



Análise de uma Clínica da Família, visão dos enfermeiros do serviço

Analysis of Family Clinical, vision of service nurses

Análisis del una Clínica de Familia, la visión de las enfermeras de servicio

Daniele Merisio Raimundi¹, Francieli Furtado Ferreira², Fernanda Cristina Aguiar Lima³, Valeria de Carvalho Araújo Siqueira⁴

^{1,2,3,4} Universidade Federal de Mato Grosso.
Faculdade de Enfermagem. Cuiabá, MT, Brasil.

ABSTRACT

Objective: to know the practice of the Family Clinic in Cuiabá and its relationship with the precepts of the expanded clinic, from the perspective of the service nurses. **Method:** qualitative descriptive research, data collection with semi-structured interviews and results analyzed according to the method of thematic content analysis. **Results:** for nurses working in the service, this assumes a differentiated and innovative proposal, which seeks to correlate with shared management in its three spheres. Although most do not know the Enlarged Clinic term in his speech cited its main principles and its tools. The greatest potential described were related to the Support Center for Health and popular participation, and as challenges, the lack of community health worker, the national health establishment registration and the difficulty of operation due to the profile of the professionals technical level arising from secondary care. **Conclusion:** The clinic has positive aspects that can contribute to the advancement of the profession, to train health professionals and an innovative primary care model. Therefore, it emphasizes the need for implementation of continuing education in order to realize its proposal, and further studies on site.

DESCRIPTORS

Nursing; Primary Health Care; Family Health Strategy; Humanization of Assistance; Comprehensive Health Care.

Autor Correspondente:
Daniele Merisio Raimundi
Avenida das Palmeiras
Condomínio Rio Coxipó, casa 528
Bairro Jardim Imperial
CEP 78075850, Cuiabá, MT, Brasil
dani.raimundi@gmail.com

Recebido: 26/03/2015
Aprovado: 14/11/2015

INTRODUÇÃO

Regulado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se como um processo em construção, de modo que há frequente necessidade de consolidação de seus princípios e diretrizes, no intuito de inspirar ferramentas e políticas para fortalecimento, visto que o mesmo busca integrar e coordenar ações nas esferas municipal, estadual e federal ⁽¹⁾.

Neste sentido, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), ou HumanizaSUS como também é conhecida, representa uma das estratégias estabelecidas a fim de fortalecer e aperfeiçoar o processo de cuidado, de fazer gestão e nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários ⁽²⁾. A mesma prevê a utilização de ferramentas avaliadas essenciais, dentre elas a Clínica Ampliada e Compartilhada, que tem por principal objetivo promover a autonomia do usuário do serviço de saúde. Volta-se ao sujeito-família-comunidade como um todo (ser biopsicossocial) em seu contexto de vida, buscando, assim, o cuidado transdisciplinar e multiprofissional, tendo em vista o sujeito como um ser autônomo corresponsável e ativo em seu processo de saúde-doença ⁽²⁾.

Ao incorporar os preceitos da PNH no contexto da atenção básica, acredita-se que a relevância da Clínica Ampliada e Compartilhada é reforçada, na medida em que viabiliza a participação ativa do sujeito, e consequentemente sua autonomia no processo de saúde e doença, contribuindo para o alcance da resolutividade prevista para esse nível de atenção ⁽²⁾.

Estender o olhar para além dos aspectos clínicos implica em conceber a saúde de maneira ampliada, não se restringido à assistência biomédica, mas sim, partindo do princípio de qualidade de vida e autonomia do sujeito. Assim, levando em consideração o cuidado ao usuário em seu contexto social, de modo a promover a saúde e prevenir agravos, tendo em vista além dos aspectos epidemiológicos e biológicos, os aspectos socioculturais, individuais, coletivos, psicológicos e espirituais ⁽²⁾.

Perante tais preceitos e considerando a necessidade de reformulação no modo de fazer saúde, a Clínica da Família (CF) representa uma proposta inovadora no Brasil, fomentada pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), e instituída com base na proposta normativa da Estratégia Saúde da Família (ESF), que concentra cinco ou mais equipes de Saúde da Família. Essas unidades de saúde, além de expandir a cobertura da atenção básica no município, foram idealizadas a fim de aumentar a resolutividade neste nível de atenção. Deste modo, ofertam um perfil de atendimento diferenciado em relação às demais ESF, dispo, por exemplo, de exames laboratoriais e de imagem *in loco* ⁽³⁾.

Considerando seu pioneirismo no estado e com a implantação de uma unidade desse modelo no município de Cuiabá, acredita-se que uma análise do serviço sob a ótica dos enfermeiros que integram as equipes, tende a contribuir para elucidar questões relevantes a fim de otimizar a

assistência à saúde. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo conhecer a perspectiva dos enfermeiros que integram as equipes de Saúde da Família, quanto à organização da prática na CF no município de Cuiabá-MT, e sua relação com os preceitos da Clínica Ampliada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, conduzido pela análise de conteúdo a partir da vertente temática. Buscou-se responder questões particulares, direcionando-se pelas Ciências Sociais frente a um nível de realidade que não é passível de quantificação, ou seja, trabalhando com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes ⁽⁴⁾.

A unidade escolhida foi selecionada devido ao fato de representar um serviço pioneiro no estado de Mato Grosso, se organizando em equipes de saúde da família que compartilham a mesma estrutura física, daí a origem do nome - Clínica da Família. Importante ressaltar que nesse mesmo espaço funciona o único Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Cuiabá.

