continuada, salvo hipertensão e diabetes que a gente tem uma regularidade pela outra instituição, que não é essa diretamente a Secretaria de Saúde, mas pela Secretaria do Estado. E, assim... chegou a época que eu disse: não, (a médica) vamos dividir isso aqui, e aí eu fiquei mais com acompanhamento de crianças menores de dois anos. Essa parte toda de puericultura, o pré-natal, fechando as duas consultas com ela no início e no final. Hoje isso não é bem seguido. Às vezes eu atendo gestante, quando vai lá no final é que a gente vai fazer uma consulta com ela, não por necessidade pois ela já viu que não há necessidade, e como a gente trabalha com a nossa equipe, a gente tenta trabalhar junto, por exemplo, tudo de atendimento a gente trabalha junto, porque qualquer necessidade que eu tenha na hora, eu estou com a gestante, estou com a criança, eu já vou diretamente a ela. Como a gente está aqui na paróquia, meu consultório é este, então, essa disponibilidade que eu tive aqui hoje que você viu, de atender, de examinar, de encaminhar, botar na mesa é porque eu estou aqui hoje, mas quando eu estou lá, fica mais difícil ainda, porque ela está aqui. A gente priorizou o atendimento dela por ser um atendimento mais dessa necessidade clínica de examinar. Fica deficiente o atendimento lá do outro lado, porque eu não tenho recursos materiais. A maca está quebrada, balança quebrada e essas questões que interferem no trabalho em si, principalmente do exame clínico. E a gente tentou organizar, fazer uma semanas típicas de atendimento. Fica uma coisa mais aberta, então, a gente faz a semana da criança onde a gente só atende praticamente criança. Eu atendo criança e ela também, a gente programa semanalmente. Eu tenho a semana da criança onde a gente vai trabalhar criança e mães, a gente tem a semana do pré-natal, que é essa semana que a gente está tendo, e a semana do planejamento que se estende por mais duas semanas porque tem uma demanda maior em relação aos outros e fica uma coisa assim mais livres em relação a atendimento extra.*

**Pergunta 3:** Todas as etapas da consulta preconizadas são cumpridas?

**Resposta:**

*Fielmente eu vou dizer... eu vou estar mentindo... fielmente assim, eu não sigo, não. Eu fico... tento saber dentro do meu conhecimento, dentro da minha forma de ser, de como ser profissional, tentar estar o mais próximo disso. O entrevistador questiona se a enfermeira conhece as etapas da consulta e ela responde: da entrevista, da anamnese, exame físico, sempre seguiu dessa forma no primeiro momento. E o momento de orientar, mistura um pouco de anamnese com as orientações. É uma coisa que me facilita às vezes, mas diante da queixa dessa paciente, eu já vou orientando no que eu puder orientar naquele momento.*

**Pergunta 4:** Você conhece a importância de ter sistematizada essa consulta?

**Resposta:**

*Acredito, acredito. O que eu vejo como impedimento em relação a isso é o tempo. Acho que para você estar com o paciente, principalmente em termos do objetivo do Programa de Saúde da Família, é uma coisa que eu sinto assim que a gente se afastou, ou talvez a gente esteja afastada um pouco nesse momento, até pela demanda. Se a gente se cada profissional também tem seu tempo, seu ritmo, e assim, em cada 15 minutos pra mim é inviável. Tento buscar, tento estar trabalhando isso, então assim, na consulta de enfermagem, para fazer toda essa avaliação, todas essas orientações com mais tranquilidade, relembrar essas coisas anotando, eu acho que exige mais, então, vai lá o que? Em 8 consultas se a gente for calcular, sabendo que tem paciente que a gente vai precisar de mais tempo, principalmente quando ter que atender 16 pacientes, você tem que atender... isso muitas vezes dificulta a sistematização. Então, às vezes você atropela, por essa falta de tempo. Por outro lado, o único impresso que eu gosto e que está em falta é o de saúde materna. Acho que um impresso assim que ajuda bastante você sistematizar, você seguir aquela seqüência de questionamentos e que sem ele, às vezes eu me perco, não faço determinadas perguntas. E um prontuário que nos ajude nesse sentido... eu particularmente não gosto da elaboração de alguns prontuários que se tem, às vezes não ajuda na consulta.*

**Pergunta 5:** Que fatores positivos ou negativos você identificou na viabilização desta consulta?

**Resposta:**

*Da consulta, você fala... vou dizer até o momento. Primeiro, o espaço físico seria um fator positivo, aliás, uma necessidade. No caso, um fator negativo seria a não disponibilização de uma sala de consulta, pois a gente está aqui em uma unidade provisória há um ano e meio, então isso impede muitas vezes ou... [estar especificamente com o paciente, esqueci o que eu ia falar agora]. Toda hora está entrando aqui, porque está tudo aqui dentro, toda hora a auxiliar tem que entrar, às vezes chega o agente comunitário; gente espera aí... que eu preciso pegar isso aqui e a gente está atendendo o paciente. Então, essa necessidade eu sinto e gosto de estar na minha sala fechada. Por exemplo, quando a gente estava lá na unidade, eu tinha minha sala. **Então entrava um quando chegava, fechava a porta, porque eu estava com o paciente e isso atrapalha.** Vários profissionais juntos faz com que a gente perca facilmente a atenção. Concentrando-me com o paciente fica bem melhor. Dessa privacidade eu sinto falta. Às vezes, eu estou atendendo alguém, aí tem um monte de gente e eu digo: esperem aí por favor, aqui é o lugar que eu estou atendendo. Eu estou com paciente e, às vezes, outro paciente está querendo vir. Isso às vezes me deixa um pouco... desconfortável. Material às vezes está OK, está ótimo, a gente às vezes fica feliz. Tem tudo, mas daqui a pouco não tem nada. Às vezes falta sonar que existia, mas tinha bateria, estão esperando chegar. No momento estrutura física e consumo estão faltando. É o que a gente tem lá embaixo hoje dentro da proposta; não é o ideal, eu vejo que não é o ideal, mas pelo menos... Faltam impressos de insumo, de medicação. De positivo na consulta, é o momento do retorno do paciente, muitas vezes, das suas orientações, a disponibilidade deles estarem expressando. Eu tento o máximo deixar o paciente mais livre para se expressar, porque às vezes tem aqueles que ficam desconfiados. A consulta em si eu acho assim um momento muito bom, de você às vezes num diálogo pegar coisinhas do dia-a-dia do paciente, principalmente a gente que trabalha aqui, que vivencia um pouco a família. Às vezes você pega uma situação, como um paciente hipertenso que tem todas as suas dificuldades de controle, e aí você também já conhece o outro irmão, e aí você vê a relação familiar como é, e faz com que você compreenda melhor a dificuldade de controle daquele paciente. E, praticamente a*

*necessidade do conhecimento mesmo, para você ter um acompanhamento.*

### **Enfermeira 3**

**Pergunta 1:** Conte a história da implantação desta equipe de PSF.

**Resposta:**

*A história do PSF aqui em Alto de Coutos teve início há quatro anos atrás, na gestão do prefeito Imbassay. Nós fomos selecionados através de um concurso interno e estes profissionais... nós temos vínculos, ou com o estado ou com o município. Todos esses profissionais que estão aqui, fazer parte na verdade, da história de saúde pública. Nós iniciamos com uma oficina de territorialização. Fomos capacitados em um treinamento introdutório pelo ISC (Instituto de Saúde Coletiva) e nesses quatro anos, os profissionais, na verdade, passa por capacitações atendendo particularmente aos programas já preconizados pelo Ministério. Então, quanto a atenção à criança (AIDIPI), o pré-natal, a questão do idoso, a capacitação da tuberculose, de hansen, nós fomos muito felizes, **isso no início**. E aqui chegando construímos a história que fazia parte da oficina de territorialização com a ajuda dos agentes comunitários de saúde. Eles já estavam em Alto de Coutos atuando pelo PACS. Então, antes do PSF Alto de Coutos já tinha uma semente plantada e isso facilitou bastante o nosso trabalho, a nossa construção.*

**Pergunta 2:** De modo você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?

**Resposta:**

*Bom, é feita uma programação. Essa programação atende basicamente à enfermagem com os programas na atenção do pré-natal, da puericultura, do hipertenso, diabético. Fazemos um encontro semanal... o planejamento na verdade não é semanal, é mensal, sendo que nós no período da semana, lógico que tem as mudanças, alguns cursos, alguns afastamentos, nós paramos para poder arrumar essa programação. Então, é feito o agendamento e também marcações. Os pacientes são previamente convidados pelos agentes comunitários. A consulta de enfermagem é feita dentro dos padrões e dentro das possibilidades. Nós estamos há um ano e 6 meses fora da unidade de saúde que se encontra em reforma. Estamos instalados numa estrutura física inadequada, mas foi a única que conseguimos dentro da nossa microarea, e as dificuldades acabam emperrando um pouquinho no processo satisfatório de uma consulta de enfermagem, mas, na medida do possível, a gente consegue ter um retorno.*

**Pergunta 3:** Todas as etapas da consulta preconizadas são cumpridas?

**Resposta:**

*Não, ela não é não. Inclusive, nós e a própria Secretaria Municipal de Saúde, não temos a normatização. Nós seguimos o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, então, pega na questão das prescrições. Nós estamos fazendo prescrição, eu passo prescrição, mas assim, dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.*

**Pergunta 4 :** Você conhece a importância de ter sistematizada a consulta?

**Resposta:**

Ah! Não tenho dúvida, a gente tem que ter um parâmetro, a gente tem que ter um... algo que nos respalde e que nos norteie nesse trabalho da consulta. Infelizmente nós não temos, pois a consulta não é sistematizada.

**Pergunta 5 :** Que fatores positivos ou negativos você identificou na viabilização desta consulta?

**Resposta:**

*Os fatores no momento... Vou começar pelo positivo. Eu sou muito otimista, então vamos lá pelo positivo. O próprio acolhimento que a comunidade está tendo com a gente nesse momento de crise, nesse momento em que a unidade está desativada e a gente encontrou um grupo que nos recebe bem; uma equipe que eu tenho o maior orgulho de fazer parte. São 7 agentes comunitários comprometidos com o trabalho, comprometidos com o social, então, eu posso falar assim, de 0 a 10 que nota você daria? Eu daria uma nota 9. Nota 10 eu acho que a gente vai demorar muito a chegar a isso, porque depende muito dos fatores externos, até para que essa equipe consiga fluir melhor. A gente tem que ter um entrosamento, uma interação muito boa. Isso faz com que a gente consiga superar esses obstáculos que a gente vive no dia-a-dia. Os fatores negativos... Mesmo nesse acolhimento a gente está trabalhando hoje numa condição física extremamente precária, você está vendo aí, a falta de insumos começa do planejamento familiar até antihipertensivo. Material de limpeza, material de proteção, equipamentos de proteção individual (EPIs), você vê que a gente não tem o suficiente e isso fez com que... também esse afastamento da unidade desativada, nós não conseguimos trabalhar muito próximo com outras equipes, e isso também é muito importante. Alguns serviços estão desativados por conta da unidade se encontrar em reforma.*

#### **Enfermeira 4**

**Pergunta 1 :** Conte a história da implantação desta equipe de PSF.

**Resposta:**

*Bom, a implantação dessa equipe aconteceu com uma seleção feita pela Secretaria Municipal de Saúde, seleção esta, em que a condição “sine qua non” era sermos ligados à Secretaria Estadual ou Municipal, e estarmos municipalizados. Nesse momento, a concorrência de enfermeiros foi muito grande, mas a concorrência de médicos foi muito baixa, inclusive eles tiveram dificuldade nesse recrutamento. Então, a princípio, recrutaram doze equipes, eu fui uma dessas enfermeiras para compor essa equipe. Na verdade eles deixaram um pouco a desejar na questão do critério de outros profissionais que não tinham tanta concorrência. Eu acho que a gente não deve nem entrar nesses méritos. A princípio eu estava em Beira-Mangue, mas Beira-Mangue era uma unidade que não tinha sido nem estruturada fisicamente. A própria construção ainda estava em andamento e eu fui pra unidade Alto de Coutos. Uma unidade que recebeu quatro equipes, uma unidade pequena para compor quatro equipes, três a princípio e 6 meses depois quatro e com a instalação física sempre deficiente. O treinamento introdutório foi depois de algum tempo, eu não me lembro quantos meses, mas foram alguns meses e a gente não teve muito apoio no sentido de, até hoje não termos de acompanhamento das atividades, do processo de trabalho, uma discussão mais ampla do processo de trabalho, a gente não tem a supervisão da Secretaria Municipal de Saúde. Ela é um desvio de função, na verdade ela não tem esse caráter que deveria ter. E a gente teve que aprender no dia a dia. Eu não tive tantas dificuldades porque eu já vinha do PACS e no*

*PACS a gente teve treinamento intensivo, até porque era uma coisa que não existia e então posso dizer que foram dois anos de treinamento. Eu vim com alguma bagagem técnica para essa visão generalista do PSF, mas compreendo que outros profissionais tiveram bastante dificuldade. Nós fizemos uma oficina de territorialização, nós chamamos as lideranças comunitárias, dissemos o que nós viemos fazer aqui, pedimos parceria e em seguida convocamos o chefe do terreiro de candomblé, o chefe da igreja universal, a diretora da escola, a direção do Lar Fabiano. Então nós explicamos o que estávamos fazendo aqui e através da coleta dos agentes comunitários das fichas “As”, nós fizemos um diagnóstico de saúde da comunidade. Levamos esse diagnóstico para discussão com eles, com a comunidade, listamos os problemas prioritários de saúde e começamos a trabalhar; e casou que o problema comunitário era hipertensão e a gente começou a desenvolver as atividades de atendimento e as atividades educativas.*

**Pergunta 2** : De que modo você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?

**Resposta:**

*Venho desenvolvendo a consulta primeiro com exame físico, levantamento dos problemas com a prescrição de enfermagem que no PSF ela se dá dentro dos programas. Então na verdade há prescrição de medicamento. Infelizmente a gente ainda tem um modelo curativo muito forte e a prevenção a gente ainda não conseguiu. A gente tem essa dificuldade ainda, então eu diria que 80% das consultas ainda são medicalizadas mesmo, e procuro fazer uma intervenção no paciente, no cuidador, o cuidador não está agendado, mas precisa ser. Dessa intervenção no momento da consulta, procuro levantar outros problemas como a questão da humanização etc, solicito exames e os interpreto.*

**Pergunta 3** : Todas as etapas da consulta preconizadas são cumpridas?

**Resposta:**

*Na verdade, a consulta, como eu lhe disse, aqui a gente faz as coisas muito da forma que a gente sabe, então, a gente não teve nenhuma discussão e nenhuma rotina estabelecida para consulta de enfermagem. A gente faz a consulta, eu faço exame físico, levantamentos de problemas e a intervenção, se necessária, e orientações.*

**Pergunta 4** : Você conhece a importância de ter sistematizada a consulta?

**Resposta:**

*Sim, reconheço. Reconheço e sinto a necessidade disso.*

**Pergunta 5** : Que fatores positivos ou negativos você identificou na viabilização desta consulta?

**Resposta:**

*Fator que eu apontaria como positivo na viabilização da consulta de enfermagem seria a autonomia que o enfermeiro tem no PSF. Eu acho que isso é importante, é um fator positivo. Uma outra coisa, o reconhecimento que a comunidade tem do papel do enfermeiro, da importância do enfermeiro. Na minha equipe, por exemplo, a preferência da comunidade é*

*pela consulta do enfermeiro e não pela consulta do médico, e eu acho isso um fator positivo. Um fator negativo é essa falta de sistematização, a falta de um acompanhamento dessas ações, a falta de proteção jurídica efetiva porque, se isto não está sistematizado em nível da secretaria municipal, a nível de ponta, não está juridicamente estabelecido e isso pode nos comprometer. É a questão que a gente sofre por conta da perda, entre aspas, desse espaço que outros profissionais avaliam como perda e que a gente vem sofrendo muitas pressões nesse sentido.*

## **Enfermeira 5**

**Pergunta 1** : Conte a história da implantação desta equipe de PSF.

**Resposta:**

*A nossa equipe de PSF veio posterior à equipe do PACS, então, já existia uma equipe de programa de agentes comunitários de saúde que funcionava no boiadeiro, que é a área em que nós trabalhamos. Tinha uma enfermeira e 6 agentes comunitários de saúde que cadastravam as famílias; fizeram todo o processo de territorialização e implantaram o programa. Depois disso, no ano 2001, nós viemos e assumimos a equipe. A enfermeira infelizmente teve que se afastar e ir para outra área. Na época não era permitido quem não tinha vínculo com a prefeitura assumir o PSF. Ela não tinha vínculo, da foi para outra área, assumir o PACS em outra área. E eu vim como enfermeira e toda a equipe, mais duas auxiliares de enfermagem, uma médica, uma dentista e a [CD] e todos os agentes que já eram agentes da área. Nosso trabalho, de certa forma, foi facilitado no início porque a gente já tinha os dados do PACS que tinha sido implantado desde 98, outubro de 98, na área. Nós demos continuidade ao trabalho do PACS, é claro que ampliando bastante, porque o PACS tem uma ação mais limitada do que o PSF. Nós revimos a área, nossa área está em constante mudança porque nós temos uma área enorme de palafitas. Hoje em dia, já não temos mais quase nenhuma palafita, mas isso foi um processo que dificultam nosso trabalho. Ao mesmo tempo facilita para a comunidade que está melhorando o saneamento da área. Com a organização de arquivos de microáreas e de mapa, a gente está sempre correndo atrás. Hoje a gente tem uma área de um jeito, você chega amanhã já mudaram, não sei quantas famílias foram para casas alugadas e daqui a pouco elas retornam. depois elas vão para outra microárea porque a CONDE está fazendo um trabalho de urbanização dentro do bairro e dentro da comunidade. Por essa constante mudança a gente está sempre tendo que rever esta parte de mapeamento, de arquivos. Não, nós não temos... temos pouco contato com a CONDE, a gente já fez alguns trabalhos assim. Fizemos parceria, coisas pontuais, não são coisas assim sistemáticas constantes, não. Nós fizemos trabalho convidando o pessoal, que eles também fazem um trabalho de educação na área, então eles têm assistentes sociais. Tem pessoas que trabalham também. Já os convidamos para participarem dos nossos grupos de educação e saúde e já discutimos com eles algumas coisas que eles pontuaram para a gente colaborar com eles, com o que precisa implantar ao novo sistema de esgotamento, e como as pessoas às vezes não sabem utilizar aquele sistema de esgotamento, aí eles pediram para os agentes ajudarem a multiplicar as informações, mas não é uma coisa muito integrada, não. Eles fazem o trabalho deles e agente faz o nosso, agora, sem dúvida alguma o trabalho deles colaboram com o nosso.*

