

A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE, JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS
NURSING APPOINTMENTS IN PRIMARY HEALTH CARE, JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS, BRAZIL
LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD, EN JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS, BRASIL

Sueli Maria dos Reis Santos¹, Maria Cristina Pinto de Jesus², Arlete Maria Moreira do Amaral², Darcília Maria Nagen da Costa³, Rafaela Alves Arcanjo⁴

¹ Doutora em Comunicação. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Minas Gerais, Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF. Minas Gerais, Brasil.

³ Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF. Minas Gerais, Brasil.

⁴ Enfermeira. Coordenadora no CTI do Hospital São João Batista, Viçosa. Minas Gerais, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Atenção à saúde. Centros de saúde. **RESUMO:** Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, com o objetivo de conhecer a percepção do enfermeiro sobre a realização da consulta de enfermagem na prática dos serviços de atenção básica. Dezesesseis enfermeiros atuantes em Unidades Básicas de Saúde urbanas de Juiz de Fora -MG, foram entrevistados nos meses de outubro e novembro de 2006. Os dados foram organizados em temas e analisados à luz da literatura temática. Os resultados mostraram que a consulta de enfermagem é realizada pelos enfermeiros de forma limitada, sendo apontadas dificuldades como excesso de atividades burocráticas, deficiências na estrutura física da unidade de saúde e no entrosamento da equipe. Conclui-se que o enfermeiro considera importante a articulação entre o conhecimento teórico e a prática para a aquisição de competência na realização da consulta de enfermagem e que se faz importante buscar o atendimento integral, com vistas à maior resolutividade dos problemas de saúde dos usuários.

KEYWORDS: Nursing. Health care (public health). Health centers.

ABSTRACT: This is an exploratory, descriptive, and qualitative approach study, seeking to discuss the nursing perceptions about performing the nursing appointment in primary health care practice. Sixteen nurses working in urban Basic Unit Health (Unidades Básicas de Saúde) in Juiz de Fora, MG, Brazil, participated in interviews during October and November of 2006. The data was organized into topics and analyzed according to thematic literature. The results showed that the nursing appointment has been performed by nurses in a limited fashion, and pointed out difficulties such as excessive bureaucratic activities, weaknesses in the physical infrastructure of the health clinic and in its teamwork. It is concluded that the nurse considers the link between theoretical and practical knowledge important for the acquisition of competence in carrying out nursing appointments as well as seeking full care, aiming for better resolution to the users' health problems.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Atención a la salud. Centros de salud.

RESUMEN: Estudio de carácter exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo, cuyo objetivo es el de conocer la percepción del enfermero sobre la realización de la consulta de enfermería en la práctica de los servicios de atención básica. Para el estudio fueron entrevistados dieciséis enfermeros que trabajan en las Unidades Básicas de Salud urbanas de la ciudad de Juiz de Fora, Minas Gerais, en los meses de octubre y noviembre de 2006. Los datos fueron organizados en temas y analizados según la literatura temática. Los resultados obtenidos mostraron que la consulta de enfermería es realizada por los enfermeros de forma limitada, siendo señaladas dificultades tales como, el exceso de actividades burocráticas, deficiencias en la estructura física de la unidad de salud y en la interacción del equipo. Se concluye que el enfermero considera importante la conexión entre el conocimiento teórico y la práctica para la adquisición de competencia en la realización de la consulta de enfermería, por lo que es importante buscar la atención integral, con el propósito de dar una mayor resolución a los problemas de salud de los usuarios.