Apesar de a proposta inicial ter o foco voltado para atenção básica, algumas peculiaridades se apresentam, em especial o fato de a unidade em questão, na ocasião do estudo, ser cadastrada formalmente como policlínica, e ocupar a mesma estrutura física onde antes funcionava esse serviço. Aliado a isso, soma-se também como ponto negativo, a ausência de profissionais na equipe prevista para desenvolver Saúde da Família - o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A coleta de dados envolveu todos os enfermeiros que trabalhavam na Clínica da Família no momento do estudo, somando um total de cinco profissionais. No período de outubro a novembro de 2014 aplicou-se entrevistas individuais, que eram gravadas e transcritas para posterior análise. Todos os profissionais demonstraram interesse em participar da pesquisa, apesar disso, a demanda de serviços e agenda organizada pela Secretaria de Saúde do município (eventos e capacitações), foram determinantes para que algumas entrevistas fossem muitas vezes remarcadas.

Na fase de pré-análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra, permitindo assim a leitura flutuante do acervo. A segunda fase, consistiu na análise detalhada do material selecionado organização em unidades temáticas, possibilitando uma descrição das características pertinentes aos conteúdos manifestados. Em seguida, foi realizada a etapa de categorização temática, sendo feito o agrupamento em núcleos de sentido, tomando como referência a similaridade dos sentidos presentes nos discursos dos sujeitos ⁽⁴⁾. As falas dos participantes, citadas ao longo do texto, foram identificadas pela inicial E (enfermeiro) e uma sequência numérica sucessiva (E1, E2,...), a fim de manter o anonimato dos mesmos.

Este estudo é um recorte da pesquisa intitulada "A organização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da Clínica Ampliada" aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, sob o parecer de número 869.608/2014. Todos os enfer-

meiros da CF foram convidados a participar, e aqueles que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sendo-lhes assegurado o sigilo das informações assim como a privacidade e o anonimato, respeitando dessa forma, a Resolução nº 466, de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos⁽⁵⁾.

RESULTADOS

Conforme mencionado anteriormente, a CF é composta por cinco equipes de saúde da família, de modo que atualmente trabalham na unidade cinco enfermeiros, um em cada equipe. Todos concordaram em participar da pesquisa, logo, os dados apresentados referem-se à perspectiva dos referidos profissionais.

Os resultados foram organizados em três categorias de análise, expostas a seguir: Perfil dos enfermeiros e seu processo de inserção na Clínica da Família; a Clínica da Família a partir da visão dos enfermeiros do serviço; e os desafios e potencialidades do serviço.

PERFIL DOS ENFERMEIROS E SUA INSERÇÃO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA

Conforme mostra a Tabela 1, dentre os profissionais pesquisados, a maioria é do sexo feminino e possui idade

entre 29 e 48 anos. Todos os enfermeiros têm inserção de 40 horas semanais, conforme o estabelecido para profissionais na ESF⁽¹⁾, e a maioria tem vínculo empregatício por contrato.

Tabela 1 - Perfil dos enfermeiros da Clínica da Família, do município de Cuiabá-MT. Cuiabá-MT, 2014.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	04	80
Masculino	01	20
Tipo de vínculo empregatício		
Efetivo	01	20
Contrato temporário	04	80
Idade		
Até 28 anos	01	20
29 a 38 anos	02	40
39 a 48 anos	02	40

Quando aos aspectos relacionados à prática profissional, a Tabela 2 nos mostra que, a maioria dos enfermeiros está inserido na CF há menos de um ano, tempo de sua implantação, embora tenha um tempo maior de experiência na AB e largo tempo de formado. Contudo, a maioria deles não tem especialização no âmbito em que atuam.

Tabela 2 - Caracterização dos enfermeiros segundo tempo de formação e de atuação profissional na Atenção Básica. Cuiabá, MT.

Sujeito	Especialização em AB	Tempo de serviço na AB (anos)	Tempo de formação (anos)	Tempo de serviço na CF (meses)
E1	Não	01	03	12
E2	Não	14	15	12
E3	Não	04	10	06
E4	Sim	05	07	03
E5	Sim	06	07	04

Todos os enfermeiros, quando questionados em relação a algum tipo de treinamento ou capacitação específica para atuar na CF, negaram que tenham passado por essa experiência: *(em relação à clínica específica não, mas em relação à atenção básica, sim) (E3)*. Embora quatro dos cinco enfermeiros entrevistados citaram capacitações referentes aos programas da ESF, um deles apontou que nem mesmo o introdutório para o trabalho em CF foi ofertado:

(capacitações a gente tem constantemente, de todos os programas né, o que a gente não tem é um introdutório, (...) ainda não foi realizado um introdutório, pra nenhum dos funcionários desta clínica) (E4).

A PRÁTICA NO SERVIÇO RELACIONADA À CLÍNICA AMPLIADA

Encontramos vários aspectos em relação ao propósito de implantação da CF na capital de Mato Grosso, muitos referem que a mesma traz uma estratégia inovadora e resolutiva:

(Levar a saúde mais próxima, né. Você levar a saúde dentro da casa do paciente (...) estar próximo dessas pessoas que precisam de atendimento direto, do trata-

mento, de prevenção (E4)); (Eu acho um grande modelo (...) bem interessante pra gente estar seguindo, da forma mais humanizada (...) desde o início a gente sempre tinha a visão de que é uma unidade diferente (E1)); (Ela vem com a proposta de estar aproximando cada vez mais à comunidade do serviço de saúde, e o serviço de saúde à comunidade (E2)).