**Pergunta 2** : De que modo você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?

**Resposta:**



*Olha só... nós atendemos aqui a família como um todo. Então, nós pegamos desde o recém-nascido até o idoso de maior idade. Dividimos as consultas para ter uma organização interna do serviço, dividimos como se fossem, digamos, programas entre aspas. Temos a puericultura, temos o pré-natal, temos o planejamento familiar, temos acompanhamentos de hipertensos e diabéticos, temos também acompanhamento de pessoas com tuberculose que, agora na área a gente não tem tantas, mas têm algumas que estão em tratamento. Essas consultas de enfermagem são agendadas previamente e a consulta subsequente, sempre que o paciente vem para a consulta, ele já sai com a sua subsequente já marcada, já agendada também para que a gente não perca o vínculo com o paciente.*

**Pergunta 3** : Todas as etapas da consulta preconizadas são cumpridas?

**Resposta:**

*Olha só... eu acredito que não. Vou falar pelas outras enfermeiras porque a gente tem um contato mais próximo, mas a gente não segue padrões. Cada uma tem a sua rotina pessoal, então, não existe uma padronização, digamos assim, que todas atendam da mesma forma, da mesma maneira, seguindo o mesmo roteiro, o mesmo estilo... Não, cada uma, eu acho, tem a sua organização, sendo que por exemplo eu procuro ver as coisas que eu entendo ser importante para aquele paciente, naquela situação, procuro atender à necessidade do paciente.*

**Pergunta 4** : Você conhece a importância de ter sistematizada a consulta?

**Respostas:**

*Sim. Eu acredito que é importante que haja uma organização na sistematização. Agora, eu acredito também que, para a gente implantar isso, a gente precisaria ter algum instrumento que pudesse nos dar um apoio nesse sentido. Por exemplo, se a gente tivesse um impresso próprio para cada consulta... que a gente tivesse... quer dizer, o que eu acho mais organizado, assim é o pré-natal onde a gente tem aquela ficha de saúde materna, que a gente segue aquele roteiro e acho que ali, mais ou menos todo mundo segue aquele mesmo esquema. Para as outras, puericultura e planejamento familiar não existe uma ficha, quer dizer, existem alguns impressos, mas são impressos que não norteiam muito, não lhe dá um norte assim do que você deve seguir. Eles são impressos dentro do planejamento familiar, mas não tem um roteirinho das informações que você deve pedir e que seja uma coisa prática porque, se você tem 16 pacientes naquela tarde pra você atender, você não pode se perder muito. Se for uma coisa prática de você já estar pegando as informações anotando nos lugares devidos, fica muito mais fácil e não se esquece nada.*

**Pergunta 5** : Que fatores positivos ou negativos você identificou na viabilização desta consulta?

**Resposta:**

*Olha só...como fator negativo, eu acho que essa cobrança de números é um stress para o profissional, porque no final de cada consulta você é avaliado, quer dizer, como equipe, avaliado, e lá são colocados aqueles gráficos com aqueles números e se você não atinge, se sua equipe não atinge assim, "X" números de consulta de enfermagem, você publicamente é até ridicularizado como profissional. Mas eu acho que essa avaliação por números, essa cobrança por números não deveria ser dessa maneira. Deveríamos ter um serviço, uma*

*avaliação mais qualitativa, porque quantitativa é importante, mas a supervalorização do quantitativo e essa cobrança que você tem de você dar “X” consultas, com esse número excessivo que eu acho 16, para que você tenha uma qualidade melhor no serviço. Isso é um dos pontos negativos. Outro ponto negativo, pelo menos aqui na nossa unidade, é que nós não dispomos de uma sala própria, já que nós dividimos a sala com outro profissional. Então a gente está sempre preocupada com o outro que vai atender depois e que você tem que liberar a sala imediatamente. Qualquer coisa também que o outro precise está sempre interrompendo a consulta, entrando e saindo, e isso não é uma coisa que tem contribuído, pelo contrário, tem contribuído negativamente. Positivos que a gente pode apontar, eu acho que a gente tem um bom tempo de curso que nos ajudaram a pelo menos dar um pontapé inicial ao trabalho. Eu atendia antes só puericultura, eu não tinha experiência nenhuma de pré-natal, de hipertensão, de diabetes, e a gente teve assim um certo respaldo ter feito o curso de saúde materna, que eu achei super legal, de saúde reprodutiva, a gente fez de DST-AIDS, a gente fez de... a gente tem feito constantemente um acompanhamento de hipertensão e diabetes na ABM (Associação Baiana de Medicina) e no SEDEBA que tem sido uma reunião mensal e eu acho que isso tem contribuído para melhorar. Agora, eu acho que a gente ainda tem que avançar mais, eu não acho que está bom, não. Eu acho que a cada dia a gente tem que aprender mais e também deveria ter incentivo, eu acho, pra gente ter tempo de estudar, porque às vezes você pega até muito material nesses cursos, mas não tem como estudar. Se você não estudar aquilo ali, vai terminar caindo no vazio. A preparação e o incentivo ao estudo eu acho que melhoraria a qualidade da nossa consulta. Acho que quanto mais você tem informações novas, você está se atualizando, você está vendo o que tem aí de mais novo eu acho que é melhor para você e para seus pacientes, sua qualidade de atendimento.*

## **Enfermeira 6**

**Pergunta 1** : Conte a história da implantação desta equipe de PSF.

**Resposta:**

*Bom, ela foi implantada com o pessoal na unidade só lá do São João, porque é equipe do São João. O São João é um bairro que só foi contemplado com uma equipe, e essa equipe ficou muito distante da comunidade. A gente não deveria estar aqui em Beira-Mangue, a gente deveria estar lá no São João e formar o PSF lá. Botaram uma equipe aqui, que fica longe da nossa comunidade, e a gente tem que ir de carro quem mais usa sou eu, porque é distante. Qualquer atividade que tem que fazer na área eu tenho que ir de carro. E fica aquela coisa que deveria fechar as áreas. Fica uma área aqui, enquanto eu estou atendendo lá no São João, porque a comunidade do São João e o pessoal aqui das Casinhas estão descoberto. Isso é uma coisa que a gente vem lutando para construir uma unidade que parou por conta das eleições. Mas, para fazer uma unidade, uma comunidade do PSF, montar uma unidade do PSF lá, é um grão de areia no oceano. Essa equipe foi sempre montada aqui; já vim com essa equipe formada, que ia ter PACS. O pessoal do PACS foi quem montou PSF aqui. Por questão política já veio com essa equipe formada. Eu estava atendendo lá naquela outra unidade. As meninas já devem ter conversado com você. Uma unidade num local em que o acesso era super difícil; o pessoal não queria entrar porque não tinha como ir, você ia segurando com muita dificuldade nas palafitas, para chegar. Depois a gente fez um movimento que era muito ruim, a gente não tinha carro, não tinha garagem, não tinha estacionamento e quando a gente ia tirar o carro, muitas vezes, **lá embaixo**, pois, deixavam. O carro bem longe da unidade quando ia tirar o carro tinha morto, um corpo. Era um horror! A gente fez um movimento, fechou a unidade porque estava muito perigoso e que foi*

*para a secretaria. Parou de funcionar e arranjamos alguém que conseguiu esse lugar aqui para a secretaria alugar e viemos atender aqui. E daí começou. Agora há esperança de que possa montar uma equipe lá, para se desvincular dessa unidade, porque ficou complicado. É longe tanto para a gente ir para a comunidade, mas não deve ser uma questão política contemplar uma equipe do São João. As equipes do PACS são todos os agentes comunitários de saúde que estão aí subdivididos no PSF; todos faziam parte do PACS. Era uma enfermeira só que ficava com esses agentes todos, não sei como, nenhuma condição de ser, não tem como ficar vendo todas as áreas. Uma vez por semana, viam os agentes, assinavam o ponto e ficava um serviço meio solto. Quando se montou o PSF, a gente tem a equipe que atua dependendo de carro. Não é uma unidade que a gente possa fazer as coisas soltas, sem depende do carro. A gente não conseguiu ainda trocar essa realidade de que o PSF vá para lá, por enquanto até agora não. Quando nós viemos fizemos aquela coisa de cadastramento das famílias, o mapa do território e começamos a atuar assim, sendo uma equipe dispersa, longe daqui. Na verdade são três equipes próximas e a minha que é longe. A gente fez o mapa e quem passou na seleção foi fazer o treinamento introdutório. A gente não conhecia, não tinha nem noção da área, se era longe, se era perto, ou como que era a área. Fomos fazer junto com os agentes. Não foi dito na época que aqui estava tendo uma onda de violência muito grande e eles não deixaram a gente vir no campo. Quando a gente chegou no curso introdutório, se tivesse conhecido a área, teríamos questionado isso. Mas aí como não tive essa oportunidade, quando a gente chegou aqui, já foi pra atuar. A gente já vinha só na unidade, mas a unidade não era o local em que a gente estava. Não podia ir porque o acesso estava sendo dificultado por causa da violência. Aí ficavam numa unidade na Jean Paulo, fazendo atividade de grupo, sem poder ir para a área. Ninguém conhecia o subúrbio, ninguém sabia como estava esse caminho, que era uma área distante da outra, a gente pensava que era uma coisa fechando o local. Depois, quando montaram as equipes, as famílias foram indo, a gente foi marcando as consultas, a gente foi fazer palestra na área, foi falar do programa na área, foi fazendo assim um entrosamento todo e aí a gente foi trazendo os pacientes pra aqui.*

**Pergunta 2 :** De que modo você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?

**Resposta:**

*Dividi assim: de manhã, porque o consultório é dividido com outra colega, eu estou aqui em consulta, um turno em consulta e outro turno na área. Aí eu subdividi, como divido esta área com outra enfermeira, a gente atende consultório sempre no horário oposto. Se não está no consultório tem que estar na área; a gente não pode marcar consultório no mesmo dia. Eu e a enfermeira que divide comigo ficamos neste consultório, então, por isso, eu me organizei assim: botei pré-natal para segunda de manhã e na segunda de tarde eu tenho visita domiciliar; terça de manhã eu tenho educação continuada na comunidade e à tarde atendo planejamento familiar; na quarta atendo puericultura de manhã, à tarde visita; quinta feira vai ter uma reunião com a nossa equipe e à tarde eu atendo hipertenso e diabético. Só que eu alterno, numa semana, eu atendo hipertenso e diabético, na outra bota adolescente e na sexta-feira eu tenho atividade na área pela manhã.*

**Pergunta 3 :** Todas as etapas da consulta preconizadas são cumpridas?

**Resposta:**

*Às vezes sim, às vezes não. Tem horas em que a gente está com mais tempo e mais disposição*

*e aí a gente segue um roteiro. Tem hora que você não segue roteiro nenhum, você vai fazendo o que flui, o paciente vem com a queixa não tem uma coisa organizada, sabe? O paciente vem com a queixa. Aí você fala só daquela queixa e tenta ir evoluindo as outras coisas, mas não há um padrão, isso que eu sinto falta, uma padronização que a gente pudesse seguir, um roteiro para a consulta fluir até mais rápido pra gente. Em criança tem aquele roteiro e você faz, na gestante mais ou menos, tem a ficha de saúde materna, mas os outros não têm uma ficha. Os outros programas você vai fazendo meio solto, mesmo.*

**Pergunta 4** : Você conhece a importância de ter sistematizada a consulta?

**Resposta:**

*É... nos casos que têm como no hipertenso, no adolescente, ainda vai muita disposição da gente, da hora, do tempo que tem para fazer uma consulta geral, de ver o paciente como um todo. Mas tem momentos em que você falha nessa coisa. Se tivesse um padrão, você perguntaria tudo e poderia ser melhor para o paciente e até melhor pra gente. O trabalho ficaria mais fácil, poderia ser conduzido melhor. Mas depois você vai fazendo e aí pula, pode pular coisas importantes.*

**Pergunta 5** : Que fatores positivos ou negativos você identificou na viabilização desta consulta?

**Resposta:**

*O ponto positivo que é a oportunidade da gente treinar mais essa consulta. A importância do seu papel, de procurar saber mais do paciente o que ele tem. Conversar com ele, saber as coisas, mas tem hora em que eu acho que a gente fica sem resolver o problema do paciente. Em momentos a gente resolve, mas tem horas em que você vai fazendo a consulta ainda não podendo resolver, você tem que encaminhar. Aí tem aquela dificuldade de encaminhar, pra quem?, Não tem pra onde! E muitas vezes aquela questão de referência e contra-referência. Você não tem respaldo. Quer dizer, você tem que estar procurando o médico para fazer alguma coisa. Tem hora que eu faço, até porque aqui a minha relação com a médica é boa. Tem paciente aqui que eu já encaminhei para fazer desbridamento, pé diabético, essa coisa mesmo de ligar e procurar saber e encaminhar o paciente, pedir o carro e encaminhar. Tem hora que você depara com aquela coisa em que você não sabe até onde você pode ir. O que precisa é isso, eu acho que tem que padronizar e ter uma coisa que melhore, para que todo mundo faça a mesma coisa, fazer um protocolo.*

## Enfermeira 7

**Pergunta 1** : Conte a história da implantação desta equipe de PSF.

**Resposta:**

*Bom, aqui no subúrbio antes do PSF já tinham os agentes comunitários que trabalhavam no Programa de Agentes Comunitários. Foram feitas avaliações e detectada que era uma área extremamente carente de serviços de saúde, de atendimento à população e foram definidos os locais. Já tinha a unidade básica, o prédio da unidade básica que funcionava, mesmo precariamente, mas já funcionava, e pra aproveitar essa instalação física formou-se as equipes nessa unidade, exatamente em fevereiro de 2001. Mais ou menos há quatro anos.*

*Aproveitaram os agentes que já trabalhavam na área e houve a formação de quatro equipes na unidade. Quando da minha vinda, sabia que funcionava o PACS, Programa de Agentes Comunitários. Eu vim para cá para implantar o PSF, pra implantar as equipes. Fiz reconhecimento da área, identificação dos problemas e comecei a compreender o ritmo da comunidade que a gente ia trabalhar. Nossa equipe era completa, tinha médico, enfermeira e as auxiliares de enfermagem. As auxiliares de enfermagem e a gente começamos a identificar a área, a identificar os problemas e trabalhar conjuntamente com os agentes comunitários. O problema aqui é que o mapeamento da área não foi satisfatório. Até hoje a gente ainda tem esse problema de mapeamento, tem áreas que não são cobertas pelo PSF e áreas mais distantes que requer transporte, que requer carro, que tem agentes comunitários e a área coberta muito distante da unidade. Recebemos um treinamento introdutório, 15 dias de treinamento. Fomos treinadas por (L).e enfermeiras do Instituto de Saúde Coletiva.*

**Pergunta 2 :** Como você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?

**Resposta:**

*Bom. A consulta, não teve assim uma capacitação para nós estarmos desenvolvendo consulta de enfermagem. Dessa atividade, a consulta de enfermagem é uma atividade da enfermeira, também do enfermeiro, mas não foi nada projetado, nem programado para essa realização da consulta e as atividades globais. Eu faço a minha consulta de uma forma convencional, de uma forma que eu aprendi na universidade, mas nós não temos nenhum parâmetro, nenhum formulário que norteie na realização de consulta. A gente faz do modo do nosso conhecimento, da competência, da possibilidade. Não temos essa padronização, nem nada que nos norteie na realização da consulta. Nós temos que executar as consultas de enfermagem na parte de puericultura, em todas as faixas etárias, pré-natal, atendimento ao idoso, hipertenso, diabético ou não, nós temos o adolescente e a mulher.*

**Pergunta 3 :** Todas as etapas da consulta preconizadas são cumpridas?

**Resposta:**

*A gente não tem assim uma determinação, porque a gente trabalha muito, com o cliente que chega. A gente tem mais ou menos organizada uma primeira consulta, se ele vem para a enfermeira, se é gestante ou puericultura a gente tem mais uma padronização, porque temos uma ficha de acompanhamento correta, completa. Quando é diabético e hipertenso a gente os cadastra no hiperdia e vai acompanhando as consultas subseqüentes. À medida em que eles vão fazendo as queixa,s vem as orientações necessárias de acordo com o que apresentam. Não temos etapas, não seguimos, fechar um diagnóstico de enfermagem, fazer a consulta, levantar os problemas, fechar o diagnóstico e traçar um plano alternativo. Não executamos isso, não.*

**Pergunta 4 :** Você conhece a importância de ter sistematizada a consulta?

**Resposta:**

*Reconheço, eu acho que é importantíssima a sistematização. Facilita até o lado da gente, porque a gente fica um pouco solta, tem horas que você tem que atender todas as faixas etárias, todos programas. Então se a gente não concentrar na atividade naquele momento, a gente termina perdendo muito nas consultas e aí eu acho que a sistematização é bem vinda e*

necessária.

