

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS UNIFAL

CAMILA MARIA SILVA PARAIZO

**SIGNIFICADO DO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES *MELLITUS*
NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Alfenas/ MG

2018

CAMILA MARIA SILVA PARAIZO

**SIGNIFICADO DO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES *MELLITUS*
NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de pesquisa: O processo de cuidar em enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava

Coorientador: Prof.Dr. Carlos Tadeu Siepierski

Alfenas/ MG

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação
(CIP) Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal
de Alfenas Biblioteca Central – Campus Sede

Paraizo, Camila Maria Silva.

P222s Significado do cuidado à pessoa com diabetes mellitus na perspectiva de enfermeiros da atenção básica de saúde / Camila Maria Silva Paraizo. – Alfenas-MG, 2018.
108 f. –

Orientadora: Silvana Maria Coelho Leite Fava.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal de Alfenas, 2018.
Bibliografia.

1. Diabetes Mellitus. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Antropologia Cultural. I. Fava, Silvana Maria Coelho Leite. II. Título.

CDD-610.737



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



Camila Maria Silva Paraizo

“Significado do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus na perspectiva de enfermeiro da atenção básica de saúde”

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 20 / 02 / 2018

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Profa. Dra. Eliane Garcia Rezende
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe
Andrade

Assinatura:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo – EERP/USP

Essa conquista dedico com todo meu amor a minha mãe (in memoriam) e meus avós (in memoriam), por tudo que fizeram por mim ao longo de minha vida, e mesmo distantes continuarem iluminando meus passos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida.

À CAPES, que financiou meus estudos.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas- MG, por compartilhar seus conhecimentos, que foram essenciais para o desenvolvimento desse trabalho e crescimento profissional.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Silvana Maria Coelho Leite Fava, pelos ensinamentos, orientações, palavras de incentivo, paciência e dedicação, que esteve presente desde a minha graduação me auxiliando nos meus primeiros passos na vida acadêmica.

A meu coorientador, Prof^o Dr. Carlos Tadeu Siepierski muito obrigada pela orientação, pelos ensinamentos, contribuições e paciência que foram essenciais para o desenvolvimento desse trabalho.

As professoras doutoras Eliane Garcia Resende e Eliza Maria Rezende Dázio, pelas contribuições realizadas a esse trabalho durante o exame de qualificação.

As participantes desse estudo, por me receberem com muito carinho e atenção.

A minha família, tios, tias, primos, irmãos e irmã, por acreditarem em mim, sendo sempre meu apoio e incentivo, fundamentais para eu seguir em frente.

Ao meu esposo Renato, que me deu força, coragem para seguir esse caminho. Seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, foram essenciais para conclusão desse trabalho.

Aos meus amigos da turma de Pós-Graduação em Enfermagem, onde fortaleci velhas amizades e fiz novas, em especial a Márcia e a Carla que se tornaram minhas grandes amigas. Muito obrigada a todos vocês pelos momentos compartilhados, pela amizade, carinho e companheirismo, nossa turma é única.

Meus sinceros agradecimentos a todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização e conclusão desse trabalho. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

RESUMO

Dada a magnitude do Diabetes *Mellitus* e de suas repercussões em diferentes dimensões da vida, é essencial que a equipe multiprofissional, principalmente o enfermeiro, amplie seu olhar sobre essas pessoas. Em face a esse panorama este estudo nos leva a instigar questões sobre o saber/ fazer/ ser do enfermeiro no cuidado à pessoa com Diabetes *Mellitus* no cotidiano de trabalho, com o objetivo de compreender o significado do cuidado à pessoa com Diabetes *Mellitus* sob o ponto de vista do enfermeiro da atenção básica de saúde. Esse é um estudo etnográfico ancorado na Antropologia Interpretativa, realizada entre setembro de 2016 a agosto 2017, com 16 enfermeiras de Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família. Foram utilizadas as técnicas de entrevista, observação participante e diário de campo. Da análise dos dados foram construídos três eixos que abarcam as dimensões assistencial, gerencial e educativa do cuidado de enfermagem que se revelou repleto de complexidades e apresenta uma pluralidade de significados que orientam a práxis desse profissional. O olhar semiótico possibilitou compreender como os significantes e a pluralidade de significados estão entrelaçados e são culturalmente construídos pelas interações sociais, à medida que essas enfermeiras experienciam os desafios da prática do cuidado.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Primária a Saúde. Cuidados de Enfermagem. Antropologia Cultural.

ABSTRACT

Given the magnitude of Diabetes Mellitus and its repercussions on different dimensions of life, it is essential that the multidisciplinary team, especially nurses, widen your eyes on these people. In the face of this panorama this study leads us to instigate questions about the knowing/doing/being of nurses in the care of the person with Diabetes Mellitus in the daily life of work, with the goal of understanding the meaning of care to the person with Diabetes Mellitus from the point of view of nurses basic health care. This is an ethnographic study anchored the Interpretative Anthropology, held between September 2016 to August 2017 with 16 nurses of basic health units and the family health strategy, interview techniques were used, participant observation and diary of field. The analysis of the data were constructed in three axes which cover the dimensions, managerial and educational outreach of the nursing care that proved full of complexities and features a plurality of meanings that guide the praxis of a trader. The semiotic look made possible understand how significant and the plurality of meanings are intertwined and are culturally constructed by social interactions, as these nurses visitors experience the challenges of care practice.

Key words: Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Nursing Care. Anthropology, Cultural.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO.....	13
3	REFLEXÕES CONCEITUAIS SOBRE CRONICIDADE E AS DIMENSÕES DO CUIDADO.....	14
3.1	CUIDADO.....	14
3.2	CRONICIDADE.....	20
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
4.1	DIMENSÃO ASSISTENCIAL.....	27
4.2	DIMENSÃO GERENCIAL.....	28
4.3	DIMENSÃO EDUCATIVA.....	31
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	34
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	34
5.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	34
5.3	LOCAL DE ESTUDO.....	44
5.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	44
5.5	COLETA DE DADOS.....	44
5.6	O CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> SEGUNDO O REFERENCIAL DA ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA.....	45
5.7	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS.....	53
5.8	PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	53
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
6.1	A PRÁTICA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO: “O DIABÉTICO VOCÊ SABE QUE ELE É CUSTOSO, SE TIVER ALGUM FÁCIL ME AVISA.....	54
6.2	A PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO: “ELES QUEREM É NÚMERO”.....	67
6.3	A PRÁTICA EDUCATIVA DO ENFERMEIRO: “A GENTE GASTA SALIVA COM ELES, ENTRA POR UM OUVIDO E SAI PELO OUTRO”.....	79
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	92
	ANEXO.....	103
	APÊNDICE.....	106

1 INTRODUÇÃO

Uma epidemia de diabetes *mellitus* (DM) está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com DM é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035. Cerca de 80% dessas pessoas vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-SBD, 2015). Em face à essa realidade, esta condição encontra-se como um dos temas de prioridade na agenda nacional de saúde sendo que as medidas para o controle e prevenção de complicações são metas prioritárias das ações de saúde.

Essas complicações comprometem a qualidade de vida dessas pessoas, o que acaba por interferir em diferentes aspectos do dia a dia, como debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dor em membros inferiores, falta de vitalidade, dificuldades no relacionamento social, instabilidade emocional, entre outros (CHIBANTE et al., 2014; FARIA et al., 2013; FRANCO JÚNIOR; HELENO; LOPES, 2013).

Dada a magnitude da doença e de suas repercussões em diferentes dimensões da vida, é essencial que a equipe multiprofissional, principalmente o enfermeiro, amplie seu olhar sobre a pessoa com DM. Para tanto, ele deve pactuar com a pessoa metas para mudar o seu modo de viver a fim de minimizar os impactos da doença. Assim, é preciso ajudá-la a identificar os elementos da vida cotidiana que possam configurar riscos e desencadear as complicações e aprender a gerenciar sua vida com DM em um processo que visa a qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016; SBD, 2015).

A literatura tem reiterado a relevância do papel dos profissionais de saúde com a pessoa com DM, pois, as ações desenvolvidas têm contribuído para o desenvolvimento do autocuidado dessas pessoas, para o diagnóstico precoce de complicações, para ajudá-las a adotarem medidas de reduções dos fatores de risco e para um tratamento capaz de auxiliar nas mudanças de comportamento, o que corrobora para o controle da doença e para a melhoria da qualidade de vida (FERRITO; NUNES; CARNEIRO, 2014).

Embora a literatura tenha reiterado a importância das ações em saúde e o papel do profissional, tenho percebido no decorrer da minha formação, ao integrar um projeto de extensão que desenvolve ações de educação em saúde às pessoas com Diabetes *mellitus*, o quão distante está o enfermeiro das ações de cuidado, pois, as pessoas apresentam dificuldades no manejo e na convivência com as pessoas doentes.

Esta experiência despertou o meu interesse pela temática e a necessidade de aprofundar o conhecimento, o que me motivou a desenvolver o estudo sobre os saberes e práticas das pessoas com DM. Foi possível, a partir desse estudo, constatar a dificuldade das pessoas com DM fazerem distinção entre as diferentes categorias profissionais de enfermagem. Quando investigados sobre o profissional que o assistiu nas diferentes instituições de saúde, dificilmente foram vinculadas ao enfermeiro, o que reflete na invisibilidade do profissional nas ações de cuidado. As pessoas com DM apresentavam o conhecimento incipiente sobre a doença e o tratamento.

Ademais, o modo de agir frente ao adoecimento fundamentava-se em crenças que geravam condutas, muitas vezes errôneas.

Esses resultados suscitaram as seguintes inquietações: se a pessoa com DM tem dificuldades no manejo com a doença, se o conhecimento sobre a doença e o tratamento é incipiente, se o enfermeiro pouco tem participado das ações de cuidado, como está o conhecimento do enfermeiro sobre DM? Para dar respostas a esses questionamentos foi desenvolvido o trabalho de conclusão de curso para investigar o conhecimento atualizado dos enfermeiros sobre o DM.

Constatou-se que a maioria das enfermeiras entrevistadas revelou um conhecimento desatualizado e até mesmo alguns equívocos sobre a doença, o tratamento, a anatomia e as terminologias, apontando um certo distanciamento do conhecimento científico. Percebe-se assim, a necessidade do enfermeiro em atualizar-se para desempenhar com eficiência uma das dimensões do cuidado, a educação em saúde. A educação em saúde realizada pelo enfermeiro compõe a prática social da enfermagem e é considerado um instrumento fundamental para a garantia de uma assistência adequada e de qualidade (ANDRADE et al., 2016).

A necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os modos do saber/fazer do enfermeiro com as pessoas com DM levou-me a buscar o Programa de Pós-graduação *Stricto sensu* para encontrar respostas para as seguintes inquietações: Qual o significado do cuidado para as enfermeiras da atenção básica de saúde? Como as enfermeiras, em determinados contextos, constroem e utilizam o seu saber na interação com as pessoas com DM?

A proposta para o desenvolvimento desse estudo não é apontar falhas do processo de trabalho, mas, compreender sob o ponto de vista dos enfermeiros, o entendimento sobre o cuidado e como esse cuidado é implementado na prática. Acreditamos que os resultados deste estudo possam subsidiar o desenvolvimento da educação permanente e conseqüentemente contribuir na melhoria da assistência às pessoas com DM.

2 OBJETIVO

Compreender o significado do cuidado à pessoa com DM sob o ponto de vista do enfermeiro da Atenção Básica de Saúde.

3 REFLEXÕES CONCEITUAIS SOBRE CRONICIDADE E AS DIMENSÕES DO CUIDADO

Para subsidiar este estudo foi realizada revisão de literatura sobre conceitos de cuidado e cronicidade.

3.1 CUIDADO

O cuidado, considerado a essência da Enfermagem e função prioritária do enfermeiro, deve ser conceituado e compreendido por todos, tanto para os que oferecem cuidados assim como para quem recebe, com a perspectiva de dar sentido ao fazer da enfermagem (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Constata-se que no decorrer do tempo, o cuidado de enfermagem modificou-se, acompanhando o desenvolvimento do conhecimento (SEBOLD et al., 2016). Para elucidar essa temática, será apresentada em síntese as principais concepções que influenciaram o conceito de cuidado, de acordo com a época.

Com a Florence Nightingale, precursora da enfermagem, o cuidado teve como principal foco a importância da higiene e do ambiente e a preocupação em fazer as ações com conhecimento (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Na revolução industrial e na era científica, houve uma idolatria pela técnica, com enfoque na doença, sendo a pessoa secundarizada. Na década de sessenta, há o desenvolvimento das teorias de enfermagem, tendo como principais autoras as enfermeiras norte-americanas. Essas teorias buscavam dar ênfase em aspectos biomédicos, como adaptação e homeostase (WALDOW, 2008).

No Brasil, na década de setenta, Wanda Horta desenvolve a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, sendo a pessoa o centro do cuidado. Para a autora, o objeto da enfermagem é o ser humano, assistindo-o no atendimento de suas necessidades. Dentre os seus princípios, ela reconhece que a enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio (HORTA, 1979).

Outras teóricas como Leininger, Watson e de Boykin e Schoenhofer buscaram o apoio em outras áreas de conhecimento, cujo enfoque predominante é o aspecto psicológico, social ou cultural (BOYKIN, SCHOENHOFER, 1993; LEININGER, 1991; WALDOW, 2008; WATSON, 1988).

No tocante a valorização da cultura, Leininger em 1978 elaborou a Teoria Transcultural para compreender melhor as pessoas e desenvolver práticas de cuidado de enfermagem diversificadas, significativas e eficazes, de acordo com a cultura (LEININGER, 1991).

Apreende-se que na atualidade, há uma tendência do cuidado com enfoque mais humanista na enfermagem segundo Waldow (2008), como visto nas teorias elaboradas por Leininger, Watson e Wanda Horta, dentre outras.

Nessa perspectiva, considera-se um cuidado legítimo quando as necessidades de cuidado são respondidas pelos profissionais da enfermagem, agindo de forma responsável, auxiliando as pessoas a desenvolver, restaurar ou aumentar o cuidado de si, da melhor forma possível. Com isso, as pessoas não são apenas ajudadas a lidar e enfrentar a doença e a incapacidade, mas também são encorajadas e empoderadas a sempre buscarem a plenitude humana (WALDON, 2015).

Vale e Pagliuca (2011), corroboram com esse pensamento ao enfatizarem que o cuidado autêntico diz respeito a zelo, desvelo, atenção, bom trato e solicitude, constituindo-se, dessa forma, o modo pelo qual a pessoa centra-se na preocupação com o outro.

Sob esse enfoque o cuidado só passa a ser verdadeiramente uma ação moral e enobrecedora, quando realizada para e com o ser, sujeito do cuidado. É uma ação interativa, que ocorre entre o ser que cuida e o ser que é cuidado e engloba envolvimento e comprometimento (WALDON, 2015). Com produção de encontros e de diálogos entre sujeitos, sujeitos profissionais de saúde/serviços, sujeitos usuários e população (SEBOLD et al., 2016).

Seguindo esse pensamento, o cuidado de enfermagem não pode ser o produto de um saber exclusivamente instrumental provido do saber científico e tecnológico, pois, é apenas uma parte da dimensão do cuidado. Ele precisa abranger as experiências da vida, o contexto sociocultural, o conhecimento técnico, científico, ético, a dialogicidade e a sensibilidade, visando a resolução

dos problemas. Assim, para a sua eficácia é preciso associar a dimensão instrumental, relacional como trás Sebold et al. (2016), educacional e gerencial do cuidado (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Para tanto, o cuidado deve estar centrado na integralidade do ser humano que contemplem as dimensões biológicas, sociais, psíquicas e espirituais, para a promoção, na prevenção, na recuperação e reabilitação da pessoa.

Embora a produção científica tenha contribuído para a definição e redefinição do conceito de cuidado, refleti sobre e colocá-lo em prática, não se configura em uma tarefa fácil.

A Enfermagem, assim como outras profissões, não deixou de ser influenciada pelas mudanças políticas, sociais e epidemiológicas, que fundamentam o modelo de saúde, e verifica-se na atualidade que a profissão vem passando por várias transformações na busca pela competência profissional e essas mudanças apontam para crises paradigmáticas do conhecimento científico e sua influência nas ações de enfermagem (RAMOS et al., 2013)

Ao transpor esses conceitos de cuidado de enfermagem às pessoas com condições crônicas, é necessário abranger as experiências da vida, o contexto sociocultural e o mundo como um todo, pois, a saúde mantém uma íntima relação com as vivências cotidianas. O cuidado de enfermagem pode ajudar as pessoas que vivenciam uma condição crônica a encontrar formas de amenizar o sofrimento e facilitar o enfrentamento e a aceitação da necessidade de tratamento permanente (SILVA et al., 2013). Configura-se assim, uma atividade complexa e desafiadora para o enfermeiro (SILVA et al., 2012).

A sobrecarga pelas demandas do mercado de trabalho e as responsabilidades crescentes podem contribuir para o enfermeiro deixar de lado o principal determinante da sua identidade profissional que é o cuidado de enfermagem (MORAIS et al., 2011). Essa realidade nos provoca inquietação que se traduz pelo seguinte questionamento: As ações desenvolvidas na prática profissional pelos enfermeiros estão em consonância com a proposição da profissão?

As competências do enfermeiro junto às pessoas com DM encontram-se discriminadas em diferentes documentos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2013;

BRASIL, 2016) e tem sido enfatizada a necessidade de formar um profissional qualificado para o exercício de Enfermagem [...] Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001). Que prioriza em suas ações a longitudinalidade e a integralidade do cuidado e que o processo de educação em saúde deve ser iniciado na primeira consulta.

Dentre as competências do enfermeiro, conforme o Caderno 36 do Ministério da Saúde, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes *mellitus*, estão: a realização de consulta de enfermagem para pessoas com maior risco para desenvolver DM, o acompanhamento das pessoas que já tenham este diagnóstico, abordando fatores de risco, estratificação do risco cardiovascular, orientação e avaliação das condições de saúde e do potencial para o autocuidado. Compete ao enfermeiro estimular e auxiliar a pessoa a desenvolver seu plano de autocuidado em relação aos fatores de risco, identificados durante o acompanhamento (BRASIL, 2013).

A consulta de enfermagem pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e as ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico. Deve envolver a família na pactuação de metas, nos resultados alcançados e no grau de satisfação em relação ao tratamento (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012). A cada consulta deve observar mudanças ou adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com necessidades. Deve registrar, em prontuário, todo o processo de acompanhamento. É importante a atuação transdisciplinar do enfermeiro para ampliar o levantamento das necessidades da pessoa com DM, a fim de readequar o planejamento e desenvolver ações coerentes com essas necessidades, e quando pertinente, fazer o encaminhamento aos demais profissionais (BRASIL, 2013).

Embora o papel clínico do enfermeiro junto às pessoas com DM esteja definido nos programas de saúde e na linha do cuidado (BRASIL, 2013,

BRASIL, 2016), ainda há a invisibilidade da profissão e de sua práxis no cotidiano do processo de trabalho (BAGGIO; ERDMANN, 2010; BASTO, 2005; CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2012; MARTINS; FERNANDES, 2014).

Estudiosos nesta temática acreditam que a complexidade dos processos de saúde apresentados pelas pessoas adoecidas, exige um trabalho em equipe e com isto, pode ocorrer uma sobreposição de ações e ocultar o trabalho do enfermeiro (BASTO, 2005).

Baggio e Erdmann (2010), defendem que o modelo biomédico predominante na sociedade faz com que a enfermagem seja pouco ou não reconhecida pela sociedade por seu trabalho, entendido como complementar e submisso ao do médico. Ainda, a dificuldade na distinção de diferentes categorias na enfermagem pelas pessoas atendidas, implica à esfera da profissão, seu *status* e competências do seu saber/fazer.

Estudo desenvolvido por Silva et al., (2011), aponta que o enfermeiro tem documentado pouco a sua prática profissional, realizada com usuários com DM, o que acaba por comprometer a interface das ações e as competências específicas deste profissional.

Ressaltaram ainda, que a visibilidade do cuidado ao outro e da profissão se processa nas interações e trocas mobilizadas, na convivência com os seres de relação em suas múltiplas dimensões e complexidade organizacional.

É possível apreender, a partir dos autores, que a invisibilidade do profissional e do cuidado, principalmente na ótica das pessoas que demandam pelo cuidado, ainda é uma realidade no cotidiano de trabalho dos enfermeiros.

Entende-se que o processo de cuidar em enfermagem envolve as dimensões do conhecimento/saber e da práxis, presentes no cotidiano da enfermagem. A fundamentação da assistência baseada no conhecimento científico, é que conduz a Enfermagem a seu reconhecimento, promovendo visibilidade à profissão e ao profissional de enfermagem (ERDMANN, 2009).

Nesse sentido, os cuidados à pessoa com DM devem ser abrangentes e centrados no cenário da educação que leve à prática eficaz do autocuidado (SCAIN et al., 2013; TEIXEIRA et al., 2011; TORRES; SANTOS; CORDEIRO, 2014).