Quando à organização e gestão do trabalho, as falas dos enfermeiros da CF, denotam que há articulação com os preceitos da PNH, uma vez que relatam decisões compartilhadas e tomadas coletivamente, após discussão nos espaços de participação múltipla⁽²⁵⁾.

Os enfermeiros da CF percebem a organização do serviço como uma proposta de unidade diferenciada, com gestão compartilhada em suas três esferas (gestão de materiais, pessoas e cuidado):

cada um gerencia a sua equipe e em conjunto nós gerenciemos a clínica (...) a gente tá reorganizando a estrutura, mudando a logística, readequando sala, (...) pra gente tá trabalhando em conjunto (E5)); (... então a gente tentou, é, colocar estas áreas em co-

...mum com alguém sendo responsável e fazendo rodízio das pessoas que estão dentro dos setores (E3)); (hoje o planejamento da equipe é feito com todo mundo, com todas as equipes (...) eu acredito que com as cinco equipes de saúde da família uma ajudando a outra, elas ganham (E2)).

A CF conta com o diferencial do laboratório de análise clínicas e raio-x funcionando durante todos os dias, o que resulta em uma intervenção mais rápida e direcionada às necessidades dos usuários. Notamos também a importância desses instrumentos na fala dos enfermeiros: *(a clínica vem com a proposta também, do paciente poder fazer raio-x que também é uma intervenção direta, resolutive e todos os dias tem esse serviço) (E3).*

Quando questionados quanto à associação que eles fazem entre a Clínica da Família e os preceitos da Clínica Ampliada, somente um enfermeiro soube responder, porém, mesmo não conhecendo o significado do termo Clínica Ampliada, os demais no decorrer de suas falas citaram seus preceitos e suas ferramentas:

(Eu creio que com todos estes aspectos que a gente acabou discutindo, eu creio que a gente faz sim uma assistência ampliada (E3)); (Foi traçado todo um plano de cuidado, e a gente foi lá e aplicou e tá sendo acompanhado, e daqui mais um pouco a gente vai fazer avaliação desse plano de cuidado, porque se não der certo a gente tem que mudar, né?"(E5)); (Antes eles procuravam quando tinham algo, hoje não, as consultas são programadas, né. Eles conseguem vir, conversar com o médico, não é consultar com o médico, né (E2));(Eu gosto de ouvir os pacientes, (...) eu preciso ouvir primeiro o que você tem a me dizer, qual sua questão, porque você veio pra clínica, entendeu? Pra ver o que eu posso fazer, o que eu posso te ajudar, ou se eu não posso te ajudar vou procurar quem possa (E5)).

As várias ferramentas da clínica ampliada que são o diálogo, o vínculo, a escuta, o apoio matricial (suporte do NASF), o projeto terapêutico singular, além do atendimento integral e humanizado são expressos pelos enfermeiros, como vimos no parágrafo anterior e, um deles conclui que:

(Hoje a gente é bem retribuído, a gente vê assim que o vínculo que temos com esse paciente, o reconhecimento que eles sentem, que eles tem pela gente, se sentir integrado dentro da unidade. Já uma coisa que eles não eram acostumados, então hoje a gente vê essa diferença (E1)).

OS DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA CLÍNICA DA FAMÍLIA

Comparando o serviço onde estão inseridos e as demais unidades de ESF, os enfermeiros apontaram como um grande diferencial a presença e o apoio do NASF dentro da unidade, bem como as facilidades que o mesmo proporciona:

(nós temos esse privilégio né, de dentro dessa estrutura física aqui da clínica, o NASF ter a sua sala aqui com a gente) (E2); (O que acaba ajudando bastante aqui, ter

um desenvolvimento muito bom é por causa dos profissionais do NASF, tem uma relação muito gostosa de trabalhar) (E1); (aqui eu consigo ter uma intervenção, ou solicitar uma ajuda, ou pedir uma orientação e eu acho isso diferente de outras unidades) (E3).

Outras potencialidades elencadas pelos enfermeiros são a rádio comunitária, a participação da comunidade e dos presidentes de bairro no conselho gestor, sala de espera e os grupos, como por exemplo, o do Hiperdia. Assim, percebe-se a importância dada à participação da comunidade nas ações da CF, evidenciando que os enfermeiros valorizam as diretrizes do SUS, em especial quanto ao controle social e instâncias colegiadas.

Como desafios, a maioria dos enfermeiros destacou: a falta do ACS na unidade; o fato de a unidade ainda não possuir o CNES relacionada a um serviço de AB, pois ainda está cadastrada como instituição de atenção secundária; e, a dificuldade de atuação devido às competências dos profissionais de nível técnico, mais voltadas para a atuação em atenção secundária.

O principal desafio enfrentado pela equipe foi evidenciado pela falta do ACS, pois os mesmos são fundamentais para que a ESF funcione adequadamente:

(O grande aspecto negativo sempre é a falta do agente comunitário, que é o nosso elo com a comunidade) (E3); (As metas que a gente tem que fazer (...) que volta novamente a falta do agente de saúde, por exemplo, você tem que cumprir a meta do preventivo (...) e sem eles não tem como você ter o controle certinho) (E4); (Nós não somos equipe de saúde da família (...) pela falta do agente comunitário de saúde (...) ele que é o elo de ligação com a comunidade) (E2).