Maria Cristina Pinto de Jesus
Endereço: R. Barão de Cataguases, 303
36.015-370 - Juiz de Fora, MG, Brasil.
Email: cristina.pinto@acessa.com
mariacristina.jesus@ufjf.edu.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 10 de julho de 2007
Aprovação final: 17 de janeiro de 2008

INTRODUÇÃO

No Brasil, os anos 1970 e 1980 são marcados por um processo longo de discussão sobre um novo paradigma para a saúde. A partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, um novo ideário reformador de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi proposto: garantia de acesso universal ao sistema e um novo conceito de saúde definido como direito, além de contemplar os níveis de atenção em saúde, o que permitiu que os serviços de saúde fossem reestruturados de modo a priorizar ações de caráter coletivo e preventivo em detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então predominantes.¹

A regulamentação do SUS foi realizada através das Leis Orgânicas da Saúde N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.²⁻³

Um novo modelo de atenção à saúde foi instalado, a partir da regulamentação do SUS, tendo como princípios a descentralização dos serviços, a universalidade e a integralidade da atenção à saúde e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde.¹

O SUS, com objetivo de reestruturar os serviços de saúde pública brasileira implantou em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado como uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população, estratégia esta que seria estimulada até que fosse possível a plena expansão do Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde, sendo estas desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), que são pessoas da própria comunidade que atuam junto à população, sob a instrução e supervisão do enfermeiro.⁴ Foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), surgindo como uma estratégia de implantação do SUS com vistas à reorganização da atenção básica e tem como aspecto marcante a possibilidade de agilizar, de forma efetiva, a descentralização dos serviços, para atender às

reais necessidades de saúde da população. Assim, o PSF passa a ser assumido pelo MS como o eixo estruturante da atenção básica no Brasil.⁵

A estratégia do PSF estimula a implantação de um novo modelo, em que as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) são transformadas em Unidades de Saúde da Família, tendo com um de seus principais objetivos a geração de práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas. Para tanto, utiliza o enfoque de risco como método de trabalho, o que tem favorecido o aproveitamento ideal dos recursos e a adequação destes às necessidades apontadas pela população.⁵

As UBSs, responsáveis pela atenção básica e porta de entrada do usuário no sistema, têm como equipe multiprofissional: um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários. Assim, têm como desafio o trabalho em equipe, com responsabilidade sobre o território onde vivem ou trabalham em torno de 4.500 pessoas, ou mil famílias.⁵

O profissional enfermeiro, integrante da equipe, no contexto da atenção básica de saúde, tem atribuições específicas entre outras, realizar a Consulta de Enfermagem (CE), solicitar exames complementares, prescrevendo e transcrevendo medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do MS e disposições legais da profissão.⁵

Especialistas relatam que a CE deve, sistematicamente, compreender a realização de um histórico, com um enfoque que vai além dos aspectos biológicos. A elaboração de diagnósticos de enfermagem deve, por sua vez, contemplar ações, adotando-se ou não taxonomias consagradas ou a denominação de problemas ou de necessidades de atendimento e, finalmente, o plano assistencial inclui técnicas, normas e procedimentos que orientam e controlam a realização das ações destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações acerca das condições de saúde da clientela, decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influir na adoção de práticas favoráveis à saúde.⁶

No período de 1980 a 1995, os modelos de CE eram baseados em teorias de enfermagem, limitando-se as experiências de ensino e pesquisa nas escolas de enfermagem. Por se constituírem protocolos extensos, dificultavam sua viabilidade na prática. Também a adoção do modelo biomédico não permitia uma ação diferenciada da consulta médica, gerando no enfermeiro insegurança para executá-la, “[...] bem como uma visão estreita de que a Consultor de Enfermagem só pode terminar com

a prescrição de medicação e a requisição de exames que o usuário já está condicionado a desejar".^{7:24-5}

As ações do enfermeiro na CE, prescrição de medicamentos e requisição de exames, estão previstas na Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no Brasil e no Decreto Regulamentador Nº 94.406, de 8 de junho de 1987, conforme artigos 11 alínea "i" e 8º alínea "e".⁸

Conforme a Portaria Nº 1.625 de 10 de julho de 2007, são atribuições específicas do enfermeiro das Equipes de Saúde da Família (ESFs) realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo MS, gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal. Assim, a realização dessas ações pelo enfermeiro deve estar inserida no contexto da CE, sendo inadmissíveis como condutas isoladas, devendo estas ações ser respaldadas em protocolos assistenciais aprovados pelas instituições de saúde, em consonância com os programas de saúde pública e normatizações das Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Ministério da Saúde.⁹

A realização da CE pressupõe o domínio pelos enfermeiros das habilidades de comunicação, observação e de técnicas propedêuticas. Deve ter objetivos claros e metodologias próprias, fazendo com que o enfermeiro tenha, de fato, uma atuação definida no serviço de saúde.