Embora esses autores defendam o modelo de cuidado à pessoa com DM, no exercício profissional o enfermeiro depara com inúmeros intervenientes

filosóficos e de mercado que implicam no distanciamento do cuidado, embora no seu processo de formação ele tenha recebido conhecimentos teóricos e práticos que o qualifiquem com competências e habilidades para o cuidado. Dentre estes intervenientes estão o fato do enfermeiro desenvolver suas atividades conforme normas e rotinas arraigadas na experiência empírica, muitas vezes sem reflexão sobre a sua atuação, mesmo com as modificações da postura das pessoas atendidas, da organização das instituições e do avanço tecnológico na área da saúde (REGIS; PORTO, 2011).

A longa jornada de trabalho vivenciada pelos enfermeiros tem ocasionado uma rotina de trabalho estressante, sem planejamento operacional de suas atividades cotidianas, ocasionando desgaste, cansaço e sobrecarga (LIMA et al., 2013).

As políticas institucionais também têm sido apontadas como fonte de insatisfação e até mesmo de revolta, como a gestão vertical da coordenação de enfermagem, o sistema de benefícios, a supervisão técnica e pessoal, as relações conflituosas em diferentes níveis hierárquicos, os problemas no desempenho das funções e a falta de oportunidade em atuar nas áreas de maior identificação (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Acrescentam ainda, que a falta de sistematização do trabalho, a falta de reconhecimento social, a pouca valorização da profissão, o salário, as condições de trabalho também foram apontadas como fator de insatisfação. Isso mostra que os profissionais de enfermagem possuem a necessidade de serem valorizados e reconhecidos pelo seu trabalho (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Deste modo, a insatisfação com a sobrecarga de trabalho e suas condições precárias, que levam à exaustão física e mental, baixa autoestima e perda de interesse pelo conforto da pessoa, desânimo, desinteresse e estresse dos profissionais no e com o trabalho, podem gerar comportamentos de desinteresse e ineficiência e consequências prejudiciais em sua saúde e em seu trabalho (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011; REGIS; PORTO, 2011; SARTORETO; KURCGANT, 2017).

Salientam ainda, que como consequência desta realidade, as pessoas têm recebido uma assistência de enfermagem mecanizada e os profissionais de enfermagem deixam de alcançar suas metas. Esta situação contribui para

um contexto de insatisfações, o que leva a uma desvalorização do profissional e do cuidado.

Estes fatores intervenientes têm corroborado para o distanciamento das pessoas, para dificuldades nas relações interpessoais, com atitudes de oposição às mudanças e não cumprimento do trabalho, por não entender seu significado (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Partindo destas reflexões é impossível obter a satisfação das pessoas atendidas, sem que os integrantes da equipe estejam igualmente satisfeitos com as condições, local e a dinâmica do trabalho (REGIS; PORTO, 2011).

Em face do panorama apresentado, este estudo nos leva a instigar questões sobre o saber/ fazer/ ser do enfermeiro no cuidado à pessoa com DM no cotidiano de trabalho.

Essa compreensão trará uma contribuição para a assistência, para o ensino, para a pesquisa e para o profissional.

3.2 CRONICIDADE

A cronicidade vem despertando o interesse de pesquisadores, tendo em vista a alta prevalência das condições crônicas na contemporaneidade, a complexidade que envolve a sua convivência e a demanda de cuidados.

Embora muitos avanços tenham se obtido para a compreensão desse fenômeno e incorporação no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais de saúde, ainda há dificuldades na sua definição e, sobretudo, para a atuação com as pessoas que experienciam a cronicidade.

Nesse sentido, o termo doença crônica passa a denominar condição crônica, uma vez que não é apenas um órgão ou sistema do corpo afetado. Pela sua longa duração, ela passa a fazer parte do viver das pessoas e, com isso, todas as dimensões de sua vida podem ser afetadas como o trabalho, relacionamentos, capacidade física, lazer, papéis sociais dentre outros. Isto pode gerar incertezas e desafiar as intervenções em saúde tradicionalmente realizadas pelos serviços de saúde (CANESQUI, 2007; CASTELLANOS et al., 2015).

Assim, a condição crônica constitui-se num estado complexo, contínuo e permanente, que requer estratégias necessárias para sua convivência, para

enfrentar as mudanças no estilo de vida, nas relações familiares e sociais, o que torna importante o seu preparo biopsicossocial e cultural para a pessoa adaptar-se às restrições e ter cuidados específicos, com vistas ao alcance de melhor qualidade de vida (SILVA et al., 2013).

A cronicidade na perspectiva biomédica constitui-se em uma classificação clínica de agravos sobre o órgão afetado, sem possibilidade de cura. Sob um olhar socioantropológico, constitui num “estado complexo, contínuo e permanente” que pode ser gerenciado, mas não curado, e devido a essa característica passa a fazer parte da história de vida das pessoas acometidas (SILVA et al., 2013, p.13), produzindo uma ruptura do cotidiano de vida (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004) e biográfica (BURY, 2011) Nesse sentido, seu significado é diferentemente percebido, pois, trata-se de uma experiência singular, porque é elaborada nas interações sociais que ocorrem entre a pessoa afetada e os membros de sua rede social (CASTELLANOS, 2015). Assim, a cronicidade é diferentemente concebida por aqueles que a vivenciam e por aqueles que desenvolvem o cuidado (CASTELLANOS, 2015; SILVA et al., 2013;).

Nesse sentido, surge ao entorno da cronicidade uma preocupação como foco de abordagem, no contexto da cultura.

Os trabalhos na perspectiva etnometodológica reforçam esse entendimento e reiteram a necessidade de implementar projetos e práticas, que permitem reconduzir a vida cotidiana (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004) e resgatar o processo de normalização (CASTELLANOS, 2015).

Do ponto de vista antropológico, é possível reconhecer que as doenças, no que concerne a sinais e sintomas particulares, são atravessadas pela cultura. Os significados culturais marcam tanto a pessoa doente, quanto os profissionais de saúde, os quais constituem sua prática geralmente centrada na perspectiva biomédica. A partir dessa perspectiva percebe-se que a realidade da doença constitui um sistema de cuidados de saúde, determinado como um sistema simbólico de significados, ancorado em arranjos particulares das instituições sociais e dos modelos de interações interpessoais (LIRA et al., 2005).

Sob o ponto de vista do adoecido, a experiência da enfermidade é um processo subjetivo, construído nos contextos socioculturais. Considerar a

dimensão cultural do processo saúde-doença-cuidado é fundamental para que se tenha a abrangência suficiente para sua total compreensão (SILVA et al, 2013).

Neste sentido, essa condição precisa ser compreendida como tal, pois a relação entre o profissional e a pessoa, estabelecida no tratamento da condição crônica não é a mesma estabelecida numa doença aguda. É preciso entender as implicações que estas especificidades podem ter na avaliação da atenção à saúde dessas pessoas (CASTELLANOS et al., 2015). Exigindo contato regular e extenso com os profissionais de saúde durante o tratamento (SILVA et al., 2013).

Esta realidade implica em mudanças nos modelos de atenção à saúde e na necessidade premente de repensar que a rede de cuidados deve ser constituídas por pessoas e não por serviços, como diz Merhy (2004).

A partir desse entendimento, cuidar dessas pessoas não se limita as ações em um corpo doente, mas, envolve, sobretudo, a interação de diferentes perspectivas como biomédica, psicossociais e culturais.

Implica necessariamente na parceria com o profissional de saúde, na adequação do tratamento ao contexto pessoal, interpessoal e social envolvido, além de exigir dos profissionais, principalmente do enfermeiro, habilidades comunicativas e de persuasão intensas, para que a pessoa prossiga em seu tratamento e alcance o controle e reabilitação de sua condição crônica (MAIA; LEITE; MOREIRA, 2005).

Ayres (2004) coaduna com esse pensamento ao destacar que cuidar dessas pessoas não envolve apenas a dimensão técnica, mas fundamentalmente a dimensão ética e humana.

De modo geral, o tratamento da condição crônica representa profundo desafio para a pessoa adoecida, família e profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, porque muitas vezes o desaparecimento de sintomas, logo no seu início, induz a pessoa adoecida a acreditar que a doença foi curada (DIAS; SOUZA; MISHIMA, 2016). Essa realidade demanda habilidades do enfermeiro para evitar muitas vezes o abandono do tratamento e conseqüentemente agravos oriundos dessa atitude.

O DM, temática desse estudo, é uma condição crônica potencialmente incapacitante (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004). Tem como característica

prolongado tempo de evolução, longo período de latência, lesões irreversíveis e complicações, que podem causar diversos graus de incapacidade ou até mesmo causar o óbito (MARTINS; et al. 2010). Os períodos mais tênues, que são quando os sintomas cedem, podem dar falsas impressões de “cura”, podem influenciar a forma de desenvolver o cuidado, tanto por parte das pessoas acometidas como pelos seus familiares.

Desse modo, compete ao enfermeiro avaliar os conflitos e as cooperações, que se estabelecem entre os papéis desempenhados pelos membros, que compõem o sistema familiar. Ao compreender os mecanismos utilizados pelos integrantes da família, poderá ajudar a pessoa a lidar mais adequadamente com as situações apresentadas nos relacionamentos interpessoais (SANTOS et al., 2005).

Assim, melhorar a adesão aos tratamentos crônicos é um dos grandes desafios enfrentados na atualidade pelos profissionais e serviços de saúde em decorrência da longa duração terapêutica e das limitações que a cronicidade traz ao estilo de vida do doente e dos demais membros, que compõem seu núcleo familiar (CASTELLANOS et al., 2015).

Segundo revisões de literatura realizadas na Europa, tem sido demonstrado em estudos realizados em várias partes do mundo que a disponibilidade de enfermeiros especializados para atendimento a pessoas com doenças de longo prazo pode melhorar os resultados e reduzir a utilização dos recursos de saúde. Esses profissionais podem reduzir internações hospitalares e ainda, clínicas administradas por enfermeiros especializados têm sido relacionadas a melhores resultados clínicos (GOULART, 2011).

Diante das peculiaridades que permeiam a cronicidade, cabe nos indagar: Será que o modelo de assistência a saúde e os profissionais estão preparados para cuidar de pessoas com condição crônica?

4 REVISÃO DE LITERATURA

O processo de cuidar em enfermagem envolve as dimensões do conhecimento/saber e da práxis, presentes no cotidiano da enfermagem. A fundamentação da assistência baseada no conhecimento científico, é que conduz a Enfermagem a seu reconhecimento, promovendo visibilidade à profissão e ao profissional de enfermagem (ERDMANN, 2009).