Um ponto desfavorável também citado pelos entrevistados, que dificulta a realização de ações da CF, bem como atenção à saúde da família, seria a falta de cadastramento do serviço no CNES:

(Toda produção que é feita aqui, ela é alimentada no cadastro da atenção secundária e não da básica (...) isso interfere nos nossos relatórios, que a gente tem que encaminhar mensalmente) (E4). (Nós não temos CNES ainda (...) estamos trabalhando há um ano (...) realizando ações de equipe saúde da família, porém não somos equipe saúde da família) (E2).

Os profissionais apontam como fator que interfere negativamente no seu processo de trabalho, o fato de a maioria do pessoal de nível médio estar anteriormente inserido na atenção secundária e não ter recebido capacitações voltadas à atenção básica, assim alguns enfermeiros acreditam que os mesmos não têm o perfil para atuar na CF:

(Então nós temos essa dificuldade muito grande hoje, por causa do perfil desse funcionário (...) algumas pessoas da secundária que vieram, que era da antiga policlínica, e hoje elas são da inserção de uma clínica da família) (E2). Neste sentido, percebemos que os enfermeiros estão buscando capacitar a sua equipe para o atendimento específico da atenção básica: (Elas

não foram capacitadas, (...) este é outro ponto negativo aqui das técnicas. (...) eu dei uma aula de PSF esses dias que durou a tarde inteira (...) eu to ensinado gradativamente) (E5).

DISCUSSÃO

PERFIL DOS ENFERMEIROS E SUA INSERÇÃO NA CLÍNICA DA FAMÍLIA

A análise acerca do perfil dos enfermeiros atuantes no serviço, vai ao encontro dos achados de Costa *et al.*⁽⁶⁾, evidenciando que os trabalhadores da atenção básica de saúde são, em sua maioria, mulheres entre 23 a 55 anos de idade. Estudos demonstram que, em média, na ESF a proporção de mulheres e de profissionais mais jovens é maior. Neste sentido, a literatura também aponta que, em maiores de 45 anos, a capacidade física e mental vai decaindo com o tempo; já os jovens não têm tanta maturidade profissional⁽⁷⁻⁸⁾.

Um importante fator a ser considerado, refere-se a carência de profissionais efetivos, o que pode representar uma desvantagem para os serviços, na medida em que eles não se sentem seguros no emprego e há grande instabilidade no vínculo, o que pode repercutir de maneira negativa nas práticas⁽⁹⁾.

Torna-se importante ressaltar que a segurança no trabalho interfere direta e positivamente nas ações realizadas pelo profissional enfermeiro. Uma vez que, quando o profissional tem um vínculo efetivo, o mesmo demonstra mais autonomia para realização de mudanças no modo de gestão do serviço, na assistência prestada e, até mesmo, na rotina da unidade de saúde.

Os enfermeiros relataram maneiras distintas de inserção na CF, tais como análise de currículo pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), transferência e permuta. Evidências essas que, apontam de fato, no contexto da ESF, a minoria dos profissionais se insere por meio de concurso público e a maioria é contratado^(9,10). Neste sentido, acredita-se que os conflitos entre os profissionais podem se tornar uma realidade, já que frequentemente há uma diferença de estabilidade profissional e financeira entre os mesmos. Assim, verifica-se a necessidade de um processo de seleção via concurso público.

Acredita-se que há extrema necessidade de um processo de seleção mais criterioso dos profissionais da Atenção Básica (AB), considerando que o perfil demandado nesse nível de atenção possui peculiaridades específicas, quando comparado com o dos demais serviços⁽¹¹⁾. Nele, o acolhimento, o vínculo e a humanização das práticas em geral tornam-se mais evidentes e necessários para o sucesso das ações e acompanhamento dos usuários. A seleção de profissionais que respondam a essa demanda tende a contribuir para maior resolutividade das práticas; além disso, ressalta-se também a necessidade de qualificação dos que já se encontram no serviço, para alcance do objetivo de mudar hábitos e aperfeiçoar a gestão⁽¹²⁾.

Se tratando de um serviço de promoção à saúde e prevenção de agravos, os profissionais devem ser adequada-

mente qualificados para melhor atender as demandas da comunidade. Neste caso, vale ressaltar que tanto o tempo de serviço quanto o de formação dos enfermeiros podem contribuir para a maturidade profissional e o alcance dessa qualidade. Entretanto, a maioria deles não tem formação específica para o trabalho na SF, o que nem sempre os treinamentos dão conta de suprir.

Com relação à especialização na área de AB, este estudo condiz com pesquisas⁽¹²⁻¹³⁾ nas quais foi possível constatar que a maioria dos enfermeiros inseridos na AB possuía pós-graduação *lato-sensu*, porém não específicas para AB ou Saúde da Família.

Considerando o modelo proposto para esse nível de atenção, pautado na evitabilidade de agravos por meio de ações específicas, especializações e aperfeiçoamento profissional são de grande relevância para proporcionar maior qualidade e resolutividade no serviço, bem como a concretização de uma assistência humanizada.