**Pergunta 5 :** Que fatores negativos ou positivos você identificou na viabilização desta consulta?

**Resposta:**

*Bom, eu acho assim: o programa de saúde da família tem pontos positivos para enfermagem, por exemplo, ela trabalha com todas as áreas, então é vasto o campo de atuação, mas por outro lado, isso já pulveriza toda a sua concentração. Às vezes você está atendendo varias pessoas de faixas etárias e com problemas diferentes, situações diferenciadas que a gente não tem nenhum direcionamento. O PSF hoje com os médicos estão fazendo isso, e ele sempre reclamam da minha mesma dificuldade, não temos especialização e também o momento agora não requer mais isso, não é a especialização que a gente quer, mas ele é um campo muito amplo, então a gente teria momentos maiores. A gente tem dificuldade com o espaço físico, no momento que eu não estou no consultório eu não estou podendo sentar para planejar, não tem espaço legal para sentar e planejar e vê o que você vai executar. Então, tem essa mesma dificuldade do espaço físico, dificuldade no atendimento assim de resolver os problemas do cliente, da pessoa que chega. Nem sempre a gente pode encaminhar adequadamente e isso são fatores negativos. Positivos, bom, eu acho que a gente... com essas dificuldades, mesmo assim a gente consegue resolver também inúmeros [outros talentos]. Temos assim uma população adescrita de mais ou menos 5 mil pessoas, nós temos vários grupos dentro dessa população e de qualquer forma a gente também... apesar de ser amplo o campo de atuação, trazer alguma dificuldade pra gente algumas deficiência em algumas áreas, mas ela facilita você ver e acompanhar como um todo a comunidade. Então, isso é ponto positivo, você consegue visualizar o todo, então você consegue identificar melhor os problemas da população que você é responsável.*

## Enfermeira 8

**Pergunta 1 :** Conte a história da implantação desta equipe de PSF.

**Resposta:**

*Eu estou aqui há quatro anos e a unidade já passou por algumas reformas. A gente chegou aqui e começou um treinamento introdutório. Fizemos um treinamento introdutório e participamos desde a parte teórica e uma parte prática. E nessa parte prática fizemos territorialização, participamos desde o cadastramento das famílias junto com os ACS. No início a gente realmente teve que construir muita coisa, desde o símbolo de cada equipe, a cor de cada equipe, como a gente ia identificar os ACS. A gente não tinha cartão, começamos a dar forma ao prontuário, forma de atender. Começamos a construir uma forma de atender, essa interação com o agente. A gente fez também na territorialização, fomos conhecer a comunidade, conhecer seus costumes. Explicar o que até hoje é um pouco difícil é estar mostrando à comunidade uma nova forma de dar assistência. Isso eu acho que até hoje é um processo mais vagaroso. Esse treinamento nós recebemos da Secretaria Municipal, com a parceria do Estado. O Estado junto com a Secretaria, junto com o município é que fez um treinamento introdutório com a gente. Tinham algumas pessoas que trabalhavam em pólo de capacitação do Estado, que treinavam tanto o pessoal de Salvador, como as outras equipes do interior. Então a gente foi treinada, e construiu mesmo aqui. E teve também a parte de*

*seleção, contrato e do próprio trabalho. A gente começou com o cartãozinho avulso, como marcar, como identificar, até chegar ao prontuário família que era idealizado mas, que na prática a gente teve que descobrir como é que aquela teoria ia funcionar de verdade. Tanto que no início, os profissionais usavam apenas os prontuários que estavam no envelope e depois a gente teve que pegar o envelope todo, porque ele traz a história da família. Às vezes a gente pegava um prontuário de gestante, mas falava do filho também, e aí, é claro que a gente começa a ter uma visão na prática de atendimento em família. O Instituto de Saúde Coletiva participou também da formação.*

**Pergunta 2 :** De que modo você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?

**Resposta:**

*Eu acho simples. O exame físico, a entrevista, anamnese, as queixas, e medicar. A gente faz também a prescrição e a orientação, muita orientação; a gente tem que realmente estar colocando muito, porque assim o paciente começa a ter uma proximidade muito grande com a gente. Eles vêm aqui mesmo fora da consulta, a educação de estar explicando e de estar orientando-os é uma coisa muito mais presente aqui do que talvez em outro lugar. No PSF essa coisa de estar orientando educando, mostrando a ele como é que faz. A consulta é basicamente o exame, os exames também que a gente solicita, só isso.*

**Pergunta 3 :** Todas as etapas da consulta preconizadas são cumpridas?

**Resposta:**

*Sim, eu creio que sim. O entrevistador pede que ela liste as etapas e ela responde: Anamnese, exame físico, prescrição e diagnóstico de enfermagem.*

**Pergunta 4 :** Você conhece a importância de ter sistematizada a consulta?

**Respostas:**

*Sim, claro, até pra gente.... Eu sei que é importante para estar ajudando a gente a identificar os problemas, pra gente priorizar e identificar o norteamento, qual a conduta que você vai ter, então você precisa ter sistematizada para você estar identificando, examinando, para que se costure uma coisa na outra, e dê um diagnóstico final.*

**Pergunta 5 :** Que fatores positivos ou negativos que você identificou na viabilização desta consulta?

**Resposta:**

*O que facilita eu não sei. Eu acho que é fundamental a anamnese, conhecer o paciente e tudo em diante é importante. Positivo é quando você conversa e quando você examina, você identifica outras coisas que às vezes não foi relatado e que até a paciente mesma desconhece. Desconhece que é um problema, até porque eles não têm conhecimento de patologias e do próprio corpo. Então, é positivo a anamnese em que você conhece a vida dela, um pouco o que ela vive, é positivo o exame físico. Essas etapas são todas positivas. A prescrição é positiva. Identificar o negativo é complicado, não sei o que é negativo na consulta em si.*

**Enfermeira 9**

**Pergunta 1** : Conte a história da implantação desta equipe de PSF.

**Obs:** É a única equipe da unidade em que os ACS não foram do PACS e a área foi delimitada pela equipe, última da unidade a ser formada.

**Resposta:**

*O PSF foi implantado aqui em Itacaranha na nossa unidade em junho de 2000; propriamente dito, foi implantado em outubro, pois nesses três primeiros meses teve treinamento introdutório com a parte teórica e prática. A prática foi no campo, onde a gente fez levantamento e reconhecimento de área, das microáreas. Fizemos a confirmação se os ACS moravam na área. Isso foi uma coisa de muita prioridade quanto aos ACS morar na área. Fizemos o levantamento da necessidade da comunidade. Esse treinamento que eu estava falando, o treinamento foi pela secretaria municipal, lá na Fundação Luiz Eduardo Magalhães durante o período de três meses. Quanto aos professores, teve representante da secretaria municipal, da secretaria estadual e da universidade também. Foi um bom treinamento, a gente ganhou uma bagagem para iniciar nosso trabalho aqui na comunidade, na unidade.*

**Pergunta 2** : De que modo você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?

**Resposta:**

*Depois desse treinamento, fomos habilitadas a cada situação, por exemplo, frente ao paciente hipertenso que a gente não era habilitada, paciente diabético, paciente com DST, as DST e aconselhamento. Esse treinamento introdutório ia ser direcionado para a necessidade da comunidade, falando sobre a estratégia do PSF e diferenciando do antigo para o atual. E consulta, a gente desenvolve assim: temos o prontuário e a gente preconiza conforme a necessidade do paciente. A gente atende da criança ao idoso, de acordo com a necessidade dele, o que ele procura a gente tenta solucionar dentro das nossas condições. O que a gente não pode resolver a gente encaminha. Temos casos em que o enfermeiro mesmo, pode encaminhar, por exemplo, gestante de alto risco, a gente encaminha e tem boa resposta.*

**Pergunta 3** : Todas as etapas da consulta são preconizadas?

**Respostas:**

*Bem. A gente tenta preconizar dentro do possível. O entrevistador pede à enfermeira para listar quais são estas etapas. E a resposta é: A gente começa com a história do paciente, depois faz a investigação panorâmica. Essa investigação é se o paciente fumava, se fuma, o social dele, se está empregado, se não está empregado, quanto ao salário que ele ganha, a parte também das medidas preventivas que a gente faz com eles sobre as vacinas, doenças que são evitadas com vacina, as patologias que já foram diagnosticadas, sobre epidemiologia, o passado desse paciente, se tomava banho de rio, se morava em casa de taipa, se teve acidente, se sofreu violência, e tem também a parte se já se submeteu a alguma cirurgia, que tipo de cirurgia, patologia da família, atividade sexual, dados obstétricos, se faz e se tem alguma noção de prevenção de gravidez, prevenção das DSTs, ... Depois, a gente passa para o exame físico. Sempre o paciente nos procura para um Check up e aí a gente faz uma avaliação do que o paciente tem ou não, olhando todos os aparelhos: circulatório, ortopédico, ginecológico, respiratório, e sempre olhando visando a prevenção de doenças*



como AIDS, tuberculose, e outras.

**Pergunta 4** : Você conhece a importância de ter sistematizada a consulta?

**Resposta:**

*A gente conhece porque facilita o trabalho quando é sistematizada, e o manual do ministério, também ajuda muito a saber do limite do enfermeiro. Precisa melhorar, as diretrizes. Os manuais, logo que saiam a gente tem que ter conhecimento deles.*

**Pergunta 5** : Que fatores positivos ou negativos você identificou na viabilização desta consulta?

**Resposta:**

*A ficha pra gente sinalizar os dados, eu acho importante, pois às vezes a gente pode esquecer, e o que tem aqui na ficha, sinaliza. Isso são pontos positivos. Aqui o ambiente depois de 2002 foi reformado, temos um ambiente agradável, a falta de material é o mínimo possível dentro do normal, e os pacientes saem daqui satisfeitos. A gente ver pelo sorriso, pela maneira de tratar o profissional. Pontos negativos, a gente precisava mais de um outro tipo de prontuário, mais completo; para o adolescente mesmo é um pouco incompleto, e também para as consultas subsequentes. Quando não tem um roteiro a gente segue de acordo com a necessidade do paciente a gente faz a historia, tenta também fazer exame físico, e faz um plano para aquele paciente.*

## Enfermeira 10

**Pergunta 1** : Conte a história da implantação desta equipe de PSF.

**Resposta:**

*Foi em julho, junho ou julho de 2000. Nós fizemos uma seleção de currículo e entrevista, e após essa seleção saiu a classificação e o local em que nós iríamos trabalhar. Esta seleção foi feita pela universidade e pela Prefeitura Municipal. Houve um treinamento introdutório, eu já trabalhava no PACS, já trabalhava com agentes comunitários. Havia uma equipe no PACS que só trabalhava o enfermeiro e os agentes comunitários com a unidade de referencia. E como eu gostava do trabalho, fiz a seleção para o PSF, acreditando em uma maior resolutividade, em ter uma referência para os pacientes no atendimento. A seleção dos agentes já havia sido feita, porque eles já eram do PACS. Eu era lá da Federação, mas aqui já havia também o PACS e esses agentes foram reintegrados para o PSF. Esse treinamento introdutório foi realizado no Centro Administrativo, naquele que antes era Fundação Luiz Eduardo. Então foi feito treinamento com o pessoal do nível central da SESAB e do ISC também. Quem fez a territorialização foram os agentes comunitários que já eram do PACS. Nós só precisamos ampliar um pouco, cadastrar mais algumas famílias para poder acoplar às que já haviam se mudado, mas foi continuidade do PACS.*

**Pergunta 2**: De que modo você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?

**Resposta:**

*A consulta de enfermagem é feita através do exame físico, exame clínico e abordagem*

*sindrômica. Procuramos alguma alteração que nós possamos prevenir através da verificação da pressão arterial, da glicemia capilar nos pacientes que já tem antecedentes de diabetes ou algum sintoma mesmo. A consulta de enfermagem é direcionada da seguinte maneira: O exame clínico, o exame físico, a gente calcula o índice de massa corpórea, e dar orientações. E dizer assim exatamente como é a consulta... Acho que a gente faz tanta coisa, para dizer, para colocar, para falar. Tem ficha individual, então a gente vai saber o nome, a identificação, de acordo com a área em que ele mora, e aí vai pesquisar o motivo da consulta, por quê ele chegou até aqui, o que ele está sentindo. Às vezes ele diz assim: ah! Eu só vim para fazer exame de rotina. Aí vamos procurar saber: você não dorme bem, você se sente bem, você está sentido alguma coisa anormal, quando foi que você fez exame? Tem muito tempo que você fez exame de fezes? Quando foi que você tomou remédio de verme? Quando foi que você... Verifica-se sempre sua TA. Quando é criança a gente vai acompanhar seu crescimento e o desenvolvimento, para ver se está tudo bem, se está dentro dos padrões normais para o desenvolvimento de acordo com a idade dele, se tem alguma alteração.*

**Pergunta 3 :** Todas as etapas da consulta preconizadas são cumpridas?

**Resposta:**

*São. O entrevistador pede para a enfermeira listá-las, e a resposta é: A gente identifica o paciente, seu endereço, e o motivo da consulta. A gente pergunta se ele tem hipertensão, se ele tem diabetes, verifica se ele bebe, se ele fuma, pesquisa todos esses fatores de risco. Vacinas, se ele tomou as vacinas, se ele está empregado, se ele está desempregado, vê o social dele, se tem alguma atividade física, se faz algum esporte, como é a alimentação dele, procura-se saber um pouquinho sobre a qualidade de vida dele, como ele está.*

**Pergunta 4:** Você conhece a importância de ter sistematizada a consulta?

**Resposta:**

*Reconheço sim, porque aí vai haver protocolos direcionados para a consulta; as prescrições de enfermagem protocoladas, o enfermeiro mais inserido na consulta, saber realmente o que ele deve e o que ele pode fazer.*

**Pergunta 5 :** Que fatores positivos ou negativos você identificou na viabilização desta consulta?

**Resposta:**

*Positivo é legalizar como eu disse, protocolar. A gente vai sentir mais segurança na prescrição, como prescrever, o que pode prescrever, quando prescrever, que ainda está muito... outro ponto positivo é a confiança do paciente. A gente poder prescrever, vai fazer o paciente adquirir mais confiança no enfermeiro. Tem medicações mesmo que não é padronizado prescrever e o paciente às vezes precisa dessa medicação. E a limitação é um fator negativo. É positiva a orientação que a gente passa para o paciente, essa orientação que a gente dá a ele sobre os cuidados que a gente deve ter.*

## ANEXO IV

### Roteiro de observação não participativa

**Entrevistada 1:** D. Libélula

#### 1º Paciente (mulher)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)  
 Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)  
 Questionou-se o uso de contraceptivo e de outros métodos e D. U. M.  
 A enfermeira observou o resultado de exames laboratoriais, ultra-sonografia, ECG e RX de tórax.  
 Ao Exame Físico: mucosas, mama, palpação de abdome.  
 Elaboração do diagnóstico: Gravidez  
 Prescrição de exames) Prontoúário (Sim) condutas assistenciais (Solicitação Prescrição para o paciente (Sim)  
 Orientação para o retorno? Não definido  
 Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

Obs: interrompeu a consulta para falar ao celular. Falta sonar, usou estetoscópio infantil, falta esfingomanômetro, falta balança, falta de estrutura em geral.

#### Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família  
 1º Paciente - Ficha de planejamento familiar identificando idade (31 anos) e estado civil (casada). Sem endereços e anotações complementares. Sem história obstétrica, sem história clínica, sem história de métodos contraceptivos.  
 2. Anotação do exame físico?  
 Última anotação: mucosas, pele, hidratação, abdome (palpação) e eliminação.  
 3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?  
 Diagnóstico de enfermagem não há, laboratorial o do ECG e RX do tórax  
 4. Existe conduta explícita?  
 Não explícita a conduta.  
 5. Existe anotação?  
 Anota da DUM e informações dadas pelo paciente e motivo da consulta.  
 6. Agendamento de retorno ou alta?  
 Não.

#### 2º Paciente (Homem)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)  
 Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)  
 História anterior de dores. Paciente não fez exames solicitados anteriormente. Trouxe ultra-

sonografia.

Enfermeira solicita que o mesmo narre todos os episódios de sua dor e localização. Paciente refere dor na região posterior do quadril, no tórax e MMII.

O paciente é questionado quanto a sua urina e este refere polaciúria e eliminação presentes. Após eliminação intestino funcionando bem. Refere dejeções fecais ok. Dieta pobre e eliminação de flatos. Procurou Pronto Socorro várias vezes para alívio da dor. Foi estilista parou há dois anos. Tabagista parou há 4 meses (quantos cigarros?). Foi usuário de maconha e de crack (refere ter deixado)

A ultra-sonografia realizada no dia anterior foi avaliada pela enfermeira.

Ao exame físico: Auscultou Bulhas Cárdio-fonéticas e SR (Não troca papel da maca)

Avaliou mucosas palpebrais, realizou palpação abdominal. A aferição da P.A. realizada por auxiliar de enfermagem sem intercorrência.

Observação: Digitais do paciente com lesão apresentando coloração marrom. Paciente faz uso de prótese de fiação na arcada dentária superior e inferior isto não foi questionado.

Elaboração do diagnóstico: Não informado ao paciente, solicitou outros exames que o paciente refere ter realizado, para uma melhor avaliação.

Orientação verbal para procurar nefrologista e levar antigo exame de ultra-sonografia para avaliação para tratamento.

Informou que ultra-som não apresentou alteração em rim "D" apenas no esquerdo e encaminhou para nefrologista.

Emitiu atestado de comparecimento.

Prescrição: Não prescreveu para o paciente.

Prontuário ( ) condutas assistenciais ( )

Prescrição para o paciente ( )

Orientação para o retorno? Solicitou retorno para acompanhamento

Registro no prontuário: Sim ( ) Não ( )

O paciente solicitou *diclofenaco*. A prescrição foi feita para três dias, pois se constatou o uso inadequado da medicação.

### **Roteiro para investigação no prontuário**

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

2º Paciente ficha clínica individual. Sem anotações complementares. Sem endereço. Nega tabagismo e uso de droga. Afirma etilismo social.

2. Anotação do exame físico?

Não anotou.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não existe diagnóstico de enfermagem. Anotou o resultado de Ultrasonografia abdominal total.

4. Existe conduta explícita?

Não explicitou conduta.

5. Existe anotação?

Anotações de dados fornecidos pelo paciente (SIC).

6. Agendamento de retorno ou alta?

Não agendou retorno, solicitou que volte sem data marcada.

### 3º Paciente (mulher)

Paciente queria solicitação de exames.

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)

Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)

A paciente não trouxe resultados de exames solicitados; trouxe apenas colpocitopatológico de em abril de 2004(foi anotado).

P.A. verificada pela auxiliar de enfermagem 120x80 mmHg.

A paciente refere leve dor lombar que alivia com AAS (SIC). Manifesta querer fazer ECG. Enfermeira informa que foi solicitado e não realizado.

Enfermeira pergunta sobre eliminações e estas estão normais Pergunta ainda sobre corrimento vaginal e a paciente informa que está com corrimento esbranquiçado e com prurido.

Enfermeira avalia ECG trazido com anotação em prontuário, e resultado e ultra-sonografia.

Exames: orientado. Colesterol, parasitológico e glicemia anotados em prontuário. Sobre D.U.M. a paciente informa que ainda o esposo é vasectomizado.

Ao Exame Físico: mucosas, mama, pálpebras e abdome.

Elaboração do diagnóstico:

Prescrição: prescrito medicação Prontuário ( ) Condutas assistenciais (Solicitação à paciente para trazer novamente os resultados dos exames que a mesma afirma já ter trazido)

Prescrição para o paciente (Sim)

Dadas orientações verbais sobre o uso de medicação.

Orientação para o retorno? Solicitou retorno verbal.

Fez exame físico apenas das mamas. A paciente não trouxe os exames laboratoriais; fez anotação em prontuário.

Trocou papel da maca.

Não sistematizou o exame físico; não segue semiotécnica.

Não faz lavagem das mãos com sabão.

Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

± 30 min por consulta

### Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

3º Paciente apresenta ficha de identificação com nome de pai e mãe. Idade 45 anos. Não tem ficha clínica, registro em papel almaço.

2. Anotação do exame físico?

Mucosas, hidratação e mamas.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não há diagnóstico de enfermagem. Há diagnóstico clínico de anemia, verminose, vaginite. Anotado resultado de exames laboratoriais (HC, EPF, colesterol, glicemia, colpocitopatológico).