Embora o enfermeiro no seu processo de formação tenha recebido conhecimentos teóricos e práticos que o qualifiquem com competências e habilidades para o cuidado, no exercício profissional ele depara com inúmeros intervenientes filosóficos e de mercado que implicam no distanciamento do cuidado.

Estes fatores intervenientes corroboram para o distanciamento das pessoas e dificuldades nas relações interpessoais, com atitudes de oposição às mudanças e não cumprimento do trabalho, por não entender seu significado (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011). Como consequência desta realidade, as pessoas têm recebido uma assistência de enfermagem mecanizada e os profissionais de enfermagem deixam de alcançar suas necessidades. Esta situação contribui para um contexto de insatisfações, o que leva a uma desvalorização do cuidado.

Para aprofundar nosso conhecimento sobre a temática e levantar lacunas do conhecimento realizou-se o levantamento de dados no banco de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) consultado no período de abril de 2016 a maio de 2017. Utilizamos o portal da CAPES devido a sua abrangência e facilidade de acesso.

Para esta revisão adotou-se os Descritores em Ciências da Saúde – Bireme (DeCS), Enfermagem, Diabetes *Mellitus*, Avaliação em Saúde, Avaliação de Processos, Cuidados de Enfermagem, Processos de Enfermagem, Autonomia Profissional, Bioética, Evolução em saúde e Recursos Humanos, com o operador Booleano and, a partir do método integrado, com o intuito de responder a seguinte questão: O que tem sido produzido sobre o cuidado oferecido pelo enfermeiro?

Adotou-se como critérios de inclusão os artigos produzidos em português, inglês e espanhol, no período de 1990 a 2017. Foram excluídas as teses, as dissertações, resenhas, recursos textuais, atas de congressos.

O recorde temporal delimitado a partir de 1990 se justifica por essa década ter sido marcada por importantes mudanças na política nacional de atenção primária à saúde e por grande investimento na ampliação do acesso à saúde. As transformações se relacionam tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo de descentralização, como também ao destaque assumido pela atenção primária à saúde na agenda setorial, principalmente, a partir de meados da década de 1990 (CASTRO; MACHADO, 2010).

Inicialmente foram encontrados 694 artigos científicos, dos quais, pelo método integrado com os descritores Avaliação em Saúde and Enfermagem totalizaram 287; Avaliação de Processos and Enfermagem 95; Processos de Enfermagem and Avaliação em saúde 148; Bioética and Processos de Enfermagem 15; Autonomia Profissional and diabetes *mellitus* 3; Processos de Enfermagem and Evolução em Saúde 22; diabetes *mellitus* and Cuidados de Enfermagem 50 e Cuidados de Enfermagem and Recursos Humanos 74.

Inicialmente foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos a fim de averiguar a adequação aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Na totalidade dos artigos levantados foram excluídos 667 estudos, pois não forneciam dados referentes aos objetivos traçados para esta revisão, como por exemplo, alguns não abordaram o profissional enfermeiro, outros buscavam a validação ou construção de escalas, outros tinham por objetivo avaliar o processo de ensino-aprendizagem.

Sendo assim, do conjunto de artigos foram selecionados 27 como amostra final deste estudo, sendo realizada a leitura e releitura minuciosa, buscando os objetivos, os referenciais teóricos metodológicos, os principais resultados e conclusões, a análise crítica além de possíveis lacunas do conhecimento.

Para avaliação, compreensão ou percepção do cuidados, os autores dos artigos analisados recorreram aos referenciais de diversas áreas do conhecimento para interpretar o fenômeno, tais como: Avedis Donabedian, Iyer et al., Dopieralda et al., Paul Thompson, Parâmetros para a programação das

ações básicas de saúde do Ministério da Saúde, abordagem hermenêutico-dialética, abordagem de Manganaro, NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e protocolos de um hospital, Kurcgant, Chiavenato, Deeken, Phaneuf, Pereira e Takahashi, Souza, Fonseca, D'Innocenzo e Adami, Labbadia e Adami, Cianciarullo et al., e Cianciarullo e adaptados por Haddad.

Frente aos resultados da análise dos artigos encontrados, optou-se por estruturar os eixos de discussão dessa revisão, de acordo com a proposta de Hausmann e Peduzzi (2009), que fundamenta o pressuposto de que o processo de trabalho do enfermeiro compõe-se de duas dimensões complementares: assistencial e gerencial. De acordo com esses autores a dimensão assistencial contempla a educação em saúde. Assim, os dados foram organizados entre os eixos que estruturam as dimensões do cuidado: assistencial, gerencial e educativa.

Na dimensão assistencial o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral. Na dimensão gerencial o enfermeiro toma como objeto à organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho para os trabalhadores (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

4.1 DIMENSÃO ASSISTENCIAL

Diferentes estudos utilizaram como metodologia para avaliar a qualidade do cuidado oferecido pelo enfermeiro, as anotações de enfermagem nos prontuários. Foram encontradas falhas de registro em prontuário sobre algumas informações, principalmente as relacionadas as orientações de enfermagem. Houve o predomínio das anotações relacionadas apenas a questões procedimentais, como a aferição da pressão arterial, peso, altura e glicemia, dados esses relacionados a triagem realizadas antes do atendimento médico (FRANCO; AKEMI; D'INNOCENTO, 2012; KOFFMAN; BONADIO, 2005; OCHOA - VIGO et al., 2001; SETZ; D'INNOCENZO, 2009; SILVA et al., 2011; VERSA et al., 2012).

Silva et al., (2011), buscou avaliar a consonância do atendimento às pessoas com DM de uma determinada unidade com o protocolo, implementado

há um ano. Concluíram que, as anotações dos últimos seis meses encontradas em 138 prontuários analisados, em todos haviam anotações do profissional médico, 132 continham anotações do auxiliar de enfermagem e apenas 13 possuíam alguma anotação do enfermeiro. Estas anotações referiam apenas aos resultados de exames, de pressão arterial e de glicemia. Os resultados apontam para dois possíveis problemas, o primeiro a não realização do cuidado adequado às pessoas atendidas, pois, legalmente o que não foi anotado não foi feito. E segundo, a falta do registro dos cuidados realizados fere o que é preconizado pela legislação do exercício profissional de enfermagem, de acordo com o Art.1º da Resolução CONSELHO FEDERAL DE Enfermagem (COFEN) Nº 429/ 2012.

É de responsabilidade e dever dos profissionais de Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho.

Os participantes do estudo de Carvalhais e Sousa (2013) consideraram que os cuidados de enfermagem ideais ocorrem em parceria. Isto é, envolvendo uma equipe multidisciplinar, que trabalha em relação horizontal (por oposição à vertical ou de poder) com o cliente, sua família e rede informal, conjugando competências técnicas, humanas, éticas e científicas no processo de cuidar.

Em relação a comunicação, os profissionais ressaltaram que a enfermagem compete ofertar o suporte, por meio da escuta, paciência, prontidão, orientação, incentivo para alcançar os resultados esperados, fortalecendo a esperança e otimismo da família. O cuidado não pode ser superficial, sem diálogo e humanização, deve ir além da fragmentação, tecnicista, voltado apenas à patologia, deve preocupar-se com a integralidade da pessoa e do cuidado, realizar o cuidado com carinho, compaixão, disponibilidade, empatia, compromisso, reciprocidade e interação (ALVES et al., 2006).

No estudo que teve por objetivo levantar o atendimento de enfermagem em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), concluiu que para a promoção de cuidados de enfermagem de qualidade em visita domiciliar deve-se fazer o

que a pessoa adoecida precisa, não aquilo que pensamos que precisa (devemos vê-la no seu contexto, com as suas vivências e necessidades, não tentando impor as nossas vontades); a família também precisa de apoio (ser ouvida) e ter informação; deve integrar a família como parceira de cuidados (é o pilar) (CARVALHAIS; SOUSA, 2013).

Salientaram ainda, que a comunicação é mais eficaz e adequada quando há disponibilidade, flexibilidade, proximidade relacional e empatia. Esta relação está envolta por valores individuais e sociais, que podem ou não coincidir entre enfermeiros e seus clientes.

Corroboram com esses resultados o estudo de Sousa e Silva (2013), ao salientarem que a comunicação é essencial nesta relação e consubstancia-se no saber ouvir, escutar, entender as angústias e as expectativas, diminuir frustrações e medos. A comunicação verbal e/ou não verbal possibilita ao ser que cuida e ao ser que é cuidado vivenciarem sentimentos, emoções, percepções e valores em comum. A escuta ativa implica em demonstração de interesse, preocupação pelas pessoas e estar presente por inteiro.

Nesse sentido, a consulta de enfermagem é fundamental para o exercício da comunicação e da escuta ativa para desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

Assim, a implementação de protocolos se torna necessária para criar padrões de atuação que se adequam à individualidade dos clientes (RODRIGUES; SORIANO, 2011).

Constatou-se que os estudos evidenciaram as dificuldades dos enfermeiros na implementação do cuidado, de acordo com as necessidades das pessoas com DM, a falta de registro sobre o cuidado realizado e a desvalorização das ações da enfermagem pela própria equipe, o que segundo Silva et al., (2014) propicia a depreciação da profissão e conseqüentemente, a desmotivação e inadequação da assistência.

4.2 DIMENSÃO GERENCIAL

A maioria dos profissionais de enfermagem enfrenta, em seu cotidiano, dificuldades para efetivar o cuidado, que muitas vezes estão relacionadas a

falta de material, a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo, o que repercute em estresse no trabalho (SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008).

O déficit quantitativo do quadro de funcionários de enfermagem foi um dos itens mais mencionados nos artigos analisados para a implementação da prática gerencial. Também foram mencionadas a sobrecarga de atividades, a polivalência de funções, as condições inadequadas de trabalho e de infraestrutura, insuficiência de materiais considerados básicos para o desempenho das suas atividades, alta demanda de atividades burocráticas, ausência de treinamentos e atualizações e de estímulo e apoio das instâncias superiores (AMARAL; ABRAHÃO, 2017; KOFFMAN; BONADIO, 2005; FELICIANO; KOVACS; MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011; SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008; SARINHO, 2009; SAPAROLLI; ADAMI, 2007; SHIMIZU; JUNIOR CARVALHO, 2012; SILVA et al., 2014).