Considera-se que as capacitações específicas para atuar na AB não respondam isoladamente às distintas necessidades desse âmbito. De modo que a educação permanente em serviço torna-se indispensável, a fim de direcionar as práticas de acordo com elas.

Diante das falas percebe-se que os profissionais buscam qualificação através das capacitações que a SMS oferta, com ênfase nas ações programáticas da ESF, envolvendo sala de vacina, saúde da mulher, saúde da criança, hanseníase e tuberculose. As referidas qualificações oferecidas pelo órgão são viabilizadas por meio da educação continuada. Porém, hoje temos a necessidade desenvolver a educação permanente, voltada para a problematização local.

Silva⁽¹⁴⁾ aponta que há uma necessidade de estudo da realidade dos usuários das UBS e atualização técnico-científica por parte dos profissionais. Em estudo encontrado⁽¹⁵⁾ defende-se a criação e manutenção de espaços de educação permanente em saúde para que os enfermeiros tomem posse de seu trabalho clínico, que deve ser construído na perspectiva da clínica ampliada.

Segundo Castro e Campos⁽¹⁶⁾, para que haja uma mudança também é necessário um investimento em métodos inovadores na formação dos profissionais da saúde, visando a suas práticas e vivências na busca por problematizar a realidade primeiramente, para, em seguida, buscar sua transformação. Diante disto, vimos como uma ferramenta primordial a consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que surgiu em 2009, no intuito de ampliar a reflexão acerca das ações em saúde e o contexto do cuidado⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Com a proposta de humanização do SUS e a ferramenta da clínica ampliada, há de se considerar uma maneira de aplicá-las à CF, a fim de permitir o uso de tais propostas e ferramentas pelos profissionais que nela trabalham. Nas falas dos enfermeiros, percebe-se a vontade de capacitar os técnicos para as especificidades da atenção básica, com acolhimento humanizado, visto que a maioria era da atenção secundária, além de dialogar com a população, em sala de espera e grupos, a respeito deste novo modelo de ESF que é a CF.

Presume-se que a capacitação prévia de todos os profissionais envolvidos na CF é essencial, principalmente visto que a mesma foi idealizada pela gestão municipal como um modelo de inovação na AB e, também, como campo de ensino-pesquisa, razão pela qual há, no local, muitos acadêmicos e residentes. Além de tudo, tem-se como objetivo a instituição ser um modelo de excelência na atenção primária e de formação acadêmica. Tudo isto, de modo que contribua para o progresso da profissão, melhor resolutividade no serviço e qualidade na assistência ^(13,19).

Diante disto, vemos a educação permanente como imprescindível neste novo modelo, de modo que viabilize uma assistência integral à saúde, bem como crescimento pessoal e profissional dos envolvidos na CF.

A PRÁTICA NO SERVIÇO RELACIONADA À CLÍNICA AMPLIADA

Através da visão dos enfermeiros do serviço, podemos sugerir que este modelo de atenção à saúde está acarretando melhor qualidade na assistência prestada à comunidade, em especial por se tratar de uma área até então descoberta pela AB. Segundo estudo de 2012 ⁽²⁰⁾, a clínica ampliada vem como um instrumento facilitador para a integralidade do cuidado, requerendo que se repense na organização técnica do trabalho, assim possibilitando o devido suporte para se estabelecer um vínculo com a comunidade assistida. Sendo que, o acesso desse usuário na unidade de saúde, deve ser determinado pela resolutividade das ações prestadas ao tipo de problema de saúde do usuário em questão ⁽²¹⁻²³⁾.

Vimos também, através das falas dos enfermeiros que, de certa forma, a CF vem cumprindo seu papel de amenizar os danos e trabalhando as expectativas dos usuários que procuram o serviço de saúde, a fim de extinguir noção de saúde como bem de consumo, buscando ao invés de quantidade, a qualidade do serviço ⁽²⁾. Nessa mesma direção, Lima *et al.* ⁽²⁴⁾, em estudo realizado em UBS de São Paulo, revelou a percepção dos trabalhadores diante de questões que envolvem a humanização, o vínculo, a escuta, o atendimento integral e centrado no indivíduo.

Este modelo de serviço estabelece a necessidade de aprendizagem de novas capacidades técnicas e pedagógicas por parte dos trabalhadores e gestores, para assim colocá-las em prática. Pois, a assistência integral é um aprendizado coletivo, sendo que é fundamental repensar o processo e os instrumentos de trabalho, para que cada vez mais a prática profissional se aproxime da assistência integral ^(25, 2, 16).

Percebe-se que uma mudança pedagógica é imprescindível para que tais preceitos surtam efeitos na vida pessoal e profissional dos integrantes da equipe da CF, visto que tal mudança nas práticas requer uma transformação no agir e no pensar, de modo a incorporar isto na assistência de todos os membros da equipe, o que requer também mudança na rotina de trabalho e educação permanente.

Nesse sentido, Peduzzi *et al.* ⁽²⁶⁾ ressaltam a importância da comunicação no trabalho em equipe, e os resultados positivos advindos da prática multiprofissional articulada em prol de um objetivo único. Deste modo, para que tal modelo de assistência à saúde seja efetivo e resolutivo, é importante dar ênfase à correlação profissional-usuário-gestor,

uma vez que, todos estão envolvidos neste processo. Além disso, para que tal método tenha êxito, Castro e Campos ⁽¹⁶⁾ partem do pressuposto da necessidade de instigar o subjetivo de cada um dos profissionais envolvidos, sendo eles o elemento-chave para sucesso na assistência.