Considerando que o enfermeiro é capacitado para a CE e, que essa atividade é uma ação específica possível de ser efetivada objetivando o impacto no atendimento às necessidades de saúde da população,⁷ as seguintes questões nortearam o presente estudo: como o enfermeiro vem realizando a CE nos serviços de atenção básica de Juiz de Fora? Quais dificuldades são apontadas para a sua realização? O enfermeiro relaciona CE, atendimento integral e resolutividade dos problemas de saúde dos usuários?

O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção do enfermeiro sobre a realização da CE na prática dos serviços de atenção básica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa. O cenário da pesquisa Universitário da Universidade Federal de Juiz de

Fora constituiu a rede de atenção básica que conta com 42 unidades urbanas, sendo 14 com o modelo tradicional de saúde e 28 que adotam a estratégia do PSF. Na zona rural, existem 15 unidades de saúde, sendo nove tradicionais e seis com PSF. A área de cobertura de saúde corresponde a 50% do total da população de Juiz de Fora.*

Participaram do estudo 16 enfermeiros que trabalham nas UBS urbanas de Juiz de Fora e que realizam a CE. Para a inclusão dos participantes na pesquisa, não foi feita distinção quanto à faixa etária, sexo, cor, grupo social, ou seja, não foi excluído nenhum participante, salvo com solicitação do mesmo.

A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras, nos meses de outubro e novembro de 2006, utilizando-se a entrevista semi-estruturada com cinco questões abertas, a saber: durante a CE que você realiza, há articulação entre o conhecimento teórico e a prática? A sua formação profissional foi adequada para aquisição de competência para realizar a CE? Em sua opinião, qual o valor da CE? Em sua atuação na atenção básica, quais as possibilidades e dificuldades encontradas para realizar a CE? Em seu entendimento, como a CE participa da integralidade e da resolutividade das necessidades de saúde do usuário?

A entrevista ocorreu com a autorização do enfermeiro que, ao concordar em participar de forma voluntária da pesquisa, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse procedimento se deu até a obtenção de número suficiente para permitir a reincidência de informações e conseqüente saturação dos dados, o que ocorreu na 16ª entrevista. Em relação aos dados da pesquisa, foi garantida ao participante a não-utilização das informações de forma indevida, respeitando-se a individualidade de cada um.

Este estudo obedeceu às normas de pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução Nº 196, do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996. Essa resolução salienta, sob a perspectiva do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, entre outros e possui como escopo assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.¹⁰

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital em Pesquisa, conforme o Parecer Nº 207/2006.

* Dados obtidos na Secretaria do Conselho Municipal de Saúde do Município de Juiz de Fora, em 15 de junho de 2007.

As percepções dos enfermeiros frente à CE foram agrupadas em temas e analisadas à luz da literatura temática. Inicialmente, as falas foram recortadas nos pontos mais significativos, com a finalidade de identificar a idéia central dos informantes a respeito da questão. Após esse processo, os fragmentos dos discursos foram agrupados por afinidade ou semelhança, possibilitando a construção dos núcleos de pensamento.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A formação profissional e a competência para realizar a CE

Essa categoria engloba os seguintes núcleos de pensamento: a articulação entre o conhecimento teórico-prático durante a realização da CE e a formação profissional para aquisição de competência durante a consulta.

A formação acadêmica no curso superior de enfermagem deve garantir o perfil multiprofissional e proporcionar identidade profissional para agir em situações de imprevisibilidade, realidade a que estão sujeitos os profissionais enfermeiros nos serviços de saúde.