Essa realidade tem constituído uma das principais causas de insatisfação, impotência e desvalorização dos profissionais. Esses sentimentos afloram, principalmente, quando é necessário priorizar as atividades administrativas ou burocráticas em relação as ações assistenciais, quando não conseguem realizar todas as atividades planejadas em sua jornada de trabalho ou quando o quadro de funcionários é reduzido, a ponto de ser considerado insuficiente para a prestação dos cuidados com qualidade e humanizados. (SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008).

A polivalência de funções é considerada uma das condições geradoras dos sentimentos de ansiedade, frustração e impotência, pois aumenta o conflito entre o que deve ser feito e a pressão do tempo, levando à percepção de que os problemas eram maiores que os recursos disponíveis para resolvê-los. Além de que, a forte pressão emocional decorrente de demandas insatisfeitas dos usuários do serviço é motivo sistemático de angústia, estresse e desgaste. Essa incompatibilidade entre exigências do trabalho e da família acentua a sobrecarga percebida que, na falta de perspectiva de mudanças em curto prazo, resulta em baixa realização profissional, esgotamento e pouco envolvimento no trabalho (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2009).

Em um estudo realizado em uma ESF sobre a avaliação do contexto de trabalho, no tocante ao modo de organização do trabalho na unidade, concluiu que as tarefas foram consideradas muito repetitivas pela maioria dos

trabalhadores. O ritmo de trabalho, a pressão em termos de prazos para a realização do trabalho, a cobrança por resultados, a falta de pessoal para a realização das tarefas, a fiscalização de desempenho no trabalho e os resultados desejados não condizentes com a realidade, foram considerados fatores críticos, o que revela um enfoque da gestão voltada para o incremento da produtividade. No que concerne ao desempenho cotidiano do processo de trabalho, foram avaliadas também como críticas a rigidez das normas para a execução das tarefas, a divisão de trabalho entre planejadores e executores e a ocorrência de descontinuidade na execução das tarefas (SHIMIZU; JUNIOR CARVALHO, 2012).

Essas condições de trabalho se contrapõem ao que se define como cuidado ideal preconizado na legislação (CARVALHAIS; SOUSA, 2015).

Silva et al., (2014) ressaltaram em seu estudo a necessidade de mudanças no processo de trabalho da enfermagem para a promoção e concretização do cuidado sistematizado e, conseqüentemente, melhoria da qualidade da assistência ao cliente. Nesse sentido, apontaram que o sucesso da sistematização está relacionado a um processo de trabalho adequado, a necessidade de reformas processuais de trabalho; a redefinição de valores conceituais e comportamentais dos atores, que participavam do cenário em que ocorre o processo; a delimitação de atividades e, conseqüentemente, de papéis a exercer na organização; a necessidade de conhecimentos científicos específicos e de reformulações infraestruturais do serviço.

Essa dinâmica de gestão de pessoas com tendência à valorização da hierarquização e da centralização influencia negativamente o engajamento dos agentes, desestimulando seu envolvimento, para além do cumprimento do que é formalmente esperado. Também dificulta a cogestão do trabalho por parte do trabalhador, elemento fundamental no processo de renormatização da atividade e a criação de valor e sentido para o trabalho. Os resultados demonstraram que há falta de reconhecimento e de valorização profissional, possivelmente pela instituição que os expõe as precárias condições de trabalho (SHIMIZU; JUNIOR CARVALHO, 2012).

Ressalta-se o compromisso da chefia em otimizar as condições de trabalho, visando à promoção da saúde do trabalhador, como forma concreta de valorizar esses profissionais e, por consequência, elevar a qualidade da

prestação. Os fatores encontrados nos estudos inviabilizam uma assistência com qualidade, colocando muitas vezes a saúde da pessoa em risco, o que pode comprometer legalmente a instituição, pelas falhas ocorridas durante a prestação do cuidado (SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008).

Para que o cuidado seja prestado com qualidade, é fundamental que os serviços de saúde disponham de estruturas adequadas no que se refere à área física e instalações, disponibilidade de materiais e equipamentos, número adequado de enfermeiras com capacitação específica, que interajam com a pessoa e família na perspectiva da criação de vínculo e respeito à autonomia do usuário (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

Conhecer a percepção dos usuários e dos profissionais de saúde a respeito dos serviços oferecidos pelas instituições é considerado um importante aparato para o desenvolvimento dos processos assistenciais e gerenciais, à medida que possibilita aos gerentes desses serviços, revisarem suas metas e satisfazerem as expectativas dos usuários e de seus trabalhadores.

4.3 DIMENSÃO EDUCATIVA

A educação em saúde é uma atividade inerente ao profissional enfermeiro pois, a lei do exercício profissional, sancionada anteriormente à criação deste modelo de APS, regulamenta em seu artigo 11, que “compete ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a realização de educação em saúde visando a melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral”(BRASIL, 1986).

A ação educativa em saúde se refere às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando a melhoria da qualidade de vida e saúde. É considerada uma ferramenta fundamental para estimular tanto o autocuidado como a autoestima de cada indivíduo, e muito mais que isso, de toda a família e comunidade, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e condutas dos usuários (ROEKER; NUNES; MARCON, 2013).

As ações de educação foram inseridas na prática da ESF, principalmente mediante atividades coletivas que, tidas como fundamentais

para promoção da saúde, demarcariam a diferença entre atenção tradicional e modelo atual (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2009).

Embora as práticas de educação em saúde sejam inerentes ao trabalho em saúde, muitas vezes elas estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão (FALKENBERG et al., 2014).

Muitas vezes a qualidade do processo assistencial desenvolvido pelos enfermeiros pode ser considerada adequada apenas pela aplicação de conhecimentos técnico-científicos, deixando de lado as ações educativas (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

Feliciano, Kovacs, Sarinho (2009), apontaram como obstáculos que vêm interferindo para a efetivação das práticas educativas grupais, o tempo gasto nas consultas e as funções gerenciais, a falta de espaço nas unidades e o desinteresse da comunidade, dos agentes comunitários de saúde e dos médicos. A não efetivação dessas práticas educativas causaram nos participantes enorme frustração e sentimento de perda pelo desacordo com o que é percebido como sendo a missão da ESF.

O estudo de Pereira et al., (2017) traz que muitas vezes, as ações de educação em saúde, quando são realizadas, não levam em consideração as necessidades individuais das pessoas diante do adoecimento. Os discursos são idênticos para pessoas com necessidades diferentes não valorizando o saber e as necessidades da pessoa com DM.

Em geral a maior parte dos dados obtidos nas pesquisas são produtos de uma observação direta, visto que muitos utilizavam como métodos a consulta de prontuários e as entrevistas, obtidos em um único momento, constituindo uma das limitações dos estudos encontrados.

São poucos os estudos que tiveram como cenário as unidades da ABS, e principalmente, que trabalharam com condição crônica como o Diabetes, mostrando assim, mais uma lacuna do conhecimento.

Em relação ao processo de avaliação do cuidado, o componente estrutura (diz respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais) é o mais pesquisado nos artigos, sendo o componente processo, aquele que está relacionado ao desenvolvimento do cuidado em si tem sido menos abordado

nos estudos encontrados, e é um dos componentes que dizem muito sobre a qualidade do cuidado oferecido.

Outra lacuna encontrada é que a maioria dos estudos não dão voz aos profissionais, apenas utilizam como informação os dados secundários oriundos das anotações em prontuários, além da maioria não abordar a questão do resultado, tanto na perspectiva do profissional quanto da pessoa que recebe o cuidado.

Os resultados ainda destacam que o cuidado de enfermagem está muito aquém do considerado adequado, apontando uma grande lacuna entre a teoria e prática do cuidado.

Os resultados reiteram a importância de se focalizar o significado do cuidado para o profissional de enfermagem, não apenas com a utilização de entrevistas, mas também fazendo uso do diário de campo, e um bom tempo de inserção em campo de coleta, onde será confrontado o que foi dito com o que realmente é executado, buscando compreender como, porque e de que forma o cuidado às pessoas com DM é implementado na prática pelo enfermeiro.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Nesta sessão será apresentado o percurso metodológico empreendido neste estudo para o alcance do objetivo proposto.

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo interpretativo com abordagem qualitativa. Optou-se pela abordagem qualitativa porque ela se preocupa com aspectos da realidade, que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. A pesquisa qualitativa possui cinco características que são: através das condições da vida real, estudar o significado da vida das pessoas; representar suas opiniões e perspectivas; considerar as questões contextuais em que as pessoas vivem; subsidiar revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem auxiliar a explicar o comportamento social humano; e por fim usar múltiplas fontes de evidência (YIN, 2016).

5.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

No decorrer da elaboração do projeto de pesquisa considerou-se que devido ao seu caráter interpretativo, exploratório e indutivo, somente um exercício etnográfico poderia me ajudar a encontrar respostas para o alcance do objetivo proposto, compreender na perspectiva do enfermeiro o cuidado.

A etnografia do *grego ethno* (nação, povo) e *graphein* (escrever) é um método de pesquisa utilizado pela antropologia para a coleta de dados pela necessidade do contato intersubjetivo entre o pesquisador e o seu objeto de pesquisa (SILVA, 2009).

No campo da enfermagem, a etnografia oportuniza a valorização dos cuidados e da subjetividade dos seres humanos, a análise das condições em que se produzem os cuidados e o ponto de vista das pessoas envolvidas no processo de cuidar (CHIBANTE et al., 2014).

Levando em consideração que os participantes estão sempre em constante transformação e evolução, a etnografia busca compreender o

comportamento humano de uma forma ampla, estudando as estruturas culturais em sua singularidade. Ou seja, é o atentar-se para as características do homem dentro de uma sociedade, tendo como foco a cultura, com uma observação atenta para os sistemas sócio, que são culturalmente construídos ao longo da vida.

Esse método é caracterizado pela coleta de dados por longo tempo, pela observação atenta do dito e do não dito, que se manifesta pela linguagem verbal e não verbal, pelos comportamentos, e pelo registro das informações que processam, dentro de um contexto, para se compreender a estrutura hierarquizada de significantes. A partir da investigação densa e intensa do contexto dos sujeitos é possível a apreensão do empírico.

Na etnografia não busca apenas decifrar códigos, mas definir a sua base social e sua importância, visto que o significado se dá sempre dentro de um contexto.

Fazer etnografia é um desafio, como já dizia Geertz (2008, p.07).

Fazer a etnografia é como tentar ler (no sentido de “construir uma leitura de”) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado.