Nesta categoria buscou-se analisar a visão que os enfermeiros inseridos na clínica têm sobre este serviço, visto a importância de se conhecer isso, pois conhecer este fato é imprescindível para desenvolver o trabalho de forma satisfatória, eficaz e positiva. Vimos que os mesmo percebem a CF como uma estratégia inovadora, resolutiva e, diferenciada tanto nos aspectos de cuidado bem como em sua proposta de gestão compartilhada. O termo Clínica Ampliada ainda não é conhecido pelos profissionais, mas eles citam muitas de suas premissas e isso talvez denote a necessidade de maior atualização e fortalecimento das políticas propostas pelo SUS, como a CF.

OS DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA CLÍNICA DA FAMÍLIA

Considerando que o NASF foi criado com intuito de ampliar a resolutividade e a abrangência das ações da ESF, por meio do apoio matricial aos profissionais da AB, a composição de equipe multiprofissional viabiliza o alcance desses objetivos, compartilhando tecnologias e saberes segundo as demandas da comunidade atendida ⁽¹⁾. Diante disso, notamos que os enfermeiros da clínica demonstram um compromisso ético com o sujeito, que é visto de modo singular, na medida em que assumem a responsabilidade pelo atendimento as necessidades, lançando mão do apoio do NASF quando não está dentro de sua possibilidade de atuação, com foco no atendimento conjunto.

Enfermeiros destacaram esta interação, deles com a equipe multiprofissional do NASF, em que enfatizam esta parceria nas visitas domiciliares, consultas compartilhadas e no planejamento familiar. Isto sugere que, em alguma medida, o NASF vem cumprindo seu papel de apoio matricial. Diante disso, percebe-se a importância desta troca entre os profissionais de modo que viabilize a proposta da clínica e, também vale destacar os vínculos que se criam entre o usuário-serviço, resultando em estímulo para equipe proporcionar uma assistência de qualidade e buscar uma parceria positiva ⁽²⁶⁾.

Podemos dizer que os relatos dos entrevistados reforçam algo que foi proposto no estudo de Rosa, Pelegrini e Lima ⁽²²⁾, que afirmam a necessidade de reorganizar o processo de trabalho, através de inclusão da comunidade no planejamento das ações, no intuito de traçar intervenções mais assertivas, e correspondendo com as necessidades e expectativas da mesma. Tais potencialidades se associam com a proposta da clínica que é de ser modelo na assistência à saúde e de participação da comunidade.

Deste modo, a ausência do ACS desencadeia outros desafios, como: a falta do cadastramento dos usuários e a atualização destes cadastros; dificuldade em divulgar as ações em saúde, bem como campanhas, e orientações sobre o funcionamento da CF; além de este ser o elo do serviço e comunidade, e o principal vigilante de saúde.

Os ACS têm um papel fundamental na AB no sen-

tido de viabilizar integração entre serviço-comunidade, acompanhamento de indivíduos e coletividades, de modo a cadastrar e atualizar dados, e informar a equipe quanto às situações de risco. Eles estão mais próximos da comunidade, tem a capacidade de ajudar na implementação e desenvolvimento de ações de saúde, favorecendo e fortalecendo tais ações, considerando as singularidades locais ^(1, 27-30).

Costa *et al.* ⁽²⁸⁾ concluíram em seu estudo que o trabalho do ACS na AB, é de suma significância para a concretização da ESF e consolidação do conceito ampliado de saúde, pois, o mesmo realiza atividades diferenciadas junto à comunidade, assumindo o compromisso de articular os preceitos e ações de saúde.

Quanto à falta do cadastramento do serviço no CNES, podemos pontuar como interferência contrária aos objetivos da ESF, pois é através dele que se tem o conhecimento real da rede assistencial e dos profissionais, bem como do repasse financeiro adequado ao estabelecimento. Deste modo a sua falta acarreta na disseminação de informações desatualizadas, dificuldade de implantação dos complexos regulatórios, além do não repasse financeiro, considerando também que a correta atualização do CNES é essencial para a tomada de decisão dos profissionais de saúde ⁽²⁹⁾.

Importante destacar, também, que a falta do cadastro das famílias inviabiliza tanto o estabelecimento de metas a serem atingidas, quanto o acompanhamento das ações de saúde realizadas, o que pode implicar negativamente no repasse de verbas, de materiais e instrumentos.

Tratando-se das capacitações para atuar na atenção básica, a visão dos enfermeiros corrobora com o estudo realizado em município do interior do Paraná, com profissionais da AB, onde encontramos que para atuar na ESF, além das capacitações oferecidas pela secretaria de saúde, os profissionais devem ter o perfil para o trabalho nesta área ⁽³⁵⁾. Sendo, de responsabilidade do Ministério da Saúde articular maneiras, junto ao Ministério da Educação visando à formação de profissionais que atendam essa demanda ⁽¹⁾.

Dessa forma, acreditamos que, no que diz respeito às dificuldades relacionadas à gestão dos serviços de saúde-ausência do ACS e cadastro na unidade enquanto atenção básica, são requeridas estratégias imediatas a fim de regularizar o serviço, bem como direcionar as práticas a fim de se obter os resultados almejados para esse nível de atenção, acredita-se que a realização de concurso para contratação de ACS, represente uma estratégia que desencadeará a resolução dos demais problemas, viabilizando o cadastro da unidade.