Ao responderem à questão: durante a CE que você realiza, há articulação entre o conhecimento teórico e a prática?, a maioria dos enfermeiros ressaltou que não há teoria sem articulação prática, como se pode observar nos relatos: *sim. Para toda a ação do enfermeiro, o conhecimento teórico é de total importância por dar embasamento e respaldo ao profissional* (E 4); *** sim. Sem articulação seria impossível qualquer prática de saúde* (E 2); *sim. Acredito ser impossível sustentarmos uma prática sem que haja uma teoria para embasá-la* (E 15); *sim. Não há como realizar a prática bem feita sem a teoria* (E 16).

Para o enfermeiro, não há como dissociar a teoria e a prática. Durante o curso de graduação, é de total importância fazê-las concomitante para que não haja dificuldade nas ações a serem desenvolvidas.

Ao ser interrogado sobre se a sua formação profissional foi adequada para aquisição de competência para realizar a CE, os enfermeiros expressaram que, no curso de graduação, as atividades de ensino não foram suficientes para realização dessa atividade própria do enfermeiro com total habilidade, conforme os relatos a seguir: *parcialmente*.

A faculdade não dá o peixe, ensina a pescar. A competência de cada profissional depende acima de tudo do interesse em aprender (E 4); *parcialmente. Havia uma grande preocupação, voltando às atenções a execução de procedimentos* (E 7); *não. Orientações superficiais; prática falha e pouco objetiva* (E 10); *parcialmente. Somente com o tempo e o treinamento em serviço, você adquire competência para fazê-la* (E 14).

Muitos profissionais mencionaram cursos de pós-graduação e a experiência por tempo de trabalho como enriquecedores no processo de aprendizagem da CE: *curso de pós-graduação e os anos de experiência* (E 9).

Nos cursos de graduação, os conteúdos referentes à consulta devem ser obrigatoriamente incluídos, mas os profissionais precisam ir além dessa formação, buscando, nas especializações e nos programas de educação continuada, o aprofundamento de seu conhecimento. A CE tem seu valor frente aos problemas encontrados e discutidos durante sua realização, mas esta deve estar articulada a uma ação educativa permanente.⁶

Segundo os entrevistados, devido à época em que cursaram a graduação em Enfermagem, a aquisição de competência para realizar a CE foi limitada: *formei em 1982!* (E 8); *porque, na época de universidade, não se trabalhava tanto a prática como hoje* (E 3).

Um dos marcos do surgimento da CE é a vinculação “[...] ao ensino dessa atividade como alternativa de aplicação de um método baseado em teorias de enfermagem buscando a cientificidade, a autonomia e o reconhecimento social do enfermeiro”.^{7:20}

Uma boa atuação prática pressupõe teorias efetivas, articuladas com a realidade das práticas e do sistema de saúde. Os participantes mencionaram o interesse e a habilidade profissional como bons articuladores para uma prestação de serviços de qualidade aos usuários frente à sociedade. Mesmo que haja boa formação profissional, o enfermeiro deve buscar aperfeiçoamento e qualificação profissional para melhor atender às necessidades atuais.

O valor, as dificuldades e as possibilidades da CE

Essa categoria engloba os seguintes núcleos de pensamento: a valorização da CE como atividade privativa do enfermeiro e as facilidades/dificuldades para sua realização.

** E = Enfermeiro e 4 = Ordem da entrevista

A CE encontra-se listada entre as atividades privativas dos enfermeiros, sem possibilidade de delegação a outro membro da equipe de enfermagem. Sendo, assim, uma atividade de responsabilidade única, que traz ao profissional um valor bastante significativo do seu trabalho frente às questões sociais na saúde do usuário.⁶

Pode-se observar o valor dado pelos profissionais entrevistados, através dos seus relatos suscitados pelo questionamento: em sua opinião, qual o valor da CE?

O valor da consulta de enfermagem está em avaliar quais as necessidades do ser humano como um todo... (E 2); é de grande importância para estabelecer um maior contato com o cliente e assim ter uma melhor compreensão do que lhe acomete, assim poder traçar um planejamento mais adequado (E 7).