O trabalho de um etnógrafo é a compreensão cultural de ações de um determinado grupo, para isso é necessário a imersão no campo por tempo prolongado. Para uma pesquisa etnográfica ser bem sucedida é importante que o pesquisador viva o máximo possível a realidade a ser conhecida e interpretada, mas não é necessário que faça parte dessa realidade, que se torne um “nativo”, porque para compreender o nativo, não é necessário tornar-se um deles, mas conversar com eles, e conversar não é uma tarefa fácil (GEERTZ, 2008). Segundo esse autor, o pesquisador

“inscreve” o discurso social: ele o anota. Ao fazê-lo, ele transforma o acontecimento passado, que existe apenas em seu próprio momento de ocorrência, em um relato que existe em sua inscrição e que pode ser consultado novamente (GEERTZ, 2008, p. 14).

Sendo assim, ao adentrar o contexto sociocultural das pessoas é possível conhecer e interpretar os seus valores, crenças e visões de mundo a partir da relação obtida entre os discursos e os comportamentos observados. Ao se deter nestas questões certamente serão evocadas práticas simbólicas que remetem à maneira como os profissionais foram socializados e como interagem com a pessoa com DM, as condições de trabalho, os valores e as crenças compartilhadas, as normas e rotinas da instituição, entre outras questões que se entrelaçam para constituir um padrão adotado de cuidado às pessoas com DM na APS.

Na busca pela compreensão do significado do cuidado de enfermagem às pessoas com DM, foi escolhido como campo de pesquisa, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as ESF e o Centro de Atenção a Doenças Crônicas de uma cidade do sul de Minas Gerais, que possui cerca de 80 mil habitantes, sendo considerada uma cidade de médio porte, com duas universidades, uma privada e a outra pública.

Essas unidades foram selecionadas como locais de pesquisa por constituírem a porta de entrada de pessoas com DM no sistema de saúde, pelo processo de organização dos serviços estruturado no modelo de atenção à saúde, pautada pelos princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações. Configura-se assim, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe e entre as pessoas que buscam pelo atendimento, de forma a transformá-las em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento.

Os ambientes de UBS e de ESF se apresentam como locais interessantes e propícios para a realização desse estudo, na medida em que nesses locais, o modelo de assistência que se preconiza, fundamentado nas políticas públicas de saúde, devem ter uma atenção especial a essa população, promovendo principalmente ações que estimulem a participação, a autonomia e a corresponsabilidade no seu processo saúde doença.

O que proponho aqui é uma relação com a antropologia, acompanhando os enfermeiros no cotidiano de trabalho, tentando compreender a lógica cultural, que estrutura seu saber e fazer na produção do cuidado.

A presente etnografia foi realizada a partir das inquietações provocadas desde a minha graduação e de pesquisas já desenvolvidas nessa temática que

se traduzem pelos seguintes questionamentos: O que é o cuidado para o enfermeiro? Como tem sido o cuidado que ele tem realizado às pessoas com DM? Como é para eles lidar com essas pessoas com condição crônica?

Embora já tenha realizado muitos estudos com os enfermeiros da ABS, nesse estudo a pretensão é ir além, não apenas analisar suas falas, mas também suas relações intersubjetivas com as pessoas com DM, como eles realizam o cuidado, como lidam diariamente com essas pessoas com condição crônica.

Para dar respostas a esses questionamentos, optou-se pela etnografia, por abarcar um método que envolve a observação participante e a convivência prolongada no campo e pelo fato de possibilitar a compreensão do cuidado na perspectiva daquele que o pratica. Para tanto, utilizou-se como técnicas, a entrevista, a observação participante e o diário de campo.

A etnografia me possibilitou uma aproximação com as enfermeiras das unidades de ABS, sendo na sua maioria unidades de ESF, e me forneceu pistas sobre o seu saber/fazer o cuidado. A enfermeira como participante desta investigação foi vista não apenas como uma pessoa com uma trajetória biográfica e profissional, mas também como pertencente a um determinado contexto social e cultural.

Buscou-se observar e compreender o trabalho dos enfermeiros das unidades para tornar visíveis padrões de ações e acontecimentos que podem ser muitas vezes invisíveis àqueles que os fazem, combinando uma análise dos pequenos detalhes observados no seu fazer e seus significados.

A antropologia preocupa-se com as características do homem em sociedade, com foco na cultura e nos sistemas de símbolos, de ideias e de significados (GEERTZ, 2008). Nesse sentido, o ponto central de um olhar etnográfico é buscar compreender o outro sob o seu ponto de vista e não sob o olhar do pesquisador.

Meu contato inicial no campo ocorreu logo em seguida a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, me apresentei à enfermeira da unidade assim como a proposta de pesquisa, buscando deixar claro os objetivos da pesquisa, e a permissão para naquele momento em diante, acompanhar de perto e de dentro o cuidado ofertado à pessoa com DM, sem expor as pessoas atendidas ou interferir no atendimento. Após a sua aceitação como participante do estudo

realizei a entrevista logo no primeiro encontro, e em alguns casos foi necessário reagendar o encontro, conforme a disponibilidade da participante.

As entrevistas foram gravadas, com a autorização das participantes, totalizando 16 horas e 40 minutos de tempo total de todas as gravações, e posteriormente transcritas com a ajuda do editor de texto Word 2008 da Microsoft de forma minuciosa, analisadas e interpretadas para apreender os significantes e os respectivos significados.

Adotou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, de modo que as perguntas variaram de acordo com o desenvolvimento da conversa. Mas todas as entrevistas tiveram como base comum questões referentes a características sociodemográficas como: idade, tempo de formação, curso de especialização, tempo de atuação na unidade, tempo de atuação com pessoas com DM e atualização sobre DM. E duas questões norteadoras para conduzir a conversa: O que é o cuidado para você? Como tem sido o cuidado que você tem ofertado às pessoas com DM?

Esse modo de entrevista busca deixar o entrevistado com mais liberdade para discorrer sobre o assunto, em que o pesquisador deve interferir o mínimo possível, para melhor detalhamento, que é algo essencial para a pesquisa etnográfica.

Ao realizar as entrevistas constatou-se que muitas vezes as respostas eram objetivas, elaboradas e retratavam os conceitos clássicos de cuidado. No início da coleta o estranhamento era frequente entre o pesquisador e a equipe de saúde e havia uma dificuldade inicial das participantes em responder o que é o cuidado, o que foi marcado por alguns períodos de silêncio, e as vezes, a resposta era gestual com sorrisos e comentários “nossa! a gente sabe o que é, mas é difícil falar” “explica melhor o que você quer saber”.

Foram realizadas as entrevistas com 16 participantes, a fim de conhecer as diferentes concepções sobre o cuidado e a organização do trabalho na unidade. Dada a necessidade de imersão em campo foi pactuado com as participantes os dias mais adequados para realizar a observação participante.

Vale ressaltar que o início da coleta de dados transcorreu em um momento atípico, marcado por algumas situações, que de certa forma interferiram na coleta de dados. As participantes se preparavam para o concurso público municipal que ocorreu no mês de setembro de 2016, tendo

em vista que grande parte era contratada e isso gerava tensão, devido à incerteza da continuidade no trabalho. Algumas aproveitaram para usufruir férias enquanto outras se preparavam para a prova. Esse cenário me obrigou a realizar a coleta de dados com poucas participantes.

Outra questão, foi a coincidência com o período eleitoral, em que mudanças administrativas estavam por ocorrer e todas manifestaram apreensão em relação a nova gestão e as possíveis mudanças, o que foi amenizado ao final das eleições.

No período de outubro a dezembro de 2016, o país enfrentava a epidemia de dengue o que obrigou os profissionais de saúde a empreenderem esforços para conter tal epidemia. Nos meses de dezembro 2016 a fevereiro de 2017, o estado foi acometido pela alta prevalência de febre amarela, o que motivou o incremento da imunização e com isso exigia do enfermeiro a dedicação quase que exclusiva para atender mais essa prioridade.

Os meses de janeiro e fevereiro de 2017 foram caracterizados pela mudança de governo municipal e com isso, muitos participantes solicitaram o adiamento da coleta de dados para dedicar mais tempo para atualizar os dados da unidade. Esse período também coincidiu com férias dos participantes.

Esse contexto demandou a necessidade de reagendamentos, mas como a pesquisa não podia parar, mesmo nesse período de instabilidade, me fiz presente. Em março de 2017 foram realizadas as entrevistas com a maioria dos participantes e aguardava ainda, aqueles que estavam de licença e de férias.

A partir do mês de abril de 2017, a coleta de dados ocorreu de forma mais intensa e passei a frequentar a unidade de segunda a sexta.

As entrevistas e a experiência como estagiária em algumas dessas unidades ao longo do curso de graduação mostraram-se importantes para abordar questões que me auxiliariam a compreender o cuidado.

A observação participante é uma técnica de coleta de dados considerada uns dos principais componentes da etnografia, que dá embasamento para ela ser o que é (GEERTZ, 2008; MALINOWSKI, 1976). Nesse estudo a observação participante iniciou logo no meu primeiro contato na unidade, ou seja, no mês de setembro de 2016, antes mesmo de começar a entrevista. Nos momentos em que aguardava a enfermeira, tive a oportunidade

de observar o fluxo de atendimento da unidade e de conversar com algumas pessoas na sala de espera, em especial àquelas que autorreferiram o diagnóstico de DM. Fiquei atenta ao contexto e as informações disponíveis em cartazes, folders e pequenos vídeos que veiculavam em uma televisão.

A observação participante constitui o momento em que o pesquisador estabelece um relacionamento com o objeto de estudo, no caso o enfermeiro, participa das relações sociais, o que permite a compreensão das ações observadas dentro de seu contexto. Essa é uma fase em que o etnógrafo, no papel de observador, documenta e analisa o discurso social, a partir de um envolvimento estreito, com o objetivo de estudar a cultura do outro (YIN, 2016).

A imersão profunda e prolongada no cotidiano de trabalho dos enfermeiros permitiu fazer uma descrição densa, podendo então efetuar interpretações com maior profundidade sobre como os participantes vivenciam e praticam suas ações de cuidado.

Por meio da observação participante foi possível interpretar olhares, gestos, expressões, sendo essas, anotações preciosas, no sentido de que, além das questões explícitas, também apreendeu-se o que estava implícito por meio de gesto e de um olhar. A função do pesquisador é delinear o discurso social, anotando-o e transformando-o em conhecimento científico (GEERTZ, 2008).

Durante o trabalho de campo, após ler, refletir e compartilhar essa experiência com os orientadores, constatei logo no início da coleta de dados que também era importante ouvir o que a pessoa com DM tinha a dizer, então busquei ao longo do desenvolvimento da observação participante conversar e observar as pessoas que estavam na unidade, sejam na sala de espera ou em outro ambiente de atendimento, a fim de conhecer suas necessidades e demandas e correlacionar com o que o enfermeiro ofertava.