4. Existe conduta explícita?

Prescrição medicamentosa sem conduta de assistência e ou orientações. Solicitou exames que a paciente deixou de fazer a pedido da médica anteriormente.

5. Existe anotação?

Anotações apenas as fornecidas pela paciente.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Sem agendamento de retorno.

Obs: Todas as anotações registradas pela enfermeira não foram carimbadas nem assinadas nem rubricadas.

**Entrevistada 2:** D. Joaninha.

### **1º Paciente (mulher Pré-natal)**

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)  
 Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)  
 Sono/ dejeções/ paciente referindo corrimento.  
 Enfermeira questiona detalhes sobre o corrimento, pergunta sobre sangramento, ardência e cor da urina a paciente relata normalidade.  
 Orientada para o aumento da ingestão hídrica, higiene após relação, crescimento fetal e movimentos fetais (primipara), sobre respiração e mudanças no aparelho digestivo e dieta.  
 Paciente refere gânglios enfiados na região cervical,  
 Recebe orientação sobre higiene bucal e encaminhada para o dentista.  
 Questionado sobre melhora de enjôo.  
 Orientada quanto a repouso e dieta noturna, controle de peso, coleta de material citopatológico, sobre vacinação  
 Pergunta por que a paciente não realizou exame preventivo e Ultra-sonografia.  
 Paciente refere cefaléia. Orienta observação  
 Enfermeira informa dosagens de medicação  
 \*Cartão de gestante incompleto no preenchimento. Vacina. Identificação pessoal. AFU / BCF e posição fetal/ curva de peso gestacional, curva uterina/ idade gestacional.  
 Ao Exame Físico: mucosas, palpação para verificação de posição fetal / AFU, sonar para verificação de BCF (não conseguiu). Avaliação de MMII para edema. E gânglios cervicais.  
 Não avaliadas as mamas, nem dores articulares referidas pela paciente.  
 P.A. aferida pela auxiliar, sem alteração.  
 Pede que a paciente traga o cartão de vacina e o resultados dos exames na próxima consulta.  
 Elaboração do diagnóstico: não informa nenhum diagnóstico provável.  
 Prescrição Prontuário (Sim) Condutas assistenciais (Solicitação de exames) Prescrição para o paciente (Não prescreveu)  
 Orientação para o retorno? Não orientou a paciente quanto a data de retorno.  
 Registro no prontuário: Sim (anotações) Não ( )  
 Consulta ± 35 min.

### **Roteiro para investigação no prontuário**

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família  
 Dados complementares incompletos; ficha clínica.
2. Anotação do exame físico?  
 Anotou parcialmente.
3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?  
 Não deu diagnóstico, nem escreveu.
4. Existe conduta explícita?  
 Anotou parcialmente a conduta.
5. Existe anotação?

Anotações segundo informações colhidas.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Não marcou retorno.

## 2º Paciente (mulher Pré- natal)

Enfermeira pergunta sobre visita dos ACS as quais a paciente desconhece; nunca usou o serviço do PSF.

Tipo de consulta Primária (x) Subseqüente ( )

Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)

A enfermeira se apresentou, falou da equipe, da interação com os ACS, e sobre planejamento familiar.

Abriu prontuário e cartão da gestante, colheu informações sobre vida sexual da paciente. Adolescente de 17 anos, conhece o parceiro há 3 meses e já moram juntos.

P.A. aferida pela auxiliar sem alteração, Refere que na família há caso de H.A.(pai e mãe).

Enfermeira avalia o prontuário família e percebe que não há anotação, logo, sugere que os pais devam ser avaliados.

A paciente refere ter tido problemas cardíacos (sopro) e que após acompanhamento, não sentiu mais nada.

Solicitado cartão de vacina para avaliação

Teste de gravidez adquirido em farmácia deu resultado positivo.(SIC).

A enfermeira orienta sobre o risco de aborto que a paciente pensa em fazer.

A enfermeira orienta quanto ao parto, quanto a enjôo e vômitos, quanto às mudanças no organismo, hormonais respiratórios e cólicas, quanto a dietas, quanto ao aumento da ingestão hídrica de ingestão hídrica e exercícios.

Paciente refere cefaléia noturna e “caroço” na barriga.

Enfermeira questiona sobre sangramento e ardor ao urinar e orienta para que a paciente não retenha urina e que faça exames laboratoriais

Paciente relata 7 dias sem evacuar e a enfermeira orienta quanto ao uso de fibras.

Solicitado ao paciente o controle do peso e traga o valor para a unidade.

Solicitados exames de rotina do pré-natal.

Exame físico: Não realizado.

Elaboração do diagnóstico:

Prescrição: nada Prontuário ( ) Condutas assistenciais (Solicitação de exames de rotina para pré-natal, orientação e/ou medição) Prescrição para o paciente ( )

Não prescreveu nada para a paciente (assistência/cuidado/orientações e/ou medicação).

Não orientou preparo de mamas.

Cartão de gestante incompleto / sem cartão/ sobre não realizar preenchimento de gráfico e não marcar com a paciente retorno.

Dados familiares e endereços incompletos.

Orientação para o retorno? Não definido

Registro no prontuário: Sim (incompletos) Não ( )

Consulta 1 hora

A paciente foi convidada para participar do grupo de gestantes.

## Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família

Não identifica, nem informa dados complementares, ficha clínica.

2. Anotação do exame físico?

Não anotou.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não deu diagnóstico, nem escreveu.

4. Existe conduta explícita?

Não anotou conduta.

5. Existe anotação?

Anotações segundo informações colhidas.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Na marcou retorno.

### 3º Paciente (mulher)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)

Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)

A paciente refere que não trouxe resultados dos exames realizados. Nega intercorrência, exceto a saída de muco de cor escura atribuído a um susto?

A enfermeira não se manifestou quanto ao assunto, fala das semanas gestacionais (34 semanas), e observa perda de peso da paciente. Pergunta por cólicas e a paciente nega.

Paciente hipertensa referindo não ter mais medicação.

A enfermeira pede o controle da PA.

Ao Exame Físico: AFV, mucosas, BCF (sonar) (+). Palpação para verificar posicionamento fetal, verificação de edemas em MMII. Não examinadas mamas e circunferência abdominal.

Alertada para procurar a unidade se ocorrer edema de MMII, dor ou sangramento

Orienta ainda para o preparo de mamas, uso de sulfato ferroso, adequadamente e sobre a dietas.

Elaboração do diagnóstico:

Prescrição medicação para controle da PA e uso de sulfato ferroso.

Prontuário (Sim) Conduas assistenciais ( )

Prescrição para o paciente (Sim)

Solicita trazer exames (resultados) laboratoriais com urgência.

Primípara com um episódio de aborto espontâneo, não registrado.

Dados informativos do cartão incompletos no registro das consultas; apenas última consulta foi registrada.

Gráficos não preenchidos.

Dados complementares incompletos (identificação)

Orientação para o retorno? Não definido

Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

### Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família

Ficha de identificação completa.

2. Anotação do exame físico?

Não anotou exames.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não anotou diagnóstico de enfermagem.



4.Existe conduta explícita?

Anotou conduta.

5.Existe anotação?

Anotações segundo informações colhidas.

6.Agendamento de retorno ou alta?

Não marcou retorno.

**Entrevistada 3** : D. Mariposa.

### **1º Paciente (mulher pré-natal)**

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)

Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)

A enfermeira avalia anotações anteriores e questiona à paciente sobre uso de medicações prescritas anteriormente.

A paciente entrega os resultados dos exames laboratoriais

A enfermeira orienta sobre DPP (data provável de parto) independente da Ultra-sonografia e exames laboratoriais. Avalia o peso e orienta a paciente sobre a dieta adequada, após avaliação nutricional, esclarecendo ainda sobre complicações no parto e para a criança.

\*Interrompe a consulta duas vezes ara atender o celular.

Ao Exame Físico: PA e peso.

A enfermeira avalia a mobilidade de feto, edema em MMII, pulso, AFU (análise de fundo de útero), mamas (orienta a mãe para preparo de mamilo) e mucosa. Ausculta BCF de feto com sonar.

Feitas anotações no cartão.

Prescrita medicação para corrimento vaginal (não foi avaliado na consulta) e sulfato ferroso.

Paciente questiona sobre enjôo.

A enfermeira orienta para realização de exames laboratoriais não realizados, sobre o uso de medicação (uso de terminologia técnica para a paciente), sobre os resultados de exames laboratoriais, e faz anotações no prontuário. Convida-a para reunião de grupo de gestantes

Orientações para vacinação.

Elaboração do diagnóstico: Gravidez, diagnóstico médico e não de enfermagem.

Prescrição Prontuário (Sim) Condutas assistenciais (Solicitação

de exames) Prescrição para o paciente (Sim)

Orientação para o retorno? Não definido.

Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

Consulta de  $\pm$  40 minutos

### **Roteiro para investigação no prontuário**

1.Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família

Ficha de identificação.

2.Anotação do exame físico?

Anotações do exame físico incompletas.

3.Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Laboratorial está anotado.

O diagnóstico de enfermagem não foi anotado.

4.Existe conduta explícita?

Não.

5.Existe anotação?

Sim, da coleta de anamnese (pouca) e de exames laboratoriais.

6.Agendamento de retorno ou alta?

Não.

## 2º Paciente (mulher pré-natal)

Tipo de consulta Primária (x) Subseqüente ( )

Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)

Anamnese realizada pela enfermeira.

A paciente refere gravidez, mudanças no corpo e enjôo

A enfermeira convida-a para reunião de gestantes.

Ao Exame Físico: AFU (enfermeira avalia e diz que o volume é indicativo de mais tempo de gestação de que o colocado pela paciente).

Avalia MMII, cartão para vacinação e já orienta para vacinação. Avalia mamas, BCF com sonar e mucosas.

Solicita exame de rotina no pré-natal.

Calcula a data mais correta de gestação, faz anotações no cartão de gestante.

Verifica PA. Ressalta a importância da participação do pai.

Faz anotações no prontuário

Orienta para alimentar-se após a coleta dos exames e onde são realizados. Fala ainda da leitura da agenda da gestante e marca seu retorno

Não prescreve medicação e/ou orientações.

Elaboração do diagnóstico: Gravidez.

Prescrição Prontuário (Não) Conduas assistenciais (Solicitação de exames) Prescrição para o paciente (Não)

Orientação para o retorno? Agendado retorno.

Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

Consulta ±40 min.

## Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família

Sem folha de identificação.

2. Anotação do exame físico?

Sim.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não de enfermagem e sim laboratorial.

4. Existe conduta explícita?

Não.

5. Existe anotação?

Sim, coletadas por anamnese.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Não.

### 3º Paciente (mulher pré-natal)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)  
 Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)  
 A paciente demorou para retornar à UBS, desde a última gravidez.  
 A enfermeira orienta a paciente sobre o controle de natalidade e planejamento familiar, uma vez questionada por esta.  
 A paciente entrega exame de Ultra-sonografia para enfermeira e esta realiza anamnese e avalia o cartão da gestante, bem com os exames trazidos pela paciente.  
 Orienta a paciente para uso correto de medicações que já haviam sido prescritas.  
 Solicita aos acadêmicos que realizem o exame físico e anota no prontuário o resultado.  
 Ao Exame Físico: posição fetal, PA, verificado BCF com sonar, AFU.  
 Solicitados exames de rotina  
 Não prescrita medicação  
 A paciente foi convidada para a reunião de gestantes.  
 Elaboração do diagnóstico: Gravidez.  
 Prescrição (Já prescrita) Prontuário (Sim) Condutas assistenciais (Solicitação de exames) Prescrição para o paciente (orientação para a já prescrita)  
 Orientação para o retorno? Não agendado.  
 Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )  
 Consulta de ± 40 min

### Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.  
Sem folha de identificação e dados incompletos.
2. Anotação do exame físico?  
Sim.
3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?  
Não tem diagnóstico de enfermagem e somente laboratorial.
4. Existe conduta explícita?  
Não.
5. Existe anotação?  
Existe anotação de informações coletadas pela anamnese e orientações para vacinação.
6. Agendamento de retorno ou alta?  
Não.

**Entrevistada 4:** D. Esperança.

### 1º Paciente (mulher hiper-dia)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)  
 Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)  
 A enfermeira questiona o estado da paciente o qual refere enjô, mal estar e inchaço no estômago. Pergunta quando as queixas iniciaram e a paciente refere que a partir do uso de *metiformina* (medicação indicada por médico não do programa).  
 O prontuário é avaliado, bem como a prescrição anterior da equipe (médico). Orienta-a a procurar o médico novamente.

A enfermeira questiona sobre sintomatologia da patologia. Paciente nega intercorrência. A enfermeira orienta sobre pé diabético e cuidados gerais.

Ao Exame Físico: avalia a PA e questiona o uso de medicação para PA. A paciente informa que não que está seguindo orientações para dieta e exercícios físicos.

O peso é medido e a paciente recebe orientações para exercícios físicos e dieta para perda de peso.

Informa que os resultados dos exames laboratoriais realizados ainda foram trazidos, exceto a glicemia capilar pós prandial.

Não avalia edema e nem dor na região abdominal mencionada pela paciente.

Prescrita medicação, orientada assistência e registrado retorno.

Elaboração do diagnóstico: Gravidez

Prescrição Prontuário (Sim) Condutas assistenciais (Solicitação de resultados de exames) Prescrição para o paciente (Sim)

Orientação para o retorno? Orientado e registrado.

Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

Consulta ±20 min.

### Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Sim, tem ficha de identificação.

2. Anotação do exame físico?

Sim, porém ignora queixas da paciente referente a dores e edema.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não tem diagnóstico de enfermagem, somente o laboratorial explícito.

4. Existe conduta explícita?

Sim, porém sem prescrição de cuidados para a paciente (receituário), apenas de medicação.

5. Existe anotação?

Sim.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Sim.

### 2º Paciente (hiper-dia)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)

Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)

A enfermeira questiona sobre data de aniversário e bolo de diabético (brincadeira), além da participação em caminhada do grupo e sobre pé diabético.

A paciente nega qualquer intercorrência.

A PA é verificada e solicita-se um maior controle da PA. Levanta-se questionamento sobre alguma intercorrência, dor ou manchas, problemas de visão e sintomatologia da patologia.

A paciente nega intercorrência, mas pede um encaminhamento para oftalmologista.

A enfermeira pergunta sobre exames laboratoriais, se existe algum para leitura e a paciente diz que já entregou os resultados e lembra que a mesma já os avaliou.

A enfermeira questionou sobre acompanhamento médico e uso de medicação. Existe acompanhamento com cardiologista, fora da equipe do PSF e uso de medicação, além das estabelecidas pela farmácia básica.

O peso é avaliado e a paciente recebe elogio pela perda de peso e pelo controle da dieta e





laboratoriais e seu preparo, informando que, para que se tenha bom resultado é preciso seguir corretamente as orientações corretas para realização de exames.

Ao Exame Físico: incompleto

Elaboração do diagnóstico: não elaborado.

Prescrição de exames)                      Prontuário (Sim)                      condutas assistenciais (Solicitação Prescrição para o paciente (Sim)

Orientação para o retorno? Não definido

Registro no prontuário: não informa                      Sim ( ) Não ( )

Consulta ± 15 min.

### **Roteiro para investigação no prontuário**

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: Segundo a enfermeira prontuário família está na sede.

Enfermeira relata dificuldades de locomoção de prontuários família para o local de atendimento.

2. Anotação do exame físico?

Sim, observando o tipo de problema.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não.

4. Existe conduta explícita?

Sim, solicitação de exames laboratoriais e medicação prescrita.

5. Existe anotação?

Não. Refere apenas o problema do paciente e a falta do cartão de vacina da criança.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Não.

### **2º Paciente (adolescente Pré-natal)**

Tipo de consulta                      Primária ( )      Subseqüente (x)

Avaliação do paciente                      (anamnese e exame físico)

A enfermeira questiona a respeito do problema que informa estar grávida e que esposo é ciumento não deixando ela sair de casa.

A enfermeira pergunta sobre escolaridade, paciente relata 2 anos de abandono dos estudos por exigência do namorado. Conta está arrependida por ter deixado a escola e recebe esclarecimento sobre a importância dos estudos para o mercado de trabalho e subsistência no futuro.

Seu esposo, (namorado), tem 22 anos e ambos moram ainda com seus pai.

A paciente relatou que o namorado não a maltrata, que ele comprou um carro, e vai brevemente comprar uma casa perto da de sua mãe.

A paciente está feliz com a gravidez, mas seu namorado tem preocupação com ela, e por isso dificulta a saída dela de casa.

A enfermeira pergunta a data da última menstruação e a paciente informa.

O preenchimento do cartão de gestante é iniciado. A enfermeira pergunta dados sociais e de saúde não só da paciente como de sua família, conforme o cartão de gestante.

A enfermeira orienta para auto-estima e continua questionamentos pessoais a respeito do cartão de gestante.

Enfermeira avalia I.G. e expõe DPP para mãe.

Solicita exames de rotina e Ultra-sonografia.

Ao Exame Físico: Avaliado peso e altura, AFU, PA, mamas e orienta para o preparo destas e uso de sutiêm. Avalia edema de MMII. Solicita o comparecimento da paciente à sala de vacina em outra localidade, para verificar a situação vacinal. Não avaliou BCF.

O exame preventivo (citopatologia) é solicitado.

A enfermeira orienta para coleta de exames e preparo adequado.

Agendada consulta subsequente.

Elaboração do diagnóstico: não.

Prescrição de exames)                      Prontoário (Sim)                      Conduas assistenciais (Solicitação  
Prescrição para o paciente (Sim)

Orientação para o retorno? Agendado.

Registro no prontuário:              Sim (pouca informação)              Não ( )

Consulta ±40 min.

### Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: Não. Refere que o prontuário família está no arquivo, na sede.

2. Anotação do exame físico?

Sim.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não.

4. Existe conduta explícita?

Sim, solicitação de exames laboratoriais.

5. Existe anotação?

Não.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Sim.

### 3º Paciente (criança)

Tipo de consulta                      Primária ( )              Subsequente (x)

Avaliação do paciente              (anamnese e exame físico)

Enfermeira mostra-se amiga da mãe e conhece a história da família. Conversa com a mãe e solicita preparo da criança para iniciar a avaliação.

Ao Exame Físico: peso, estatura, avalia a pele e pergunta a mãe se existe queixa. Mãe relata gripe, prurido na região glútea e que há tempo a criança não faz exame de rotina.

Realiza ausculta pulmonar e observa coriza (ND).

A enfermeira solicita os exames de rotina e avalia situação vacinal e nutricional.

Parabenizando a mãe pelas condições de nutrição da criança.

A mãe queixa-se da situação social para dar boa dieta à criança e refere não querer perder o programa de leite, óleo, pois isso a ajuda.