Diante do processo pela busca da valorização da CE, fez-se a seguinte indagação: em sua atuação na atenção básica, quais as possibilidades e dificuldades encontradas para realizar a CE?

Facilidade: a equipe, os princípios da atenção básica de saúde que prevêm o trabalho multiprofissional. Dificuldades: espaço físico, descrença da população no profissional enfermeiro (E 4). Muitos papéis para preencher, áreas muito extensas com vários moradores, equipe não resolutiva e com dificuldades de relacionamento (E 8).

A CE se realizada nos moldes biomédicos, mostra-se frágil devido à insegurança dos enfermeiros em relação ao conhecimento para realizar o exame físico e para prescrever medicamentos, bem como analisar resultados de exames. Ao mesmo tempo em que a CE “é vista como uma oportunidade para realizar uma atenção diferenciada [...], permitindo contato direto com o cliente, ao constar como registro no seu prontuário, a consulta de enfermagem evidencia os limites do saber do enfermeiro, expondo-o diante da equipe de saúde”.^{7:24}

Entretanto, o enfermeiro, atuando na atenção básica, tem oportunidade de ultrapassar o conhecimento biológico e estabelecer as relações entre processo saúde-doença e o social, tendo como base os dados epidemiológicos que fornecem subsídios para viabilizar ações capazes de causar um impacto positivo na saúde da população.

Para diminuir as dificuldades e aumentar as possibilidades de atuação do enfermeiro na CE, deve ocorrer melhoria das UBSs; motivação e reconhecimento dos trabalhadores e garantia de acessibilidade de toda a população aos serviços.

O reconhecimento dos valores dos trabalhadores da saúde poderá ser alcançado com a melhoria das condições de trabalho, abertura de oportunidades a novos desafios, autonomia e mobilidade profissional, que será possível através de uma reorganização das ações de saúde.¹¹

As possibilidades da CE são muitas, a qual viabiliza ao enfermeiro conhecer a comunidade a partir do atendimento individual, bem como a criação de vínculo. [...] As possibilidades são várias, na própria Unidades Básicas de Saúde, visita domiciliar, informações trazidas pelos agentes (E 1); [...] Vínculo com a população (E 4).

Entende-se que o processo de comunicação feito face a face, entre o profissional e o cliente, de forma individual, requer uma interação maior entre ambos, para que haja mais liberdade nessa relação. Com isso, haverá uma troca de informações mais efetiva para a implementação e avaliação das ações de enfermagem.

Conforme estudo que buscou compreender as práticas discursivas da enfermeira por meio dos repertórios interpretativos manifestos durante a CE à cliente na assistência ao pré-natal, foi evidenciada a importância do atendimento humanizado e a observação das necessidades de saúde e de cuidado. A autora concluiu que os processos comunicativos se mostram indispensáveis na identificação e no atendimento das necessidades de saúde do indivíduo, assim como no reconhecimento do cliente como sujeito autônomo e com liberdade.¹²

A CE, integralidade e resolutividade da atenção à saúde

Nessa categoria, associou-se a CE com os princípios de integralidade e resolutividade da atenção à saúde.

A integralidade envolve vários aspectos, um deles é o princípio de qualidade de atendimento, que trata o indivíduo como um todo; o usuário na atenção básica de saúde deve ser visto como ser singular e coletivo, sendo relevantes seus aspectos biopsicossociais.

Por meio da questão: em seu entendimento, como a CE participa da integralidade e da resolutividade das necessidades de saúde do usuário?, pode-se observar nos relatos que o enfermeiro entende integralidade como *assistência holística em todos os níveis de atenção à saúde. Resolutividade completa o atendimento da equipe multiprofissional e, por vez, se basta (E 8).*

A integralidade de fato tem um conceito amplo, mas não pode ter significado de que tudo aquilo que o cidadão pretende na saúde ele terá. "A integralidade precisa ser demarcada, uma vez que na saúde é impossível garantir a todos tudo o que se pretender".^{13:11} Esse princípio deverá ser pautado por critérios técnicos, orçamentários, financeiros e políticos. Caso contrário, haverá um SUS esmagado por demandas individuais, sem olhos voltados para o coletivo.