As conversas informais com essas pessoas vieram somar informações e concretizar meus pressupostos e foram essenciais para conhecer suas dúvidas sobre sua condição crônica, sobre suas dificuldades relativas ao tratamento, dentre outras. E nesse processo foi possível perceber que muitas vezes, a trajetória traçada do atendimento era outra, bem distante das reais

necessidades da pessoa atendida, situação que poderia ser resolvida com uma simples conversa e uma orientação.

No decorrer da observação participante constatou-se que o atendimento oferecido pelo enfermeiro às pessoas com DM parecia não fazer parte de seu cotidiano de trabalho, pela falta de familiaridade com os instrumentos e ferramentas usados na consulta e pela falta de vínculo com a pessoa que parece não ter sido estabelecido, embora essas pessoas tenham frequentado com assiduidade às unidades. Os registros do diário de campo a seguir, reiteram essa análise.

Ao chegar à unidade fui avisar a enfermeira que eu estava por ali, logo ela já me apontou uma senhora que estava sentada e disse que ela tinha diabetes e que iria passar por consulta médica, então agradei e aguardei na recepção. Nesse momento comecei a conversar com essa senhora sobre a doença e o tratamento. Após 10 minutos a enfermeira chega e aborda a senhora com a seguinte pergunta: Já foi feito o exame dos seus pés? A senhora olha para a enfermeira, fica em silêncio e respondeu que não. Então a enfermeira diz “ Depois que você passar pela consulta médica vou avaliar os seus pés para ela ver” e olhou para mim enquanto falava. Enquanto aguardava, conversei com outra pessoa e descobri que ela também tinha diabetes. A enfermeira retorna à sala de espera e perguntou se ela tinha Diabetes e se já havia submetido a avaliação dos pés. Diante da resposta negativa sobre a avaliação, a enfermeira disse “então eu vou avaliar, é bom que ela vê”. Ao realizar as avaliações dos pés, percebi a falta de familiaridade do enfermeiro com os instrumentos de avaliação (DIÁRIO DE CAMPO, 20 de março, 2017)

Com essas experiências foi possível entender que um dos principais momentos da pesquisa etnográfica acontece com a aceitação do pesquisador no campo, visto que a sua presença pode causar efeitos no grupo estudado.

Para tanto, é necessária a imersão prolongada do pesquisador no campo de pesquisa para a descrição densa do fenômeno. No entanto, dada a escassez de tempo para a conclusão do mestrado, não foi possível a imersão no campo de todos os participantes, obrigando a realizar apenas com um desses. A partir desse entendimento, iniciou-se no mês de abril o aprofundamento para a coleta de dados e a definição da participante levou em consideração a unidade com o fluxo maior de pessoas com DM.

A partir da segunda quinzena de abril de 2017 a presença da pesquisadora no campo de pesquisa se fez diariamente, mesmo naqueles dias agendados para a realização de exames preventivos e de pré-natal.

Embora a presença da pesquisadora foi se familiarizando com o tempo, realizar esse estudo constituiu um desafio pelo fato da alteridade ser mínima, pois é enfermeiro pesquisando enfermeiro no seu saber e fazer, o que demandava um enorme esforço para se afastar das concepções sobre o cuidado e do ser fazer na prática clínica.

Embora cientes da minha presença como pesquisadora, a familiaridade no campo levava os participantes a me colocarem como profissional do serviço ao perguntarem “Você também quer fazer alguma pergunta, para ele? ”; “Você acha que esqueci de algo? ” Em alguns momentos me foi solicitada ajuda para participação nas consultas, como o preenchimento de formulários de avaliação do pé diabético, o que prontamente atendi a solicitação, mas me limitei a escrever e marcar as respostas da enfermeira. Aproveitei também já que estava com o prontuário em mãos para conhecer as anotações realizadas pelo profissional, podendo perceber que a maioria das anotações eram referente a apenas sinais vitais e resultados de exames. Em um desses momentos, auxiliei no atendimento a uma senhora com déficit auditivo e me limitei na transmissão das informações, em tom de voz mais alto e pausadamente para que pudesse fazer a leitura labial.

Esses momentos me ajudaram a desenvolver um vínculo maior com a enfermeira e a aceitação da minha presença, embora de vez ou outra eles perguntavam a finalidade da minha presença e do trabalho a ser desenvolvido.

Por isso, o bom senso por parte do pesquisador e a paciência são questões essenciais para o desenvolvimento do estudo.

Em um trecho de sua pesquisa, Malinowski (1976) já ressaltava a importância da aceitação do pesquisador, e descreve o momento em que foi aceito pelo grupo.

Com o passar do tempo, acostumados a ver-me constantemente, dia após dia, os nativos deixaram de demonstrar curiosidade ou alarma em relação à minha pessoa nem se sentiam tolhidos com minha presença – deixei de representar um elemento perturbador na vida tribal que devia

estudar, alterando-a com minha aproximação [...].
(MALINOWSKI, 1976, p. 25).

Com a familiaridade da minha presença deixei como Malinowski, de representar um “elemento perturbador” na unidade, porque a rotina do serviço e do enfermeiro retomava no dia a dia. Ainda, segundo o autor, um dos objetivos do estudo etnográfico é tornar o exótico em familiar e familiar em exótico. E, no meu caso, passei por um processo que tive que transformar o familiar em exótico, pois muitas dessas unidades já eram conhecidas, pois, foram campos de estágio durante a graduação.

Essas questões são importantes e devem ser consideradas pois, teve dias que retornei à minha casa com poucas anotações e outros em que frases lotaram as páginas do diário de campo.

As leituras, as transcrições e as anotações em diário de campo, que totalizaram 128 laudas, me ajudavam a decifrar novos pontos que deveriam ser explorados, fase em que às inúmeras reuniões de orientação foram importantes, não só para o meu desenvolvimento como pesquisadora, mas também como pessoa.

Trata-se, assim, de uma etnografia sobre o tema cuidado, mas situado em um domínio específico que é o Cuidado de enfermagem às pessoas com DM, ou seja, como o cuidado se organiza enquanto uma prática cultural nas unidades de APS. Me atentei principalmente às práticas discursivas que confere ao cuidado domínios que não se reduzem a atenção biomédica e técnico procedimental.

Nessa perspectiva acredito ter alcançado o objetivo inicialmente proposto. Acredito que devido a sua riqueza, esse campo sempre será revisitado, visto que o intuito de uma etnografia não é determinar uma verdade, mas desvendar algumas das múltiplas verdades encontradas, de acordo com diferentes contextos e perspectivas “a análise cultural é intrinsecamente incompleta e, o que é o pior, quanto mais profunda, menos completa” (GEERTZ, 2008, p. 20).

5.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF) da área urbana de um município do Sul de Minas Gerais. O município possui 14 unidades de ESF de zona urbana e duas UBS (CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE- CNES, 2016).

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com enfermeiros que atuam nas UBS, nas UESF da área urbana do referido município e em um centro de atenção as doenças crônicas, totalizando assim 17 profissionais. Dos profissionais convidados apenas um recusou, sendo assim, 16 fizeram parte desse estudo.

Foram adotados como critérios de inclusão: enfermeiros das UBS e das UESF com atuação junto às pessoas com DM e excluídos os enfermeiros que atuavam em unidades que não oferecem atendimento às pessoas com DM.

5.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela autora nos locais de trabalho dos enfermeiros, em horário previamente agendado, por meio de entrevistas semiestruturadas, com permissão dos participantes, utilizando o gravador digital marca sony®, sendo realizada uma entrevista com cada participante.

O instrumento foi composto por duas partes, profissional e cultural primeira parte por questões referentes à caracterização sociodemográfica profissional dos participantes que abordavam: idade, sexo, tempo de formação, cursos de especialização, atualização sobre DM, tempo de atuação na unidade, atuação com pessoas com DM. A segunda parte foi composta pelas questões norteadoras: O que é cuidado para você? Como tem sido o cuidado que você tem ofertado às pessoas com DM?

Foi utilizado o diário de campo, que consiste da anotação criteriosa dos fatos e do contexto, capturando sentimentos e reflexões sobre a pesquisa

(YIN,2016) e a observação participante, que se refere a análise reflexiva do contexto, do dito e do não dito pelos participantes.

Optou-se por apresentar os depoimentos sem modificações, de forma que foram mantidos os erros gramaticais e os vícios de linguagem.

5.6 O CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES *MELLITUS* SEGUNDO O REFERENCIAL DA ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA

Na busca pela compreensão do significado do cuidado às pessoas com DM pelas enfermeiras das unidades de APS, desenvolveu-se este estudo ancorado no referencial da Antropologia Interpretativa elaborada por Clifford Geertz, antropólogo norte-americano, considerado o mais expressivo representante desse referencial.

É inerente a Antropologia conhecer os padrões culturais de determinado grupo. Para tanto, ela busca observar, descrever, analisar e compreender o outro no seu olhar, o que permite interpretar os sentidos, seus símbolos e significados, e assim compreender o comportamento humano de uma forma ampla.

Ela traz uma perspectiva crítica por meio do processo indutivo, frente às verdades encontradas, favorecendo até mesmo uma possível descoberta e/ou construção de novas visões de mundo.

Nesse entendimento, a visão de mundo das pessoas e o modo delas se comportarem são influenciados pelos padrões culturais. Desse modo, a atuação do profissional de saúde é determinada não apenas pelo conhecimento científico construído no processo de formação, mas também pelos padrões culturais construídos pelo grupo social.

A compreensão da cultura constitui o fundamento desse referencial, no entanto, a cultura aqui defendida, não é naquele sentido trivial, relacionada apenas a questões escolares de formação, ou até mesmo ao poder aquisitivo da pessoa. Cultura compreende um conjunto que inclui os conhecimentos, as crenças, os valores, as leis, os costumes, enfim, tudo aquilo adquirido pelo homem enquanto membro de uma determinada sociedade.

O conceito de cultura na visão de Geertz é o semiótico como explicitado no seguinte trecho de seu livro.

[...]o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura de significados. É justamente uma explicação que eu procuro, ao construir expressões sociais enigmáticas na sua superfície (GEERTZ, 2008, p. 04).

Semiótica é um termo que vem do grego: *semeion*, que significa signo, e *ótica*, que significa Ciência, sendo assim, o estudo dos signos (símbolos).

Essa abordagem compreende os sistemas sógnicos como formados pela junção dos significantes com seus possíveis significados. Assim, o significante possui sua forma expressiva e tem o significado que a ele é atribuído. Ou seja, o significante diz respeito a um fenômeno e o significado é como esse fenômeno é interpretado por cada pessoa.