No tocante ao perfil dos profissionais de nível médio, apontado por alguns enfermeiros como ponto negativo, acreditamos que há possibilidade de resolução *in loco*, na medida em que os enfermeiros desenvolvam práticas educativas com esse público, além disso, ressalta-se a relevância da educação permanente, a fim de conduzir a solução não só desse problema, mas de vários aspectos relacionados, buscando assim, uma assistência mais ampla, humanizada e de qualidade, voltada realmente as necessidades da comunidade.

CONCLUSÃO

Identificou-se que a visão dos sujeitos do estudo é de um serviço diferenciado e mais resolutivo quando comparado com outros do mesmo nível de atenção, o que acarreta em benefícios e agrada à população atendida. Visto também, que a unidade de saúde possui potenciais a serem incentivados e aprimorados, mas ainda há limitações a serem discutidas e trabalhadas.

Embora essa perspectiva dos enfermeiros sobre a CF não seja suficiente para a compreensão de como vem se efetivando, o que demandaria observações da prática dentre outras formas de aproximação da mesma, os achados da pesquisa são indicativos de como ela vem se concretizando. De igual modo, o estudo sugere potencialidades e desafios relacionados à implementação da CF a serem considerados, para que ela se torne cada vez melhor.

Esta categoria de análise nos remete a aspectos positivos relacionados a práticas capazes de aperfeiçoar a assistência à saúde da população adstrita, sendo que várias ferramentas e fundamentos da PNH e da Clínica Ampliada são destacadas sobre o olhar dos enfermeiros. Uma vez que, o apoio matricial ofertado pelo NASF e a interação que ele tem com as equipes das UBS foi uma grande potencialidade exposta. Isto é um resultado rico, visto o quão importante é esta interação para proporcionar uma assistência de qualidade, humanizada, integral e resolutiva.

Nota-se também que como campo de ensino e pesquisa, a CF contribui para a formação de profissionais enfermeiros voltados a uma atenção básica inovadora, sendo um modelo de promoção e prevenção da saúde e de assistência para o estado de Mato Grosso, pois este modelo traz o enfermeiro com principal ator de gestão e com isso co-autor das mudanças necessárias.

Considera-se que primeiramente é necessária a regularização do profissional ACS na clínica para que a mesma possa efetivar e concretizar sua proposta, que é de ser modelo em assistência, ensino e pesquisa, os dois primeiros desafios são na verdade uma reação em cadeia, visto que não tem como a mesma ter CNES como atenção básica, se não tem ACS. Já o terceiro que é perfil dos profissionais de nível técnico, vem sendo parcialmente resolvido, visto que o problema foi detectado e alguns enfermeiros estão buscando capacitar à equipe.

Apreende-se o quão importante é a avaliação de como vem se concretizando essa estratégia inovadora e se a mesma vem seguindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, em torno do que outros estudos devem ser encaminhados. Além disso, sugere-se que seja implantado na clínica um projeto de educação permanente, com o objetivo de concretizar as mudanças necessárias para gerir o cuidado e as demandas do serviço, voltadas à Clínica Ampliada.

RESUMO

Objetivo: conhecer a prática da Clínica da Família em Cuiabá e sua relação com os preceitos da clínica ampliada, sob a perspectiva dos enfermeiros do serviço. **Método:** pesquisa descritiva qualitativa, coleta de dados com entrevista semi-estruturada e resultados analisados segundo o método de análise de conteúdo do tipo temática. **Resultados:** para os enfermeiros atuantes no serviço, este assume uma proposta diferenciada e inovadora, no qual busca se correlacionar com a gestão compartilhada em suas três esferas. Apesar de a maioria não conhecer o termo Clínica Ampliada em suas falas citaram seus principais preceitos e suas ferramentas. As maiores potencialidades descritas foram a relação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a participação popular, e como desafios, a falta de agente comunitário de saúde, do cadastro nacional de estabelecimento de saúde e a dificuldade de atuação devido ao perfil dos profissionais de nível técnico advindos da atenção secundária. **Conclusão:** a clínica possui aspectos positivos que podem contribuir para o progresso da profissão, para a formação de profissionais da saúde e para um modelo de assistência de nível primário inovador. Logo, enfatiza-se a necessidade de implantação da educação permanente com o objetivo de concretizar sua proposta, além de estudos posteriores no local.

DESCRITORES

Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Humanização da Assistência; Assistência Integral à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: conocer la práctica de la Clínica Familiar en Cuiabá y su relación con los preceptos de la clínica ampliada, desde la perspectiva de las enfermeras de servicio. **Método:** investigación descriptiva cualitativa, la recopilación de datos con entrevistas y resultados semiestructuradas analizadas según el método de análisis de contenido temático. **Resultados:** para las enfermeras que trabajan en el servicio, esto supone una propuesta diferenciada e innovadora, que busca que se correlaciona con la gestión compartida en sus tres esferas. Aunque la mayoría no sabe el término Clínica ampliada en su discurso citó sus principios y sus herramientas. El mayor potencial descrito se relaciona con el Centro de Apoyo a la Salud y la participación popular, y como desafíos, la falta de personal de salud de la comunidad, el registro nacional de establecimientos de salud y la dificultad de la operación debido al perfil de los profesionales nivel técnico derivado de la atención secundaria. **Conclusión:** La clínica cuenta con aspectos positivos que pueden contribuir al avance de la profesión, para capacitar a profesionales de la salud y un innovador modelo de atención primaria. Por lo tanto, se hace hincapié en la necesidad de implementación de la educación permanente, para darse cuenta de su propuesta, y estudios adicionales en el lugar.