A enfermeira diz a mãe que a criança pode estar com virose

Recomenda o aumento da ingestão hídrica, não prescreve medicação e orienta o uso de comida rica em vitamina C sempre após o almoço e de outra dieta rica em frutas típicas como limão, para aproveitar a vitamina C.

Elaboração do diagnóstico:

Prescrição                      Prontoário (Sim)                      Conduas assistenciais (solicita



exames de rotina) Prescrição para o paciente (Não)  
 Orientação para o retorno? Não definido.  
 Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

➤ Fornecido o endereço para realização de exames e avaliação de acordo com a especialidade médica.

### **Roteiro para investigação no prontuário**

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: sim, prontuário família na USF. Refere que o arquivo está na sede e que no momento não os estão usando. Sem ficha de identificação.
2. Anotação do exame físico?  
Sim.
3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?  
Não.
4. Existe conduta explícita?  
Não, apenas solicitação de exames de rotina.
5. Existe anotação?  
Não.
6. Agendamento de retorno ou alta?  
Sim.

### **Entrevistada 6: D. Vaga-luma.**

#### **1º Paciente (hiper-dia)**

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)  
 Avaliação do paciente (anamnese e exame físico). Sim, porém com muitas questões orais, sem registro.  
 A paciente apresenta melhora do peso.  
 A enfermeira pergunta sobre a quantidade do uso de medicação, queixas e exames laboratoriais, verificando seus resultados.  
 Paciente relata BEG, queixa-se de cefaléia.  
 A enfermeira questiona sobre vermicífugo, função gastrointestinal, visão e a paciente relata NDN.  
 Indaga ainda sobre edema e paciente refere inchaço nos membros quando “chateada”, mas que no momento não tem se aborrecido.  
 A enfermeira afere a PA e pergunta se esta tem se elevado. Enfermeira mede o peso e questiona sobre a sua dieta, orientando para a redução do sal, exercícios físicos diários e regulares a fim de ajudar na manutenção da PA.  
 A enfermeira questiona sobre ECG e exame preventivo (colpocitopatológico).  
 Programa a solicitar exames e a avaliação pela médica da equipe na próxima consulta. Ressalta a importância da mamografia e de exames laboratoriais.  
 A Mantém a medicação prescrita caso, não haja rejeição problemas.  
 A paciente questiona sobre reposição hormonal e a enfermeira a encaminha para a médica da equipe, uma vez que esta é ginecologista.  
 A enfermeira fornece o endereço para realização dos exames solicitados.

Elaboração do diagnóstico: não o de enfermagem.

Prescrição                                      Prontuário (Sim)                                      Conduas assistenciais (Solicitação de exames)                                      Prescrição para o paciente (Sim)

Orientação para o retorno? Não definido.

Registro no prontuário:                      Sim (x)                                      Não ( )

Consulta ± 25 min.

### **Roteiro para investigação no prontuário**

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Sim, ficha de identificação.

2. Anotação do exame físico?

Sim, porém apenas PA e altura. Não anotou edema e as queixas da paciente.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Diagnosticou patologia.

Anotação de exames laboratoriais.

4. Existe conduta explícita?

Sim, incompleta, com orientações verbais

5. Existe anotação?

Sim, incompleta, com orientações verbais

6. Agendamento de retorno ou alta?

Não.

### **2º Paciente (hiper dia)**

Tipo de consulta                                      Primária (x)                                      Subseqüente ( )

Avaliação do paciente                                      (anamnese e exame físico), incompletos.

A enfermeira questionou sobre o uso medicação e colheu dados para identificação sócio-econômica e biológica do paciente.

A paciente relata uso de medicação já prescrita por médico particular (captopril) e cirurgia por motivos cardíacos, mostrando a enfermeira cicatrizes e manchas em MMII. Refere depressão.

A enfermeira pergunta o porquê da depressão e preocupação e a paciente cita problemas familiares. Relata que deseja fazer exames laboratoriais de rotina.

A enfermeira orienta a paciente a procurar um centro de referência de terapia de saúde mental falando sobre a importância do acompanhamento para aliviar os problemas. Esta concorda e continua com queixas sociais.

A enfermeira afere a PA e questiona sobre o uso de outras medicações e a paciente admite estar se auto-medicando.

Medido o peso da paciente.

A enfermeira orienta sobre acompanhamento cardiológico e exercícios físicos.

Investigado edema e orientada sobre a importância do exame oftalmológico.

Oriente a paciente a importância do oftalmologista.

A enfermeira questiona sobre avaliação ginecológica e solicita exames inclusive mamografia.

Orienta paciente para retornar com os resultados de exames para a médica da equipe.

Prescreveu medicação.

A paciente referiu ainda rachaduras em pés e pede à enfermeira que solicite exame de ácido úrico.

Recebe orientação para preparo de exames e o endereço para a realização dos mesmos.

Ao Exame Físico: incompleto.

Elaboração do diagnóstico: não.

Prescrição                                      Prontoário (Sim)                                      Condutas assistenciais (Solicitação de exames)                                      Prescrição para o paciente (Sim)

Orientação para o retorno? Sim. Oral não registrado.

Registro no prontuário:                      Sim (não definido) Não ( )

Consulta ± 20 min.

### **Roteiro para investigação no prontuário**

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Identificação incompleta.

2. Anotação do exame físico?

Exame físico incompleto, com pouca anotação.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não.

4. Existe conduta explícita?

Prescrita medicação e encaminhamento.

5. Existe anotação?

Sim.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Não no prontuário, mas sim verbalmente.

### **3º Paciente (mulher)**

Tipo de consulta                                      Primária ( )      Subseqüente ( x)

Avaliação do paciente                                      (anamnese e exame físico feitos). Paciente atendida pela equipe médica anteriormente.

A enfermeira questiona sobre dieta da paciente e exercícios físicos, informando a importância do auto-cuidado.

O paciente é hipertenso segundo diagnóstico médico (equipe). Relata cefaléia e problemas sociais (familiar): um filho com problema de ordem social (usuário de drogas).

Paciente relata apelar pela religiosidade para resolução de problema social. Sem sucesso (SIC) porém ainda com fé (paciente chorosa).

Quanto a medicação a paciente relata o uso da mesma e fitoterápicos (empírico) associados.

A enfermeira pergunta sobre ciclo menstrual e exame preventivo (colpocitopatológico), que a paciente informa não ter feito.

Há queixa sobre calor, “abafamento” que dá vontade de tirar a roupa. A PA é verificada e discute-se sobre o horário e uso da medicação.

A PA está alterada e a enfermeira encaminha para a médica.

Prescreve e administra medicação.

Ao Exame Físico: incompleto.

Elaboração do diagnóstico: não; relata diagnóstico médico SIC sem confirmação laboratorial

Prescrição                                      Prontoário (Sim)                                      Condutas assistenciais (Solicitação de exames)                                      Prescrição para o paciente (Sim)

Orientação para o retorno? Não definido. Encaminhado à médica.

Registro no prontuário:                      Sim (x)                                      Não ( )

Consulta ± 20 min



Sim, porém incompleto.

3.Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Sim, diagnóstico de enfermagem (apenas 1). Não relata dermatite.

Não há exames laboratoriais.

4.Existe conduta explícita?

Sim, prescrição medicamentosa.

5.Existe anotação?

Sim.

6.Agendamento de retorno ou alta?

Não há relato no prontuário.

## 2º Paciente (Planejamento familiar)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)

Avaliação do paciente (anamnese e exame físico) parcialmente.

Paciente refere falta de medicação e que tem usado preservativo.A enfermeira orienta para o uso de preservativo até chegada de medicação, e fala sobre o uso de aleitamento associado ao preservativo, como um fator de segurança para evitar filho.

Fala sobre ganho de peso, sobre PA, e da necessidade de usar corretamente a medicação.

Paciente informa datas de uso da medicação e desde quando está sem a mesma.

A enfermeira questiona sobre exames laboratoriais no período gestacional. Foi feito pré-natal com outros profissionais fora da unidade.

Ao Exame Físico: PA, peso, IMC (índice de massa corpórea). Enfermeira orienta dieta e exercícios físicos para controle de peso. A PA está alterada, por isso é orientada quanto aos riscos da hipertensão. Paciente stressada por problemas familiares.

A enfermeira solicita os resultado dos exames laboratoriais para a próxima consulta.

A enfermeira orienta procurar por um ginecologista com a finalidade de busca por um método contraceptivo, solicita preventivo e orienta para verificação da PA mais frequentemente para controle de medicação.

Não marca retorno, nem prescreveu.

Orienta abertura de cartão para controle de PA

Elaboração do diagnóstico: não.

Prescrição de resultados de exames) Prontuário (não) Prescrição para o paciente (não) Conduas assistenciais (Solicitação

Orientação para o retorno? Não definido, recomendou retornar para avaliar a PA.

Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

Consulta ± 22min.

## Roteiro para investigação no prontuário

1.Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Ficha de identificação.

2.Anotação do exame físico?

Parcial, apenas PA, IMC (índice de massa corpórea)

3.Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não.

4.Existe conduta explícita?

Sim.

5.Existe anotação?

Não.

6.Agendamento de retorno ou alta?

Não.

### 3º Paciente (Planejamento familiar)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)  
 Avaliação do paciente (anamnese com poucas informações e exame físico não realizado)  
 A enfermeira sabendo que a paciente está em 40 dias pós-parto, questiona alguma intercorrência e aleitamento exclusivo.  
 A enfermeira orienta sobre aleitamento exclusivo e uso de preservativo como método e contracepção, pois ainda não se pode fazer planejamento com a medicação disponível no posto.  
 A enfermeira questiona sobre problemas de fígado e PA.  
 Não avalia o peso da criança que está mamando.  
 Paciente refere ainda não ter reiniciando as relações sexuais.  
 A enfermeira relata que após 45 dias parto é um bom período para uso de medicação e que vai prescrevê-la para a compra em farmácia, até que tal medicação chegue à unidade.  
 Orienta sobre o aleitamento nos dois seios.  
 Enfermeira orienta sobre aleitamento até não ter mais leite de i mama depois outro.  
 Mãe relata hérnia umbilical na criança, porém a enfermeira não examina. Fala de sobrepeso e orienta dieta e dosagem da medicação.  
 Orienta para uso correto da medicação injetável e para não massagear o local  
 Prescreve medicação  
 Alerta sobre alteração hormonal durante o uso da medicação. Entrega preservativo.  
 Não registrou retorno, verbalizou.  
 Orientou que qualquer dúvida que haja com a criança procurar por médico em hospitais.  
 Ao Exame Físico: incompleto.  
 Elaboração do diagnóstico: não elaborado.  
 Prescrição Prontuário (Sim) Condutas assistenciais (Solicitação de exames) Prescrição para o paciente (Sim)  
 Orientação para o retorno? Verbal.Não registrou.  
 Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )  
 Consulta ±20 min.

### Roteiro para investigação no prontuário

1.Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Sim, com ficha de identificação.

2.Anotação do exame físico?

Não.

3.Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não.

4.Existe conduta explícita?

Apenas a respeito da medicação prescrita.

5.Existe anotação?

Sim, pouco relato.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Não anotado.

**Entrevistada 8:** D. Palmeira.

**1º Paciente (mulher)**

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)  
 Avaliação do paciente (anamnese e exame físico com pouca avaliação sentido céfalo-caudal, tal qual preconiza o MS)  
 A enfermeira questiona sobre os exames e onde fora realizados.  
 A paciente orientada a ir ao ICS para realizar exames.  
 A enfermeira verifica a data da última consulta, e questiona intercorrências.  
 A paciente refere dor do lado esquerdo, mas nada significativo na ocasião da consulta. A dor será avaliada juntamente como os exames laboratoriais solicitados.  
 A enfermeira questiona sobre vacinas.  
 PA e peso foram verificados.  
 A enfermeira orienta paciente para coleta de preventivo e exame de mama e questiona se há queixa durante coito.  
 Paciente refere incomodo, sem sangramento.  
 Ao Exame Físico: enfermeira avalia dentição e questiona sobre dores. Paciente refere não ter acesso a dentista, e a enfermeira lhe dão um encaminhamento. Orientada sobre o cuidado com as mamas, higiene e uso de soutien.  
 Avalia AFU, BCF, faz anotação em cartão de gestante, colhe material citopatológico e faz a inspeção de vulva.  
 Identifica condiloma?(DST) na inspeção vaginal.  
 A enfermeira solicita a presença da médica para avaliar o condiloma e esta confirma o diagnóstico. O tratamento é orientado.  
 Paciente questiona sobre o feto e recebe orientações.  
 A paciente é encaminhada para unidade de referência para DST e orientada sobre a importância da realização dos exames.  
 Marca retorno e agenda para a médica.  
 Não preenche gráfico no cartão da gestante.  
 Elaboração do diagnóstico: Gravidez/ DST (Não de enfermagem)  
 Prescrição Prontuário (Sim) Conduas assistenciais (Solicitação de exames) Prescrição para o paciente (Sim)  
 Orientação para o retorno? Sim, para a médica.  
 Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )  
 Consulta 35 min.  
 Registro em cartão de gestante incompleto; orienta tratamento e cuidados para a paciente.

**Roteiro para investigação no prontuário**

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Sim, ficha de identificação da paciente.

2. Anotação do exame físico?

Incompleta.

3.Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Sim, diagnóstico de patologia, não de enfermagem e não laboratorial.

4.Existe conduta explícita?

Não.

5.Existe anotação?

Apenas uma anotação sugerida para a cliente. Outras sugestões não foram anotadas

6.Agendamento de retorno ou alta?

Não agendado.

## 2º Paciente (mulher)

Tipo de consulta Primária (x) Subseqüente ( )

Avaliação do paciente (anamnese sim, orientado por protocolo do MS e cartão de gestante. e exame físico)

A enfermeira começa agendando nova consulta para janeiro.

Abre o cartão de gestante e colhe dados (anamnese para cartão como preconizado pelo MS) e transcreve para prontuário.

Interrompe a consulta para atender o celular.

Ao Exame Físico: IG, PA, DPP, questiona sobre intercorrências e sobre gestação anterior e orienta para exames de rotina, solicitando os mesmos.

Questiona sobre vacina fala de sua importância e a encaminha para vacinação.

A médica vem lavar as mãos e conversar com a enfermeira no consultório.

O exame físico céfalo-caudal é iniciado, bem como a avaliação dentária. Orienta que a paciente marque consulta com o dentista da unidade.

Examina mamas, BCF, AFU, orienta para realização do exame citopatológico.

Agenda retorno e pede que traga os resultados dos exames solicitados. Preenche o cartão de maneira incompleta e não preenche gráfico.

Elaboração do diagnóstico: Gravidez.

Prescrição Prontuário (Sim) Condutas assistenciais (Solicitação de exames) Prescrição para o paciente (Sim)

Orientação para o retorno? Sim.

Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

## Roteiro para investigação no prontuário

1.Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Não.

2.Anotação do exame físico?

Não.

3.Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

De enfermagem sim, laboratório não.

4.Existe conduta explícita?

Sim.

5.Existe anotação?

Sim.

6.Agendamento de retorno ou alta?

Sim.



### 3º Paciente (mulher)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente ( x )  
 Avaliação do paciente (anamnese e Exame Físico)  
 A enfermeira inicia anamnese coletando dados sobre de vida sexual da paciente. O exame físico não segue com orientação céfalo-caudal; avalia mamas e colhe material citopatológico. Solicita a presença da médica da equipe que está no consultório. A médica prescreve e a enfermeira orienta a paciente para retornar para pegar o resultado do preventivo.  
 Elaboração do diagnóstico: Gravidez, não de enfermagem.  
 Prescrição Prontuário (Sim) Condutas assistenciais (orientação)  
 Prescrição para o paciente (Sim)  
 Orientação para o retorno? Não definido.  
 Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

### Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família incompleto.  
Ficha de identificação do paciente.
2. Anotação do exame físico?  
Não.
3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?  
Diagnóstico de enfermagem incompleto e laboratorial não explícito.
4. Existe conduta explícita?  
Não.
5. Existe anotação?  
Não.
6. Agendamento de retorno ou alta?  
Não.

**Entrevistada 9:** D.Margarida.

### 1º Paciente (homem)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)  
 Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)  
 A enfermeira pergunta idade do paciente, mede altura e pesa-o, calcula o IMC.  
 A enfermeira demonstra conhecer sua história. Pergunta sua pela família, se ele e a esposa estão prevenindo-se contra gravidez. O paciente informa que usa preservativo.  
 Alertou o paciente para que o agente de saúde fizesse o cartão da esposa.  
 Falou sobre DST, olhou o cartão de vacina e verificou que falta a vacina contra hepatite.  
 Explicou como se pega esta doença e complicações que podem ser evitadas com a vacinação.  
 Colocou o paciente na maca, perguntou por algias e eliminações, o paciente queixou-se de dor ao esforço físico as articulações.  
 Fez exame físico, palpação e inspeção céfalo-caudal, pedindo sempre licença ao paciente para tocá-lo. Indagou por manchas, se já tinha ido ao dentista e orientou o paciente para procurar a agente de saúde e marcar consulta com este profissional.  
 Questionou sobre uso de vermífugo, inspecionou mucosa oral, realizou ausculta cardíaca e

pulmonar, e perguntou se alguma vez o paciente foi ao oftalmologista e ao otorrino. Fez anotações no prontuário, continuou perguntou se o paciente se cansa, este negou, se o paciente havia realizado todos os exames pedidos anteriormente e o paciente negou, se a filha estava fazendo parte do programa e orientou para a agente comunitária fazer o cartão da criança para acompanhá-la. Solicitou exames laboratoriais e diagnósticos: RX, ECG, VDRL. Perguntou sobre parceiros sexuais e uso de preservativo com outros. Pediu HIV orientou que voltasse com os resultados de todos os exames. Forneceu o endereço de onde faze-los.

O paciente perguntou sobre vasectomia, a enfermeira explicou, mas ressaltou que ele é novo para submeter-se a esta intervenção.

Encaminhou-o ao oftalmologista a pedido do paciente.

Solicitou glicemia, colesterol e outros exames, e disse ao paciente que em sua historia familiar há problemas cardíacos.

Perguntou o grupo sanguíneo do paciente. Alertou-o mais uma vez para atualizar sua vacinação,

Pegou a folha de registro de produção.

Elaboração do diagnóstico: não explícito

Prescrição de exames)                      Prontuário (Sim)                      Condutas assistenciais (Solicitação Prescrição para o paciente (não)

Orientação para o retorno? Não definido, porém verbalizou retorno anual de rotina para ele, esposa e filho.

Registro no prontuário:              Sim (x)                      Não ( )

Consulta de  $\pm$ 40 min.