A integralidade precisa ser assumida como sendo "uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual - em que se constrói a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico - em que se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados".^{14:65}

O alcance do atendimento integral, ou mesmo o esforço feito pelos profissionais para tentar alcançá-lo, ajuda a produzir maior resolutividade das ações de saúde. Nas respostas aos problemas a serem resolvidos, por meio da CE, o profissional pôde identificar os anseios do próprio indivíduo e os problemas que possuem magnitudes na comunidade.

O cuidado de saúde do futuro será mais orientado à comunidade com um maior número de usuários sendo cuidados em suas casas. Além disso, é importante salientar que, atualmente, esses usuários são mais conscientes de seus direitos em relação aos cuidados de saúde de qualidade, e a integração da família e sociedade no cuidado é um tema global fortemente incentivado e encorajado pela Organização Mundial de Saúde.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No SUS, entre as atividades elencadas para os profissionais da equipe multiprofissional de saúde, está explícita a CE como ferramenta para contribuir na resolutividade dos problemas de saúde da população.

A integralidade foi apontada, no estudo, como outro princípio que deve orientar a CE. Com a integralidade das ações, pode-se enxergar o ser humano como um todo, nos seus aspectos biopsicossociais, bem como construir e fortalecer uma rede de atenção à luz desse princípio e da hierarquização nos diversos níveis de atenção à saúde.

A CE como uma atividade independente, privativa do enfermeiro, se realizada de modo

contextualizado e participativo, pode propiciar condições para melhoria da qualidade de vida do usuário do serviço de saúde. Aliado à competência técnica, o enfermeiro, por meio da CE, demonstra interesse pelo ser humano, criando vínculo com o indivíduo, família e comunidade.

O discurso do enfermeiro mostrou que a formação é importante para o desenvolvimento de competências para realizar a CE. Assim, a teoria e a prática não podem ser dissociadas na efetivação dessa atividade.

O enfermeiro valoriza a CE como instrumento que facilita o vínculo entre o profissional e o usuário, ao mesmo tempo em que ressalta dificuldades para sua realização.

A realização desta pesquisa permitiu conhecer alguns aspectos da percepção do enfermeiro sobre a CE realizada nas UBSs urbanas de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil e poderá subsidiar reflexões acerca dessa atividade assistencial.

REFERÊNCIAS

- 1 Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Cienc. Saúde Colet.* 2005 Abr-Jun; 10 (2): 333-45.
- 2 Brasil. Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 20 Set 1990.
- 3 Brasil. Lei No 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 31 Dez 1990.
- 4 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários (PACS). Brasília (DF): MS; 2001.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2001.
- 6 Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2003 Mar-Abr; 11 (2): 207-14.
- 7 Corbishley ACM, Silva MA. A consulta de enfermagem na programação dos centros de saúde. *Rev. APS.* 1999 Mar-Jun; 2 (2): 19-27.
- 8 Conselho Regional de Enfermagem Minas Gerais. Legislação e normas. Belo Horizonte (MG): COREN-MG. 2005.

- 9 Câmara Técnica de Atenção Básica. Saúde da Família: competência dos profissionais. COREN-MG Informativo. 2007 Out/Nov; 29(3):8.
- 10 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
- 11 Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1996.
- 12 Costa AAS. Práticas discursivas na consulta de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006 Abr-Jun; 15 (2): 359-60.
- 13 Machado K. Integralidade no ensino SUS: experiências inovadoras no ensino da saúde. RADIS: comunic. saúde. 2006 Set; (49): 10.
- 14 Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo em construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ, Abrasco; 2001.
- 15 Löfmark A, Thorell-Ekstrand I. An assessment form for clinical nursing education: a Delphi study. J Adv Nurs. 2004 Nov; 48(3): 291-8.