DESCRIPTORES

Enfermería; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Humanización de la Atención.; Atención Integral de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012a.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. 64 p.
3. Harzheim E, organizador, Lima KM, Hauser L. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. 91 p. [Acesso em: 26 jan 2015]. Available from: [http://www.sbmfc.org.br/media/file/Pesquisa%20Avaliativa%20sobre%20aspectos%20de%20implantacao-%20estrutura-%20processo%20e%20resultado%20das%20clinicas%20de%20familia%20na%20cidade%20do%20Rio%20de%20Janeiro%20\(2\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/Pesquisa%20Avaliativa%20sobre%20aspectos%20de%20implantacao-%20estrutura-%20processo%20e%20resultado%20das%20clinicas%20de%20familia%20na%20cidade%20do%20Rio%20de%20Janeiro%20(2).pdf)
4. MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12th ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
5. Brasil, Conselho Nacional de Saúde, Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União nº 12, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
6. Costa S, Prado M, Andrade T, Araújo E, Silva-Junior W, Gomes-Filho Z, Rodrigues C. Professional profile of healthcare providers holding university degree in Family Health Strategy teams in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2013 Abr 11; [citado 2015 Nov 26]; 8(27): 90-96. Available from: <http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/530/552>.
7. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Work ability: a literature review. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 27]; 15(Suppl 1): 1553-1561. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/067.pdf>.
8. Hilleshein EF, Souza LM, Lautert L, Paz AA, Catalan V, Teixeira MG, Mello T. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 16]; 32(3): 509-515. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n3/11.pdf>.
9. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. Conceptions and typology of conflicts between workers and managers in the context of primary healthcare in the Brazilian Unified National Health System (SUS). Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 26]; 30(7):1453-1462. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134613>.
10. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Sampaio RF. Labor relations under decentralized health management and dilemmas in the relationship between work expansion and casualization in the Brazilian Unifi ed National Health System. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 28]; 26 (5): 918-928. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/14.pdf>.
11. Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. The perspective of health professionals on access to Primary Health Care. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 19]; 18 (8): 2347-2357. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/19.pdf>.
12. Corrêa ACP; Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ICF. Sociodemographic and professional profile of primary health care nurses in Cuiabá - Mato Grosso. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 [cited 2014 Oct 15] 14(1):171-178. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf>.

13. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Training of health workers on the primary health care: impacts and perspectives. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2007 [cited 2014 Dec 16]; 9(2): 389-01. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>.
14. Silva JAM, Peduzzi M. Work Education in Primary Health Care: interfaces between permanent education in health and the communicative action. *Saúde Soc.* [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 26]; 20(4): p.1018-1032. Available from: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29736/31613>.
15. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' Clinical Practice in Primary Care: a Process Under Construction. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 29]; 19(1): 123-130. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf.
16. Castro CP, Campos GWS. Paideia institutional support as a strategy for continuous education in health [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 07]; 12 (1): 29-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n1/03.pdf>.
17. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. 64 p.
18. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O agente comunitário de saúde e consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis* [Internet]. 2010 [cited 2015 Feb 21]; 20(4): 1143-1164. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a05v20n4.pdf>.
19. Oliveira FMCSN, Ferreira EC, Rufino NA, Santos MSS. Continuing Education and the Quality of Health Care: Meaningful Learning in Nursing Practice. *Aquichán* [serial on the Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 25]; 11(1): 48-65. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a05.pdf>.
20. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. Comprehensive health care as the core concept for technological organization in services. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2014 Dec 13]; 17 (2): 555-560. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>.
21. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Assessment of quality of access in primary care in a large Brazilian city in the perspective of users. *Saúde debate* [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 12]; 38 (spe): 252-264. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>.
22. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) [Internet]. 2011 [cited 2015 Dec 15]; 32(2): 345-351. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n2/a19v32n2.pdf>.
23. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c. 56 p.
24. Lima IFS, Lobo FS, Acioli KLBO, Aguiar ZN. Comprehensiveness according to the perception of Family Health Unit workers. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 11]; 46(4): 944-952. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/23.pdf>.
25. Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. The concept and practice of comprehensiveness in primary health care: nurses' perception. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 21]; 45(5): 1135-1141. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>.
26. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis* [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 19]; 21(2): 629-646. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf>.
27. Lanzoni GMM, Cechinel C, Meirelles BHS. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. *Rev. Rene* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 29]; 15(1): 123-131. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1492/pdf>.
28. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Community health worker: a core element of health actions. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 10]; 18(7): 2147-2156. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/30.pdf>.
29. Lira CS, Barbosa FES, Chaves LMF, Lima T MB, Silva GKF, Nogueira PTA, Santana MCC. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde como instrumento de auxílio na gestão: relato de experiência. *Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida*; 2014 [cited 2014 Dec 15]; *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], supl. 3. [abstract]. Available from: <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/3767>
30. Lopes MCL, Marcon SS. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. *Acta Scientiarum. Health Sciences* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 27]; 34 (1): 85-93. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7624/pdf>.