### **Roteiro para investigação no prontuário**

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Ficha de identificação individual.

2. Anotação do exame físico?

Anotou de forma incompleta o exame físico; não anotou orientações.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não tem diagnóstico de enfermagem, tem laboratorial não anotado maneira completa.

4. Existe conduta explícita?

Sim, em parte. Pedido de exames, investigação, encaminhamento e educação sexual.

5. Existe anotação?

Sim, incompleta.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Não.

### **2º Paciente (mulher)**

Tipo de consulta                      Primária ( )      Subseqüente ( x)

Avaliação do paciente              (anamnese e exame físico)

A enfermeira apresentou-me a paciente e conversou com a mesma chamando a pelo nome. Perguntou sua idade, se tem PA elevada, e a paciente informou fazer uso de antihipertensivo (hibroclotiazida) prescrito por médico. A PA. Foi medida e estava levada.

Leu o prontuário da paciente e verificou que a data da última consulta foi em junho 2004. A paciente a mamografia e lhc foi pedido para repetir o exame. Pesou a paciente, mediu altura e anotou no prontuário. Questionou sobre dieta e controle da pressão. Perguntou sobre a dieta,

orientou sobre o sal, como faz a verdura, que tipo de carne come (gordura) e se usava de sulfato ferroso.

Informou que toda 1ª semana do mês atende-se paciente com HAS na unidade, perguntou se ela faz caminhada, se o esposo tem registro no PSF, se ela toma outro remédio para pressão além do mencionado, e quando seus medicamentos foram prescritos. A paciente informou de modo confuso, que foi desde maio de 2003 a 29/06/2004. Foi alertada que o alimento que têm escrito cloreto de sódio é porque tem sal. Recomendou dieta e caminhadas pela manhã e à tarde. Perguntou como fez uso do remédio. Pediu o retorno para controlar PA e informou a possibilidade de encaminhá-la para o cardiologista. Já que na família tem caso de hipertensão alertou sobre a importância de controlar sua PA, mensalmente.

Olhou os resultados de exames de fezes e sangue, informando-a sobre os mesmos.

Pediu que evitasse comer camarão visto seu colesterol estar no limite. Passou medicação para verminose e anemia, perguntou ainda sobre eliminação, saneamento da casa e número de filhos.

Anotou no prontuário.

A paciente falou sobre preventivo. A enfermeira perguntou quando fez o último preventivo, mamografia e explicou a importância de fazê-los.

Perguntou sobre o esposo, se ele já fez exame de PSA.

Obs: parou para dar informação a outro paciente que bateu na porta da sala.

A enfermeira questionou se a paciente já estava na menopausa, sobre menstruação e métodos anticoncepcionais. E ela faz uso de tabela. Como ela faz, relatou que seu ciclo é de 28 dias.

A paciente recebeu os exames e foram solicitados HDL, LDL, triglicérides, preventivo e colposcopia.

Prescreveu *mebendazol*, e sulfato ferroso.

Verificou se havia edema periférico, inspecionou e palpou MMII.

Orientou para levar o marido para fazer os exames.

Conferiu as vacinas e orientou para antitetânica.

Elaboração do diagnóstico: não elaborado.

Prescrição de exames)	Prontuário (Sim)	Conduas assistenciais (Solicitação)
	Prescrição para o paciente (Sim)	

Orientação para o retorno? Sim

Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

Tempo de consulta ± 35min.

### **Roteiro para investigação no prontuário**

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Com ficha de identificação individual.

2. Anotação do exame físico?

Exame incompleto. Anotação de todos os exames pedidos e resultados recebidos.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Sim, laboratorial, mas não de enfermagem

4. Existe conduta explícita?

Em parte, como plano de cuidado.

5. Existe anotação?

Sim.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Sim.

### 3º Paciente (mulher)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente ( x )  
 Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)

Ao começar a consulta apresentou-me para a paciente. Após, a enfermeira Perguntou o estado geral da paciente e a vida social, sobre atividade física, acuidade visual, trabalho, planejamento familiar, prevenção de gravidez, uso de preservativo, corrimento vaginal, ciclo menstrual.

Aferiu a PA e informou à paciente 100/60, pesou-a, mediu-a, informou-a e anotou no prontuário, mas não anotou as respostas dos questionamentos.

Mudou o papel da maca. No exame físico fez palpação e ao mesmo tempo, perguntas. Ensinou-a fazer o auto-exame das mamas 5 dias após a menstruação e orientou quanto a atividade hormonal e alterações menstruais. Falou que a encaminharia para a ginecologista.

Fez inspeção das amídalas e perguntou sobre remédio de verme, sobre eliminação, se ainda era virgem (paciente informa que não), orientou-a quanto ao planejamento familiar e uso de pílula, bem como a maneira de tomá-la. Falou sobre a pílula do dia seguinte, informando não ser um abortivo e que o seu uso só é válido até 72 horas após o coito.

Informou sobre a gravidez na adolescência e seus perigos. Orientou sobre a estrutura corpórea, as conseqüências sociais e os riscos. Falou sobre DST, AIDS e uso do preservativo. Perguntou se sua mãe sabe que ela já teve relações sexuais (resposta não).

Pediu exame preventivo, ultra-sonografia pélvica. Indagou pelo grupo sanguíneo, sobre sífilis, vacinação e consulta com oftalmologista. Indicou o local dos exames, anotou os pedidos no prontuário.

Elaboração do diagnóstico: não explícito.

Prescrição Prontuário (Sim) Condutas assistenciais (Solicitação de exames) Prescrição para o paciente (não)

Orientação para o retorno? Não definido feita solicitação verbal.

Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

Consulta ±32 min.

### Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Ficha de identificação.

2. Anotação do exame físico?

Anotações incompletas.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não de enfermagem e sim laboratorial

4. Existe conduta explícita?

não

5. Existe anotação?

Incompletas.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Não.

**Entrevistada 10:** D. Borboleta.

### 1º Paciente (gestante)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente ( x)  
 Avaliação do paciente (anamnese e exame físico direcionado para a gestação)  
 Chamou a paciente, apresentou-me, perguntou quando foi sua última consulta, pediu o cartão de vacina, os exames que já haviam sido feitos, se teve dificuldade de achar o lugar para fazer o exame. Perguntou a idade da paciente e conversou sobre a gestação.  
 A paciente perguntou pelo tempo exato de sua gravidez e a enfermeira informou ser 7 meses e 2 semanas de acordo com a ultra-sonografia A enfermeira anotou alguns dados no prontuário e informou a data provável de parto.  
 A enfermeira pergunta por enjôo, vômito, prisão de ventre, azia, cefaléia, corrimento, se havia prurido, cor, perguntou por sangramento, eliminação urinária (cor ardor) e medicação. Orientou alimentação fracionada e para que ela fizesse o preventivo.  
 Solicitou nova glicemia, VDRL e fazendo as devidas anotações.  
 Olhou a última ultra-sonografia e explicou o resultado: normal, sem alterações placenta, líquido e peso. Anotou no prontuário esses dados. Orientou marcação de retorno, através da agente comunitária. Aferiu a PA informou que estava baixa, perguntou por tonteira, sono alimentação, mediu o pulso, aconselhou-a a controlar o peso, fez anotações, além de reforçar a questão da alimentação, indagando a mesma se tomava leite, comia feijão, verduras. Convidou-a a deitar-se na maca.  
 Ao Exame Físico: fez o exame das mamas, mediu a altura da barriga, o fundo do útero e a largura e anotou no prontuário. Perguntou o peso da paciente antes de engravidar, colocou o gel na barriga usou o sonar para ausculta de bulhas CF do feto, lavou as mãos e anotou no prontuário. Informou que estava tudo bem, mas pediu-lhe que repetisse o exame de urina por ela ter parado de tomar o remédio. Prescreveu um creme vaginal explicando como se usa e solicitou os exames que ela deveria repetir. Perguntou pelo uso do sulfato ferroso, indicou uso de camisinha estimulou o hábito de caminhar, falou da amamentação e da importância da higiene bucal (visita ao dentista).  
 Elaboração do diagnóstico: não de enfermagem  
 Prescrição Prontuário (Sim) Condutas assistenciais (Solicitação de exames) Prescrição para o paciente (Sim)  
 Orientação para o retorno? Sim, a ser marcado pela agente segundo a enfermeira.  
 Registro no prontuário: Sim ( ) Não (x)  
 Consulta de ± 40 min.

### Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.  
Com ficha de identificação individual.
2. Anotação do exame físico?  
Sim, feito de maneira incompleta ou direcionado para a gestação.
3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?  
De enfermagem não; laboratoriais sim nos espaços protocolados pelo MS.
4. Existe conduta explícita?  
Não.
5. Existe anotação?  
Sim, exames pedidos, medicamentos prescritos, resultados de exames apresentados, mas não anotou orientações dadas.
6. Agendamento de retorno ou alta?

Não.

## 2º Paciente (mulher)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)

Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)

A enfermeira convidou a paciente que estava acompanhada da mãe por ser menor de idade a entrar na sala. Está no 3º mês de gestação e queixa-se de dor de cabeça e que o remédio prescrito (sulfato ferroso) causa-lhe náusea.

A enfermeira saiu da sala para pegar o prontuário da paciente.

Perguntou pelo feto, informou as semanas de gestação, perguntou por enjôo, ela referiu que o sulfato ferroso líquido provoca-lhe náusea. A enfermeira trocou a apresentação para comprimido, perguntou por prisão de ventre, azia e corrimento (cor) prurido, pelo preventivo, por edema, sangramentos, urina (ardor e dor) e o respectivo exame. Em virtude de a paciente estar com ardor, recomendou que voltasse logo que tivesse o resultado desse exame.

Perguntou pelo remédio de dor de cabeça, pelo sono e por atividade física (caminhada, alongamento). Aferiu a pressão, informou estar boa, perguntou pela ingestão de líquidos, por sua idade e informou a importância de acompanhamento. Pesou a paciente, informou seu peso, retirou o lençol usado e colocou outro e convidou a paciente a se deitar.

Ao Exame Físico mediu o fundo de útero, a largura da barriga, colocou o gel para uso do sonar, fez ausculta de BCF e fez exame das mamas.

Informou sobre a importância de amamentar e ensinou como fortalecer o mamilo. A mãe da paciente perguntou pela vacinação e pelo retorno à consulta.

A enfermeira prescreveu *paracetamol*, calculou o IMC, informou que o peso estava normal e orientou a alimentação.

Prescreveu também creme vaginal até fazer o preventivo que foi solicitado.

Pediu exame de urina, anotou no prontuário e encaminhou para a vacinação. Avisou que marcaria o retorno e mandaria pela agente de saúde.

Elaboração do diagnóstico: não de enfermagem.

Prescrição Prontuário (Sim) Condutas assistenciais (Solicitação de exames) Prescrição para o paciente (Sim)

Orientação para o retorno? Marcar com a agente comunitária.

Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

Consulta ± 25 min.

### Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Ficha de identificação.

2. Anotação do exame físico?

Não, somente anotou o que especifica o prontuário.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não.

4. Existe conduta explícita?

Não.

5. Existe anotação?

Anotou de maneira incompleta.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Não.

### 3º Paciente (gestante)

Tipo de consulta Primária ( ) Subseqüente (x)

Avaliação do paciente (anamnese e exame físico)

Perguntou como a paciente estava passando, informou a data provável do parto.

Perguntou por enjôo, azia, corrimento, se havia feito preventivo e qual o seu resultado, e olhou no prontuário a medicação usada (*metronidazol creme*). Questionou sobre urina (dor, ardor), dor de cabeça, contou as pulsações, perguntou idade da paciente e se sabia o sexo do feto. Perguntou se o primeiro filho nasceu de parto normal. Informou a idade gestacional (36 semanas) pelo ultra-som, aferiu a pressão, perguntou aonde teria (maternidade) o filho, se ela sabia a existência do grupo de gestante. Pesou a paciente e informou seu peso.

Retirou da maca o lençol usado e colocou outro. Conversaram sobre alimentação, o por quê do aumento de peso, sobre atividade física. No exame físico mediu o fundo do útero, a altura e a largura da barriga e anotou no prontuário.

Usou o sonar para ausculta de BCF, fez exame das mamas, perguntou sobre ida ao dentista e marcou seu retorno. Orientou quanto a amamentação, anotou no cartão de gestante os dados e falou que esperaria mais uma semana para fazer o encaminhamento para a maternidade.

Pegou o prontuário, porém anotou muito pouco.

Elaboração do diagnóstico: não de enfermagem.

Prescrição Prontuário (Sim) Condutas assistenciais (orientações)  
Prescrição para o paciente (não)

Orientação para o retorno? Definido para daqui a uma semana, se não der a luz antes dessa data.

Registro no prontuário: Sim (x) Não ( )

Consulta ± 30 min

### Roteiro para investigação no prontuário

1. Identificação do paciente/ mãe/ família: prontuário família.

Com ficha individual.

2. Anotação do exame físico?

Não.

3. Existe diagnóstico de enfermagem e laboratorial explícito (escrito)?

Não.

4. Existe conduta explícita?

Não.

5. Existe anotação?

Incompleta.

6. Agendamento de retorno ou alta?

Sim.

## ANEXO V

## QUADROS REPRESENTATIVOS PARA A CATEGORIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Cada quadro está acompanhado de suas respectivas análises, tornando a exposição das informações obtidas, mais clara e compreensível.

Quadro I – Aspectos relevantes obtidos nas explanações das enfermeiras quanto história da implantação da equipe de PSF orientadas pela questão: *“Conte a história da implantação desta equipe de PSF.”*

Sujeitos	Locuções de Efeito	Interpretação (Tradução do significado)
ENF 01	<p>“(…) Quando eu cheguei a parte de territorialização já estava pronta ... Só fui fazer a parte de contagem de casas, das ruas e dividir para os agentes comunitários. Tive dificuldade porque , a parte que me delimitaram foi muito extensa e, como a gente só podia pegar na época até 200 famílias por cada agente, ... tiveram ruas que eu não pude pegar, tive que deixar de fora. Os agentes comunitários eram todos novos... eu fui do PACS.... A médica que veio trabalhar comigo não era do PCS. .. as duas auxiliares não trabalham nesta parte... A equipe toda fez um treinamento junto e aí eu fui realmente treinando os agentes. Eles tiveram um treinamento básico, tipo um treinamento de atenção à saúde da criança, como trabalhar com isso, atenção à saúde da mulher, os treinamentos mesmo de hipertenso, de diabético, de tuberculose, fui aos poucos fazendo isso. Depois que os meninos cadastravam os pacientes, fizemos um treinamento de visita domiciliar... A gente começou a traçar o esquema de trabalho... Isso já veio meio definido do curso... fazer um diagnóstico de nossa comunidade, da nossa área, ... os agentes os chamaram e a gente explicou para eles o que seria o PSF, como seria implantado. Começamos a formar os grupos... a gente continuou encaminhando os serviços, a gente fazia as consultas, tinha consulta médica e de enfermagem..., mas nunca funcionava 100... a gente foi tendo os treinamentos... Começamos a colher preventivo, a gente fez um treinamento teórico, mas a gente não fez um treinamento prático. “Ah! Você então vai procurar um lugar para fazer treinamento!”...Eu sinto falta de treinamento de atenção á criança... você sabe que a enfermeira passa por esses processos aí absurdos... principalmente na saúde pública, nas das prescrições; PSF a enfermeira atende igual a médico. “</p>	<p>Enfermeira não participou do processo de territorialização/ a área é extensa, há distribuição excessiva de famílias por agente comunitário/ equipe mista, agentes novos e enfermeira do PACS/ agentes cadastram as famílias/ treinamento introdutório da equipe/ treinamento para visita domiciliar/ Diagnóstico da comunidade/ formação de grupos/ encaminhamento dos serviços de consulta médica e de enfermagem/ treinamento teórico e não pratico.</p>
ENF 02	<p>“...muita vontade de trabalhar. Nós tivemos um treinamento introdutório... A demanda aqui é muito</p>	<p>Treinamento introdutório/ demanda grande/ visita da</p>



	<p>grande, os dois primeiros anos foram assim de uma tentativa de reestruturá-lo.. As equipes estavam muito mais unidas... Nós visitamos toda a área de territorialização, fizemos mapeamento, fizemos mapa de isopor delimitando as áreas de risco e isso facilitou bastante o início dos trabalhos. A gente foi tentando organizar... a gente atendeu de uma forma geral. Na parte de enfermagem foi um pouco confuso pra mim em termos de acompanhamento e sistematização da assistência.”</p>	<p>área/ territorialização/ mapeamento/ identificação de área de risco/ dificuldade com ações de enfermagem.</p>
ENF 03	<p>“..teve inicio há quatro anos atrás. Nós fomos selecionados através de um concurso interno, nós temos vínculos com o estado ou com o município. Nós iniciamos com uma oficina de territorialização. Fomos capacitados, em um treinamento introdutório pelo ISC (Instituto de Saúde Coletiva) e nesses quatro anos, os profissionais na verdade, passam por capacitações atendendo particularmente aos programas já preconizados pelo Ministério. (...) E aqui chegando, construímos a história que fazia parte da oficina de territorialização com a ajuda dos agentes comunitários de saúde. Eles já estavam em Alto de Coutos atuando pelo PACS.”</p>	<p>Seleção por concurso/ oficina de territorialização/ treinamento introdutório realizado pelo ISC/ capacitações de acordo com os programas durante os períodos/ agentes vindos do PACS já implantado na área fizeram a territorialização juntamente com a equipe.</p>
ENF 04	<p>“...implantação dessa equipe aconteceu com uma seleção feita pela Secretaria Municipal de Saúde, a condição era sermos ligados à Secretaria Estadual ou Municipal e estarmos municipalizados. ... a principio, recrutaram umas doze equipes, eu fui uma dessas enfermeiras para compor essa equipe. Na verdade eles deixaram um pouco a desejar na questão do critério de outros profissionais que não tinham tanta concorrência. (...) .A princípio eu estava em Beira-Mangue, mas Beira-Mangue era uma unidade que não tinha sido nem estruturada fisicamente. A própria construção ainda estava em andamento e eu fui pra unidade Alto de Coutos. Uma unidade que recebeu quatro equipes... três a principio e 6 meses depois a quatro e com a instalação física sempre deficiente. O treinamento introdutório foi depois de algum tempo...e a gente não teve muito apoio no sentido de, até hoje não termos acompanhamento das atividades... a gente não tem a supervisão da Secretaria Municipal de Saúde. (...) Eu não tive tantas dificuldades porque eu já vinha do PACS e no PACS a gente teve treinamento intensivo, até porque era uma coisa que não existia e então posso dizer que foram dois anos de treinamento. (...) Nós fizemos uma oficina de territorialização, nós chamamos as lideranças comunitárias, dissemos o que nós viemos fazer aqui, pedimos parceria... nós através da coleta de dados dos agentes comunitários das fichas “As”, nós fizemos um diagnóstico de saúde da comunidade. Levamos esse diagnóstico para discussão com eles.”</p>	<p>Seleção pela Secretaria Municipal de Saúde/ falta de estrutura física/ treinamento introdutório tardio/ oficina de territorialização/ diagnóstico da área.</p>
ENF 05	<p>“A nossa equipe de PSF veio posterior a equipe do PACS, então, já existia uma equipe de programa de agentes comunitários de saúde que funcionava no</p>	<p>Já havia PACS na área/ territorialização feita pela enfermeira e agentes do</p>

	<p>boiadeiro, que é a área em que nós trabalhamos. Tinha uma enfermeira e 6 agentes comunitários de saúde que cadastravam as famílias; fizeram todo o processo de territorialização e implantaram o programa. Depois disso, no ano 2001, nós viemos e assumimos a equipe. (...) Na época não era permitido quem não tinha vínculo com a prefeitura assumir o PSF. (...) Eu vim como enfermeira e toda a equipe, duas auxiliares de enfermagem, uma médica, uma dentista ... e os agentes que já eram agentes da área. Nosso trabalho, de certa forma, foi facilitado no início porque a gente já tinha os dados do PACS que tinha sido implantado desde 98. (...)Nós demos continuidade ao trabalho do PACS, é claro que ampliando bastante, porque o PACS tem uma ação mais limitada do que o PSF. Nós revimos a área, nossa área está em constante mudança, porque nós temos um área enorme de palafitas. Hoje em dia já não temos mais quase nenhuma palafita...dificulta nosso trabalho (...) Com a organização de arquivos de microárea e de massa ...a CONDE está fazendo um trabalho de urbanização”</p>	<p>PACS/ equipe de PSF deu continuidade aos trabalhos/ o mapeamento está sempre sendo refeito devido a mudanças constantes na área.</p>
ENF 06	<p>“...foi implantada com o pessoal na unidade do São João, é equipe do São João. O São João é um bairro e que só foi contemplado com uma equipe, e essa equipe ficou distante da comunidade. A gente não deveria está aqui em Beira-Mangue, a gente deveria estar lá no São João... montar uma unidade na comunidade do PSF lá... aqui já vinha com essa equipa formada que ia ter PACS. O pessoal do PACS foi quem montou PSF aqui. Por questão política já veio esta equipe formada ...dificuldade nas palafitas para chegar... fechou a unidade porque estava muito perigoso... arranjamos alguém que conseguiu esse lugar aqui... As equipes do PACS são todos os agentes comunitários de saúde que estão aí subdivididos no PSF, todos faziam parte do PACS. Era uma enfermeira só que ficava com esses agentes todos... Quando montou o PSF, a gente tem a equipe que atua dependendo de carro. (...) quando nós viemos fizemos toda aquela coisa de cadastramento das famílias, o mapa do território e começamos a atuar assim, sendo uma equipe dispersa... A gente fez o mapa e quem passou na seleção foi fazer o treinamento introdutório, a gente fez lá na Secretaria. A gente não conhecia, não tinha nem noção da área...estava tendo uma onda de violência muito grande que eles não deixaram a gente vir no campo. (...) Depois, quando montaram as equipes, as famílias foram indo, a gente foi marcando as consultas, gente foi fazer palestra na área, foi falar do programa na área, foi fazendo assim um entrosamento todo e aí a gente foi trazendo os pacientes para aqui.”</p>	<p>Equipe longe da unidade onde deveria ser formada/ agente comunitário do PACS/ cadastramento das famílias/ mapeamento/ treinamento introdutório sem conhecimento prévio da área quando chegaram para atuar.</p>
ENF 07	<p>“Aqui no subúrbio, antes do PSF já tinham os agentes comunitários que trabalhavam no Programa de Agentes Comunitários. (...) Já tinha a unidade básica, o prédio da unidade básica que funcionava, mesmo precariamente, mas já funcionava e para aproveitar essa instalação física</p>	<p>Equipe de transição de PACS para PSF/ Instalações precárias com 4 equipes para apenas uma unidade/ reconhecimento de área/</p>

	<p>formou as equipes nessa unidade exatamente em fevereiro de 2001. Mais ou menos há quatro anos. Aproveitaram os agentes que já trabalhavam na área e houve a formação de quatro equipes na unidade.(...) Fiz reconhecimento da área, identificação dos problemas e comecei a compreender o ritmo que a comunidade ia trabalhar. Nossa equipe era completa, tinha médico, enfermeira, as auxiliares de enfermagem e a gente começou a identificar a área, a identificar os problemas e trabalhar conjuntamente com os agentes comunitários. (...) o mapeamento da área não foi satisfatório. Até hoje a gente ainda tem esse problema de mapeamento, tem áreas que não são cobertas pelo PSF e áreas mais distantes que requer transporte... que tem agentes comunitários e a área coberta muito distante da unidade. Recebemos um treinamento introdutório, 15 dias de treinamento por enfermeiras do Instituto de Saúde Coletiva”.</p>	<p>diagnóstico da população/ mapeamento insatisfatório/ treinamento introdutório e atuação.</p>
ENF 08	<p>“Estou aqui há quatro anos (...) A gente começou com treinamento introdutório e participamos desde a parte teórica e uma prática. E nessa parte fizemos a territorialização, e participamos desde o cadastramento das famílias junto com os ACS. No início a gente realmente teve que construir muita coisa, desde o símbolo de cada equipe, a cor de cada equipe, como a gente ia identificar os ACS. A gente não tinha cartão, a gente foi começando a dar forma ao prontuário, forma de atender... na territorialização fomos conhecer a comunidade, conhecer os costumes. (...) O Estado junto com a Secretaria, junto com o município, é que fez um treinamento introdutório com a gente. Tinham algumas pessoas que trabalhavam em pólo de capacitação do Estado, que treinavam tanto o pessoal de Salvador, como as outras equipes do interior. (...) E teve também a parte de seleção... a gente começou com o cartãozinho avulso, como marcar, como identificar, até chegar ao prontuário família que era idealizado, mas que na prática a gente teve que descobrir como é que aquela teoria ia funcionar de verdade. O Instituto de Saúde Coletiva participou também da nossa formação. ”</p>	<p>Treinamento introdutório/ territorialização/ cadastramento das famílias/ organização do atendimento e do prontuário/ conhecer a comunidade, até chegar ao prontuário família.</p>
ENF 09	<p><b>Obs:</b> é a única equipe da unidade em que os ACS não foram do PACS e a área foi delimitada pela equipe, a última da unidade a ser formada.</p> <p>O PSF foi implantado aqui em Itacaranha na nossa unidade em junho de 2000; propriamente dito , foi implantado em outubro, pois nesses três primeiros meses teve treinamento introdutório com a parte teórica e prática. A prática foi no campo, onde a gente fez levantamento reconhecimento de área, das microareas. Fizemos o levantamento da necessidade da comunidade. (...) O treinamento foi pela secretaria municipal, lá na Fundação Luiz Eduardo Magalhães durante o período de três meses. Teve representante da Secretaria Municipal, da Secretaria Estadual e da Universidade também.”</p>	<p>ACS selecionados para o PSF/ treinamento introdutório/levantamento, reconhecimento da área/ diagnóstico da comunidade.</p>

ENF 10	<p>“Foi em junho, junho ou julho de 2000. Nós fizemos uma seleção de currículo e entrevista, e após essa seleção saiu a classificação e o local em que nós iríamos trabalhar. Foi feita pela universidade e pela Prefeitura Municipal. Houve um treinamento introdutório, eu já trabalhava no PACS, já trabalhava com agentes comunitários. (...) A seleção dos agentes já havia sido feita, porque eles já eram do PACS (...) esses agentes foram reintegrados para o PSF. Esse treinamento introdutório foi realizado no Centro Administrativo, naquele que antes era Fundação Luiz Eduardo. Então foi feito treinamento com o pessoal do nível central da SESAB e do ISC também. Quem fez a territorialização foi os agentes comunitários que já eram do PACS. Nós só precisamos ampliar um pouco, cadastrar mais algumas famílias para poder acoplar às que já haviam se mudado, mas foi continuidade do PACS.”</p>	<p>Seleção feita pela Secretaria Municipal/ treinamento introdutório/ enfermeira e agentes provenientes do PACS/ territorialização feita pelos agentes comunitários com ampliação e cadastramento de algumas famílias a mais.</p>
--------	---	---

Quadro II – Aspectos relevantes obtidos nas explanações das enfermeiras quanto a maneira com a qual vem sendo desenvolvida a consulta de enfermagem orientadas pela questão: “*De que modo você vem desenvolvendo a consulta de enfermagem?*”

Sujeitos	Locuções de Efeito	Interpretação (Tradução do significado)
ENF 01	<p>“... puericultura... a parte de investigação com a mãe, pergunto a mãe sobre alimentação, sobre eliminações, se o menino está aceitando bem a dieta, se está amamentando, pergunto sobre a parte de higiene. (...) examino a criança da cabeça aos pés. Se eu acho que tem alguma coisa alterada e aí eu observo, faço anotação. (...) Se for uma paciente de verminose, eu medico. Paciente de anemia a gente medica, tanto adulto quanto criança. (...) no caso da criança que vem com alguma queixa de infecção urinária a gente medica... a gente estuda farmacologia, a gente sabe qual a parte, mas até aonde eu posso ir pela lei.”</p>	<p>Investigação centrada no programa/ observação/ anotações/ medicar/ dúvidas quanto ao que preconiza os programas.</p>
ENF 02	<p>“No início eu e a médica, a gente atendeu de uma forma geral. Na parte de enfermagem isso foi um pouco confuso pra mim em termos de acompanhamento e sistematização da assistência... Tenho que atender todo mundo e a gente não tinha uma experiência maior. De uma maneira geral tínhamos dificuldade em atender o idoso, de atender um paciente com tuberculose, com hanseníase. Inicialmente eu tentava e me sentia às vezes muito insegura sem esse conhecimento, apesar de que, a gente tinha nesse período um apoio técnico. (...) essa disponibilidade que eu tive aqui hoje de atender, de examinar, de encaminhar, botar na mesa é porque eu estou aqui hoje... A gente priorizou o atendimento dela por ser um atendimento mais dessa</p>	<p>Atendimento de forma geral / confusão quanto as ações da enfermagem / dificuldade e pouca experiência para o atendimento/ exames, encaminhamento / exame físico, prioridade nas ações médicas por falta de recursos para a enfermeira.</p>

	necessidade clínica de examinar. Fica deficiente o atendimento lá do outro lado, porque eu não tenho materiais, maca está quebrada, a balança está quebrada e essas questões que interferem no trabalho em si, principalmente do exame clínico. E a gente tentou organizar, fazer uma semanas típicas de atendimento. Fica uma coisa mais aberta, então, a gente faz a semana da criança a gente só atende praticamente criança.”	
ENF 03	“...é feita uma programação. Essa programação atende basicamente a enfermagem com os programas na atenção do pré-natal, da puericultura, do hipertenso, diabético. Fazemos um encontro semanal o planejamento é mensal... é feito o agendamento e também marcações. Previamente convidados pelos agentes comunitários, a consulta de enfermagem é feita dentro dos padrões e dentro das possibilidades. (...) Estamos instalados numa estrutura física inadequada, mas foi a única que conseguimos dentro da nossa microarea, e as dificuldades acabam emperrando um pouquinho no processo satisfatório de uma consulta de enfermagem mas, na medida do possível, a gente consegue ter um retorno”.	Consulta programada / programas preconizados pelo Ministério da Saúde
ENF 04	“... primeiro com exame físico, levantamento dos problemas com a prescrição de enfermagem, que no PSF ela se dá dentro dos programas. Então, na verdade há prescrição de medicamento. Infelizmente a gente ainda tem um modelo curativo muito forte e a prevenção a gente ainda não conseguiu. ...eu diria que 80% das consultas ainda são medicalizadas mesmo, e procuro fazer uma intervenção no paciente, no cuidador... procuro levantar outros problemas como a questão da humanização etc, solicito exames e interpreto-os.”.	Exame físico / levantamento de problemas / prescrição, solicitação e interpretação de exames.
ENF 05	“...nós atendemos aqui a família como um todo. Então, nós pegamos desde o recém-nascido até o idoso de maior idade. (...) Temos a puericultura, temos o pré-natal, temos o planejamento familiar, temos acompanhamentos de hipertensos e diabéticos, temos também acompanhamento de pessoas com tuberculose... Essas consultas de enfermagem são agendadas previamente e a consulta subsequente, sempre que o paciente vem para a consulta, ele já sai com a sua subsequente marcada, agendada também para que a gente não perca o vínculo com o paciente.”	Atendimento desde o recém nascido ao idoso/ acompanhamentos dos programas do Ministério/ consultas previamente agendadas.
ENF 06	“...o consultório é dividido com outra colega... então, um turno eu estou aqui em consulta e outro turno na área. A gente atende consultório sempre no horário oposto... pré-natal para segunda de manhã, terça à tarde atendo planejamento familiar, na quarta eu atendo puericultura de manhã, quinta à tarde hipertenso e o diabético...”	Consultas de acordo com os programas, porém com horários definidos.
ENF 07	“... não teve assim uma capacitação para nós estarmos desenvolvendo consulta de enfermagem..(...) é uma atividade da enfermeira, também do enfermeiro, mas não foi nada projetado, nem programado para a realização da consulta mais as atividades globais. Eu faço a minha	Refere não ter capacitação para consulta de enfermagem/ a enfermeira diz fazer a consulta da maneira como aprendeu na

	consulta de uma forma convencional, de uma forma que eu aprendi na universidade, mas nós não temos nenhum parâmetro, nenhum formulário que norteie na realização de consulta. A gente faz do modo, do nosso conhecimento, da competência, da possibilidade... Nós temos que executar as consultas de enfermagem, na parte de puericultura, de todos as faixas etárias, pré-natal, puericultura, atendimento ao idoso, hipertenso, diabético, nós temos o adolescente e a mulher.	universidade, mas sem parâmetro norteador.
ENF 08	“eu acho simples: o exame físico, a entrevista, anamnese, as queixas e medicar. A gente faz também a prescrição e a orientação, muita orientação; a gente tem que realmente estar colocando muito, porque assim o paciente começa a ter uma proximidade muito grande com a gente. Eles vêm aqui mesmo fora da consulta, a educação de estar explicando e de estar orientando-os é uma coisa muito mais presente aqui, do que talvez em outro lugar. Mas no PSF essa coisa de está orientando, educando, mostrando para ele como é que faz, mas assim, a consulta é basicamente o exame, os exames também que a gente solicita, só isso.”	Exame físico/ entrevista/ anamnese/ centralizar nas queixas do paciente/ medicar/ prescrição/ orientação/ educação/ solicitação de exames.
ENF 09	“...fomos habilitadas a cada situação, por exemplo, frente ao paciente hipertenso que a gente não era habilitada, diabético, paciente com DST, as DST e aconselhamento. Esse treinamento introdutório ia ser direcionado para a necessidade da comunidade, falando sobre a estratégia do PSF e diferenciando do antigo para o atual... temos o prontuário e a gente preconiza conforme a necessidade do paciente. A gente atende da criança ao idoso, de acordo com a necessidade dele. A gente tenta solucionar dentro das nossas condições o que a gente não pode resolver a gente encaminha.”	Treinamento de acordo com a necessidade do paciente conforme os programas/ voltado para o que direciona o prontuário.
ENF 10	“através do exame físico, abordagem. Procuramos alguma alteração que nós possamos prevenir através da verificação da pressão arterial, a glicemia capilar nos pacientes que já têm história, antecedentes de diabetes ou algum sintoma mesmo. O exame físico, a gente calcula o índice de massa corpórea e dá orientações(...). E tem ficha individual, então a gente vai saber o nome, a identificação, de acordo com a área em que ele mora, e aí vai pesquisar o motivo da consulta, porquê ele chegou até aqui, o que está sentindo. Às vezes ele diz assim: ah! Eu só vim para fazer exame de rotina, aí vamos procurar saber (...)”	Exame físico/ abordagem sintromica/ prevenção/ identificação do paciente de acordo com a vida dele.

Quadro III – Trechos significativos obtidos nas explicações das enfermeiras quanto as etapas da consulta de enfermagem orientadas pela questão: *“Todas as etapas da consulta preconizadas são cumpridas? Quais são elas?”*

Sujeitos	Locuções de Efeito	Interpretação (Tradução do significado)
----------	--------------------	--



ENF 01	“se você me perguntar agora quais são as etapas certinhas, eu não sei lhe dizer, mas eu faço a parte de perguntas, os questionamentos a queixa. Valorizo a queixa do paciente, ou a mãe que vem falar da criança, escuto, faço algumas perguntas para complementar o que precisar, faço exame físico todo e avalio os exames”.	Desconhece as etapas / questionamentos, exame físico / avaliação.
ENF 02	“Eu fico, tento saber dentro do meu conhecimento, dentro da minha forma de ser, de com ser profissional, tentar é estar o mais próximo disso... da entrevista, da anamnese, exame físico, sempre segui dessa forma, o primeiro momento. E o momento de orientar, mistura um pouco de anamnese com as orientações. É uma coisa que me facilita às vezes, mas diante queixa dessa paciente, eu já vou orientando no que eu puder orientar naquele momento”.	Entrevista/ anamnese/ exame físico/ orientações.
ENF 03	“Não. Inclusive, nós e a própria Secretaria Municipal de Saúde, não temos a normatização. Nós seguimos o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, então, pega na questão das prescrições. Nós estamos fazendo prescrição, eu passo prescrição, mas assim, dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde”.	Não tem as etapas cumpridas e desconhece a existência de normatização de consulta feita pela Secretaria Municipal de Saúde/ a única etapa listada foi a prescrição.
ENF 04	“a gente faz as coisas muito da forma que a gente sabe, então, a gente não teve nenhuma discussão e nenhuma rotina estabelecida para consulta de enfermagem. A gente faz a consulta, eu faço exame físico, levantamentos de problemas e a intervenção, se necessária, e orientações”.	Exame físico/ levantamento de problemas/ intervenção/ e orientações.
ENF 05	“...eu acredito que não... a gente não segue padrões. Cada uma tem a sua rotina pessoal, então não existe uma padronização, que todas atendam da mesma forma, da mesma maneira, seguindo o mesmo roteiro, o mesmo estilo.”	Não é sistematizada.
ENF 06	“As vezes sim, as vezes não. Tem horas que a gente está com mais tempo e mais disposição e aí a gente segue um roteiro. Tem hora que você não segue roteiro nenhum... O paciente vem com a queixa. Aí você fala só daquela queixa e tenta ir evoluindo as outras coisas, mas não há um padrão, isso que eu sinto falta, uma padronização que a gente pudesse seguir, um roteiro para a consulta fluir até mais rápido pra gente. Em criança tem aquele roteiro... mas os outros não tem uma ficha. Os outros programas você vai fazendo meio solto, mesmo.”	Não é sistematizada. Segue um roteiro a dependendo da disponibilidade de tempo e vontade.
ENF 07	“A gente não tem uma determinação (...), A gente que tem mais ou menos organizada uma primeira consulta, se ele vem para a enfermeira, se é gestante ou puericultura a gente tem mais uma padronização porque temos uma ficha de acompanhamento correta, completa. Quando é diabético e hipertenso a gente os cadastra no hiperdia e vai acompanhando as consultas subsequentes. À medida em que eles vão fazendo as queixas, vem as orientações de acordo com o que apresentam. Não temos etapas, não seguimos, fechar um diagnóstico, fazer a consulta,	Dependendo da consulta há um formulário específico / orientações de acordo com as queixas/ não segue etapas específicas/ levantamento de problemas/ fechamento de diagnóstico/ traçar um plano alternativo.

	levantar os problemas, fechar o diagnóstico e traçar um plano alternativo. Não executamos isso não.”	
ENF 08	“Sim, eu creio que sim... Anamnese, exame físico, prescrição e diagnóstico de enfermagem.”	Anamnese/ exame físico/ prescrição/ diagnóstico de enfermagem.
ENF 09	A gente tenta preconizar dentro do possível... A gente começa com a história do paciente, depois faz a investigação panorâmica. Essa investigação é se o paciente fumava, se fuma, o social dele, se ta empregado, se não esta empregado, (...) medidas preventivas, sobre as vacinas (...) o passado desse paciente (...) faixa de informações (...) depois, a gente passa para o exame físico. (...) e sempre visando a prevenção de doenças como AIDS, tuberculose, e outras.”	História do paciente/ investigação panorâmica/ medidas preventivas/ exame físico/ orientações.
ENF 10	“São. A gente identifica o paciente, seu endereço, e o motivo da consulta. A gente pergunta se ele tem hipertensão, se ele tem diabetes, verifica se ele bebe, se ele fuma, pesquisa todos esses fatores de risco, Vacinas, se ele tomou as vacinas, se ele está empregado, se ele está desempregado, vê o social dele, se tem alguma atividade física, s faz algum esporte, como é a alimentação dele, procura-se saber um pouquinho sobre a qualidade de vida dele, como ele está.”	Identificação do paciente/ investigação.

**Quadro IV** – Trechos significativos obtidos nas explicações das enfermeiras na percepção da importância de ter sistematizada essa consulta, orientadas pela questão: *“Você conhece a importância de ter sistematizada a consulta?”*

Sujeitos	Locuções de Efeito	Interpretação (Tradução do significado)
ENF 01	“...sinto falta disso. (...) eu acho que eu sou nova nesta parte... quatro anos é pouco diante da dificuldade... eu entrei no PSF sem saber o que era a consulta de enfermagem. Na faculdade eu não fiz consulta de enfermagem...saúde pública pra mim foi uma negação na faculdade. (...) O que eu vou fazer aqui, eu perguntei, não sabia nada, eu falei logo, não entendo nada de saúde publica, não sei nada, nem esquema vacinal eu sabia... quando apareceu o PACS, a gente também fazia uma consulta, mas eu também não sabia como funcionava... Ah!, quando foi no PSF, pronto, você tem que atender o paciente. Eu não sei sinceramente eu não sei o que eu tenho que fazer num consultório”.	O tempo de experiência é pouco/ a universidade não contribuiu para a saúde pública, nem para a consulta de enfermagem/ enfermeira desconhece as etapas da consulta.
ENF 02	“acredito, o que eu vejo como impedimento em relação a isso é o tempo. (...) cada profissional também tem seu tempo, seu ritmo, e assim, 15 minutos pra mim, é inviável. Tento buscar, tento estar trabalhando isso, então assim, a consulta de enfermagem, para fazer toda essa avaliação, todas essas orientações com mais	Reconhece a importância, porém considera a disponibilidade de tempo um empecilho/ a grande quantidade de consultas por dia/ considera que



	tranqüilidade, lembrar essas coisas anotando, eu acho que exige mais... Em 8 consultas se a gente for calcular, sabendo que tem paciente que a gente precisa de mais tempo... isso muitas vezes dificulta a sistematização... o impresso de saúde materna ... acho um impresso que ajuda bastante você sistematizar, você seguir aquela seqüência de questionamentos e que sem ele, às vezes eu me perco, não faço determinadas perguntas. E um prontuário que nos ajude nesse sentido... eu particularmente não gosto da elaboração de alguns prontuários que se tem, às vezes não ajuda na consulta.”	sistematizar ajudaria muito se houvesse impressos próprios e direcionados.
ENF 03	“Não tenho dúvida, a gente tem que ter um parâmetro... algo que nos respalde e que nos norteie nesse trabalho da consulta. Infelizmente nós não temos”.	Reconhece a importância de ter sistematizada e a necessidade de documentos que a regimentem.
ENF 04	“Sim, reconheço, reconheço e sinto a necessidade disso”.	Reconhece a importância de ter sistematizada.
ENF 05	Sim, eu acredito que é importante que haja uma organização na sistematização. Agora, eu acredito também que, para a gente implantar isso, a gente precisaria ter algum instrumento que pudesse nos dar um apoio nesse sentido. Por exemplo, se a gente tivesse um impresso próprio para cada consulta...o pré-natal... a ficha de saúde materna ...acho que mais ou menos todo mundo segue aquele mesmo esquema. Mas as outras, puericultura e planejamento familiar não existe uma ficha... das informações que você deve pedir e que seja uma coisa prática que você já esteja pegando as informações esteja anotando nos lugares devidos...”	Reconhece a necessidade de ter sistematizada a consulta, a necessidade de haver impressos próprios para facilitar o atendimento.
ENF 06	“É, nos casos que têm, como no hipertenso, no adolescente, ainda vai muito da disposição da gente, da hora, do tempo que tem para fazer uma consulta geral, de ver o paciente como um todo. Mas tem momentos que você falha nessa coisa. Se tivesse um padrão você perguntaria tudo e poderia ser melhor para o paciente e até melhor pra gente. O trabalho ficaria mais fácil, poderia ser conduzido melhor. Mas depois você vai fazendo e aí pula, pode pular coisas importantes.	Reconhece que deve haver padronização para se seguir.
ENF 07	“Reconheço (...). Facilita até o lado da gente, porque a gente fica um pouco solta, tem horas que você tem que atender todas as faixas etárias, todos programas. (...) acho que a sistematização é bem vinda e necessária.”	Reconhece a importância e acredita que facilitaria o trabalho.
ENF 08	“Sim, claro, até pra gente... eu sei que é importante para esta ajudando a gente a identificar os problemas, pra gente priorizar e identificar o norteamento, qual a conduta que você vai ter, então você precisa ser sistematizada pra você está identificando, examinando, pra que se costure uma coisa na outra, pra que a gente ligue uma coisa na outra e tenha um diagnostico final.”	Reconhece a importância e considera que ajudaria a identificar os problemas do paciente.
ENF 09	“A gente conhece porque facilita o trabalho quando é sistematizada, e o manual do ministério, também ajuda	Reconhece a importância de ter sistematizada e que isto

	muito a saber o limite do enfermeiro, até onde vai o limite do enfermeiro. Precisa melhorar as diretrizes. Os manuais, logo que saiam a gente tem que ter conhecimento deles.”	seria de grande ajuda para a enfermagem.
ENF 10	“Reconheço sim, porque aí vai haver protocolos direcionados para a consulta; as prescrições de enfermagem protocoladas, o enfermeiro mais inserido na consulta, saber realmente o que ele deve e o que ele pode fazer.”	Reconhece a importância de ter sistematizada e que haveria direcionamento.

Quadro V – Trechos significativos obtidos nas explicações das enfermeiras na identificação dos fatores positivos e negativos para que a consulta de enfermagem seja viabilizada orientadas pela questão: “*Que fatores positivos ou negativos você identificou na viabilização desta consulta?*”

Sujeitos	Locuções de Efeito	Interpretação (Tradução do significado)
ENF 01	“...eu sinto falta de um papel próprio, a gente tem um ofício de atenção à criança, a gente tem ofício de atenção ao adulto, a gente tem um impresso de planejamento familiar, de atenção à mulher e tudo bonitinho, mas esses impressos nunca apareceram pra gente... eu quero um prontuário decente.. não tem aquela folha de capa que você bota atenção à criança e descreve tudo sobre a criança e tudo mais certo? Não funcionava, isso eu ainda não consegui fazer funcionar (...) pegava pra fazer, pra preencher aquilo tudo bonitinho, mas quando passava pela médica já não funcionava tudo direito. Se reparar tem três prontuários. Ela às vezes não vê o prontuário, e às vezes não tem paciência, pega uma folha em branco e anota, entendeu?...eu tenho que pegar uma folha nova pro prontuário, eu vou grampear pra folha não ficar solta, não se incomoda com isso e eu sinto falta disso... um ponto negativo essa falta de organização do prontuário... Um ponto negativo é você não ter material pra fazer consulta... eu agora tenho um estetoscópio infantil, porque não tinha nem um estetoscópio... hoje não tem nem álcool. (...) Isso é uma complicação. ...agora pra gestante eu não tenho o sonar, o sonar está sem pilhas; aí eu consegui até umas pilhas e as pilhas sumiram,. (...) não tem higiene. Você viu o calor que a gente passou aqui. Ou você tem um ventilador ou a porta aberta que não dá privacidade ao paciente, ou você fica sufocado, numa estufa. (...) quase dois anos fora da unidade, vamos atender as prioridades...vamos pra secretaria pedir uma unidade decente pra atender. (...) positivos da consulta, bom repare o planejamento... as palestras... as sessões educativas... fazia aconselhamento em grupo e individual... tem pacientes aqui de planejamento que só querem vir pra mim a gente vira confidente..	Pontos negativos: Falta de impresso próprio para todos os programas e os que existem sempre estão em falta / prontuário desorganizado/ falta de material para consulta/ falta de higiene/ a unidade não tem espaço físico adequado. Pontos positivos: o planejamento feito/ palestras e sessões educativas/ escolha do paciente pela consulta com a enfermeira.

ENF 02	<p>“...Primeiro espaço físico seria um fator positivo, alias, uma necessidade. Um fator negativo seria a não disponibilização de uma sala de consulta, pois a gente está aqui em uma unidade provisória há um ano e meio..., toda hora a auxiliar tem que entrar, às vezes chega o agente comunitário... essa necessidade de está na minha sala fechada... privacidade eu sinto falta. material está OK, está ótimo, a gente fica feliz. Tem tudo, mas daqui a pouco não tem nada. Às vezes falta sonar que existia, mas não a bateria, estão esperando chegar. (...)no momento estrutura física e consumo. É o que a gente tem lá embaixo hoje dentro da proposta; não é o ideal... Faltam impressos de insumo, de medicação. De positivo na consulta, é o momento do retorno do paciente e muitas vezes das suas orientações; a disponibilidade deles estarem expressando. (...) A consulta em si, eu acho um momento muito bom, de você às vezes num diálogo você pegar coisinhas que, do dia-a-dia do paciente, principalmente a gente que trabalha aqui, que vivencia um pouco a família.”</p>	<p>Pontos negativos: espaço físico/ interrupções da consulta/ falta de materiais/falta de impressos/ falta de privacidade.</p> <p>Pontos positivos: o retorno do paciente/ diálogo e vivência com a paciente.</p>
ENF 03	<p>“...vou começar por um ponto positivo. O próprio acolhimento que a comunidade está tendo com a gente nesse momento de crise, nesse momento em que a unidade está desativada e a gente encontrou um grupo que nos recebe bem; uma equipe que eu tenho o maior orgulho de fazer parte dela. São 7 agentes comunitários comprometidos com o trabalho (...) até para que essa equipe consiga fluir melhor, então, a gente tem que ter um entrosamento, uma interação muito boa. Isso faz com que a gente consiga superar esses obstáculos que a gente vive no dia-a-dia. Negativos, mesmo nesse acolhimento a gente está trabalhando hoje numa condição física extremamente precária, você está vendo aí, a falta de insumos começa do planejamento familiar até antihipertensivo, material de limpeza, material de proteção”.</p>	<p>Pontos positivos: o acolhimento da comunidade/ entrosamento da equipe.</p> <p>Pontos negativos: espaço físico precário/ falta de insumos.</p>
ENF 04	<p>“... positivos: a autonomia que o enfermeiro tem no PSF.... Uma outra coisa, o reconhecimento que a comunidade tem do papel do enfermeiro,... Na minha equipe, por exemplo, a preferência da comunidade é pela consulta do enfermeiro.... Negativo essa falta de sistematização, a falta de um acompanhamento dessas ações, a falta de proteção jurídica efetiva. ..não está sistematizado a nível da secretaria municipal, a nível de ponta, não está juridicamente estabelecido”.</p>	<p>Pontos positivos: a autonomia que o enfermeiro tem/ reconhecimento que a comunidade tem do papel do enfermeiro.</p> <p>Pontos negativos: falta de sistematização/ de um acompanhamento das ações/ falta de proteção jurídica efetiva.</p>
ENF 05	<p>“...fator negativo eu acho essa cobrança de números é um stress para o profissional, porque no final de cada consulta você é avaliado, quer dizer, como equipe, avaliado, e aí são colocados aqueles gráficos com aqueles números e você não atinge, se sua equipe não atinge assim, “X” números de consulta de enfermagem, você</p>	<p>Pontos positivos: tempo de curso que serviu com início significativo/ cursos de qualificação.</p> <p>Pontos negativos: número de</p>

	<p>publicamente é até ridicularizado como profissional. Mas eu acho que... essa avaliação não deveria ser dessa maneira. Deveríamos ter um serviço, uma avaliação mais qualitativa, porque quantitativa é importante, mas a supervalorização do quantitativo nessa cobrança que você tem de você dar “X” consultas com esse número excessivo que eu acho 16 para que você tenha uma qualidade melhor no serviço. Isso é um dos pontos negativos. Outro ponto negativo, pelo menos aqui na nossa unidade, é que nós não dispomos de uma sala própria já que nós dividimos a sala com outro profissional. Então a gente está sempre preocupado com o outro que vai atender depois e que você tem que liberar a sala imediatamente.(...) outro precisa está sempre interrompendo a consulta, entrando e saindo, e isso não é uma coisa que tem contribuído, pelo contrario, tem contribuído negativamente. Positivos que a gente pode apontar, eu acho que a gente tem um bom tempo de curso que nos ajudaram a pelo menos dar o ponta pé inicial ao trabalho...curso de saúde materna... a saúde reprodutiva... preparação e o incentivo ao estudo, melhorariam para você e para seus pacientes em sua qualidade de atendimento.”</p>	<p>consultas e avaliação destas/ estrutura física inadequada.</p>
ENF 06	<p>O ponto positivo é a oportunidade que a gente tem de treinar mais essa consulta. A importante do seu papel de procurar saber mais do paciente,o que ele tem. Conversar com ele.. .tem hora que eu acho...que com os protocolos tem dado mais pra gente resolver o problema do paciente...dificuldade de encaminhar. .. você tem que está procurando o médico para fazer alguma coisa...tem hora que você depara ainda com aquela coisa que você não sabe até onde você pode ir...”</p>	<p>Pontos positivos: oportunidade de treinamento/ saber mais do paciente.</p> <p>Pontos negativos: dificuldade de encaminhamento/ falta de delimitação das ações de enfermagem.</p>
ENF 07	<p>“...trabalha com todas as áreas, então, é vasto o campo de atuação, mas por outro lado, isso já pulveriza toda a sua concentração. Às vezes você está atendendo várias pessoas com faixas etárias com problemas diferentes, situações diferenciadas que a gente não tem nenhum direcionamento.(...) A gente tem gente dificuldade com o espaço físico, (...) dificuldade no atendimento assim de resolver os problemas do cliente, da pessoa que chega. Nem sempre a gente pode encaminhar adequadamente e isso são fatores negativos. Positivos... uma população adescrita de mais ou menos 5 mil pessoas (...) apesar de ser amplo o campo de atuação, trazer alguma dificuldade pra gente agora na deficiência em algumas áreas, mas ela facilita você ver e acompanhar como um todo a comunidade. Então, isso é ponto positivo, você consegue visualizar o todo.”</p>	<p>Pontos positivos: vastidão do campo de atuação, população atendida (muito grande).</p> <p>Pontos negativos: falta de direcionamento/ espaço físico/ dificuldade no atendimento.</p>
ENF 08	<p>“O que facilita,... anamnese, conhecer o paciente, eu acho que tudo é importante (...) Positivo é quando você conversa e quando você examina, você identifica outras coisas que às vezes não foi relatado e que a paciente mesma desconhece. Desconhece que é um problema (...)”</p>	<p>Pontos positivos: anamnese/ conhecer o paciente/ conversar e examinar/ o próprio exame físico.</p>

	<p>é positivo a anamnese em que você conhece a vida dela (...) é positivo o exame físico (...) Essas etapas são todas positivas, a prescrição tudo acho que é positivo. Identificar o negativo é complicado, não sei o que é negativo que na consulta em si.</p>	<p>Pontos negativos: não identificados pela enfermeira.</p>
ENF 09	<p>A ficha pra gente sinalizar os dados, eu acho importante (...) Isso são pontos positivos. O ambiente depois de 2002 foi reformado, temos um ambiente agradável, a falta de material é o mínimo possível dentro do normal, e os pacientes saem daqui satisfeitos (...). A gente precisava mais de um outro tipo de prontuário mais completo</p>	<p>Pontos positivos: ficha para sinalização de dados/ espaço físico bom materiais.</p> <p>Pontos negativos: prontuários incompletos.</p>
ENF 10	<p>“Positivo é legalizar como eu disse, protocolar. A gente vai sentir mais segurança na prescrição, como prescrever, o que pode prescrever, quando prescrever (...) positivo é a confiança do paciente (...) o paciente às vezes precisa dessa medicação. E a limitação é um fator negativo. É positiva a orientação que a gente passa para o paciente, essa orientação que a gente dá a ele sobre os cuidados que a gente deve ter.”</p>	<p>Pontos positivos: legalização e protocolos que dêem segurança/ orientações ao paciente e o cuidado.</p> <p>Pontos negativos: limitações da enfermagem por falta de protocolos de ações.</p>