Os significados são transmitidos historicamente e é incorporado em símbolos, por meio dos quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida (GEERTZ, 2008). Na vivência, ele utiliza desses símbolos na maioria das vezes espontaneamente e com facilidade. Dessa forma, tudo aquilo que impõe significado à experiência de vida de uma pessoa é representada por símbolos (palavras, gestos, desenhos, sons musicais, objetos naturais), que são compartilhados pelos membros daquela cultura.

Entende-se, portanto, que a cultura se refere ao conjunto de significados que se relacionam com o contexto em que ocorrem e que é projetada pelo sujeito, experimentada e vivenciada pelo grupo social e constitui um apoio para as ações de seus membros, influenciando e estruturando a forma pela qual eles agem, reagem, percebem e organizam o mundo onde vivem. Ou seja, a cultura revela quem realmente somos e como nós presenciamos nossos relacionamentos com os outros e com o mundo.

A partir dessa compreensão, toda forma de pensar e agir de um indivíduo, grupo, comunidade ou até mesmo de uma nação, provém dos significados que são construídos de forma coletiva e repassados de geração em geração. E esses significados são públicos, assim como a cultura também o é.

Assim, as pessoas são capazes de produzir, perceber, interpretar e dar

sentido aos acontecimentos e as atividades rotineiras, o que traz coesão à situação vivida, pois o significado se dá sempre dentro de seu contexto.

Ao adotar esse referencial para a análise dos dados deve-se levar em consideração o contexto, pois, o texto sem contexto, não faz sentido nem para quem o lê e nem para quem o interpreta, porque a vocação essencial da Antropologia Interpretativa não é responder às nossas questões mais profundas, mas colocar a nossa disposição as respostas que os outros deram (GEERTZ, 2008).

A análise dos dados a partir desse referencial permite a apreensão dos diversos códigos e da maneira como eles são entrelaçados, revelando a visão de mundo e como os atores sociais o vivenciam. Portanto, não é possível separar essa análise dos acontecimentos do mundo (GEERTZ, 2008).

Partimos então do pressuposto de que o cuidado de enfermagem não é produto somente de conhecimento científico, mas também das condições de trabalho e das interações socioculturais, que são ao longo do tempo construídas e reproduzidas no desenvolvimento das ações de cuidado. Refletir sobre o cuidado na perspectiva da cultura é importante para conhecer os aspectos simbólicos do cuidado e os desafios que estes impõem na consolidação de uma prática clínica que venha a atender as reais necessidades de uma pessoa com condição crônica.

Sendo assim, o significante cuidado remete a pluralidade de significados representados por símbolo, que pode ser traduzido por palavras ou gestos. Esses símbolos surgem a partir do ponto de vista particular, que já se encontra em uso corrente na comunidade e permanecem em circulação de geração a geração, sofrendo somente alguns acréscimos e subtrações.

Enquanto vivemos, utilizamos esses símbolos, às vezes deliberadamente e com cuidado, na maioria das vezes espontaneamente e com facilidade, mas sempre com o mesmo propósito: fazer uma construção dos acontecimentos através dos quais ele vive, para auto orientar-se (GEERTZ, 2008 p. 33).

A partir dessa compreensão, esse referencial propicia a análise de contextos culturais, seus significantes e significados que dão sentido aos atos cotidianos, tornando-os inteligíveis, buscando expor sua normalidade, mas sem reduzir a uma particularidade (GEERTZ, 2008). E essa análise só é possível

por meio da imersão no cotidiano das pessoas para compreendê-las. Para isso é necessário o esforço intelectual do pesquisador para entender o outro, compreendendo a humanidade sob o ponto de vista integrativo, analisando o ser humano em sociedade e nas suas diferentes dimensões.

Esse referencial não tem a pretensão de encontrar leis de funcionamento de um determinado grupo social, mas sim, a busca para interpretação e explicação dos significados atribuídos aos símbolos, com o objetivo de compreender a lógica cultural que norteia sua visão de mundo (GEERTZ, 2008). O que se procura demonstrar são as estruturas hierarquizadas de significantes, apontando sua relevância social utilizando para isso a descrição densa.

A descrição densa foi explicitada inicialmente por Gilbert Ryle, usando como exemplo uma piscadela de olho e as múltiplas interpretações possíveis dessa ação, feitas de acordo com o contexto em que cada uma pode estar ocorrendo. Esse tipo de descrição leva em consideração os aspectos simbólicos, os significantes e significados, diferentemente da descrição superficial que parte do pressuposto que uma ação tem o mesmo significado para todos.

Neste sentido, a Antropologia Interpretativa propicia a realização de uma interpretação provisória sobre a realidade social, através da análise em contextos, como instituições, ações, imagens, elocuições, eventos e costumes e o que esses contextos significam para as pessoas que são personagens desse meio.

Cada vez mais a Antropologia Interpretativa vem se expandindo para além das ciências humanas sendo utilizada por outras áreas como as ciências da saúde, com uma perspectiva de complementar e enriquecer abordagens que buscam a compreensão de temas relativos ao processo saúde e doença através dos universos sociais e culturais onde ocorrem.

Embora a Antropologia Interpretativa tenha sido utilizada cada vez mais nas ciências da saúde na busca pela compreensão das estruturas de significação relacionadas ao processo saúde doença, são poucos os estudos que utilizam esse referencial para apreender as estruturas de significação que refletem as práticas dos profissionais de saúde, proposta do presente estudo.

A opção para a utilização desse referencial deu-se pela minha aproximação com o tema, por meio das discussões realizadas no grupo de pesquisa, Processo Saúde Doença na Perspectiva Sociocultural e pela leitura do primeiro capítulo do livro de Geertz, Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura.

Esse referencial permite compreender o modo de pensar e de fazer o cuidado na prática clínica do enfermeiro como um sistema cultural possibilitando produzir descrições e interpretações capazes de compreender o contexto que são significativos e determinam os seus comportamentos.

Ao perceber as instituições de ABS como um complexo emaranhado de padrões simbólicos produzidos através das interações sociais, é possível interpretar a forma como as pessoas entendem e se relacionam com a prática, promovendo reflexões e discussões acerca do cuidado.

Justifico a utilização deste referencial para interpretação dos dados, partindo do pressuposto que os cuidados à saúde são social e culturalmente construídos, compreendido como uma estrutura de símbolos que orientam os comportamentos, as percepções e a maneira de realizar o cuidado. Na busca pela compreensão do cuidado de enfermagem na perspectiva do profissional que o executa, se deve respeitar os fatores que permeiam as suas ações como, históricos, econômicos, sociais, políticos, geográficos dentre vários outros e o contexto onde o cuidado é produzido, pois esses fatores influenciam a formação e remodelação da teia de significados de cada pessoa.

Vale lembrar que esse profissional apresenta comportamentos e pensamentos singulares, assim como noções particulares sobre o cuidado às pessoas com DM, e essas particularidades são advindas das diferenças socioculturais.

Desta forma, trabalhar com a abordagem semiótica, isto é, com os significantes e seus significados, é operar com uma ciência interpretativa que está à procura dos significados, que são atribuídos por um dado grupo social (GEERTZ, 2008).

Ao adentrar em campo o pesquisador se depara com um emaranhado de informações, muitas delas sobrepostas ou amarradas uma as outras que podem ser irregulares e inexplícitas, e cabe a ele por meio da observação do fluxo do comportamento, ou da ação social, entender como essas estruturas de

significantes se articulam e identificar o significado implícito, ou seja, somente através de uma descrição densa e não superficial que isso será possível.

Aqui o pesquisador sai do microcosmo para atingir o macrocosmo ao confrontar o mundo do ser que está sendo pesquisado com o seu próprio mundo buscando a compreensão dos significados. Parte-se da premissa de que de fatos pequenos podem relacionar-se a grandes temas.

Embora esse estudo tenha investigado um grupo social específico, ele fornece contribuições que possibilitam refletir sobre o cuidado às pessoas com DM.

O conhecimento e a experiência das enfermeiras no desenvolvimento do cuidado compõem importante material de estudo, por abordarem questões a respeito de valores, crenças, símbolos, costumes e outras variáveis contextuais que influenciam na experiência do cuidar da pessoa com uma condição crônica como o diabetes.

O uso desse referencial contribui para que os dados coletados transcendam além daquelas falas carregadas de “slogans” prontos provenientes de sua formação profissional, permitindo comparar o saber e o fazer. Propicia ainda, uma série de reflexões, sendo que no contexto cultural heterogêneo e dinâmico, como é o das sociedades contemporâneas, torna-se cada vez mais relevante a realização de pesquisas que consideram os distintos significados socialmente atribuídos pelas enfermeiras ao cuidado, bem como às relações interpessoais, práticas, crenças e identidade social que permeiam a experiência do cuidado.

A partir da análise dos dados a luz do referencial proposto, é possível compreender a pluralidade de significados atribuídos ao significante cuidado e esses significados é que conformam as ações de cuidado.

Neste estudo, buscou-se captar as estruturas de significação cultural que refletem os significados da prática do cuidado pelo enfermeiro de unidade de APS às pessoas com diabetes, onde a fala cultural dos pesquisados, as anotações do diário de campo, provenientes dos momentos de observação participante, foram traduzidas e transformadas em um corpus textual, e de conhecimento, resultantes do encontro entre o pesquisador e os participantes inseridos em seu contexto social.

Ao pesquisador compete analisar culturalmente as formas simbólicas,

expressas pelos comportamentos e os pressupostos, traçando conclusões em busca dos significados. Nesse sentido, a busca por uma descrição densa possibilita compreender como são produzidos os significados atribuídos ao cuidado às pessoas com DM pelas enfermeiras da APS, bem como a lógica cultural que norteia suas visões de mundo.

De acordo com os pressupostos de Geertz, a análise de dados é de fato o ato de interpretar, por meio da leitura, da organização, da busca por similitudes e discrepâncias, narrados pelos participantes, observados durante o trabalho de campo e contextualizados ao referencial teórico, que ocorre durante todo o trabalho de campo, desde o primeiro contato com as participantes até a redação do texto etnográfico, proveniente da descrição dos dados e da interpretação de seus significados. Ao adentrar no contexto sociocultural das pessoas, o pesquisador pode interpretar os seus valores, crenças e visões de mundo, a partir da interação obtida entre os discursos e os comportamentos observados. Para isso é necessário que o pesquisador deixe de lado as suas próprias concepções e conceitos sobre cuidado, buscando junto às pessoas, sua visão de mundo, seus significados, conceitos, afirmações e explicações de suas práticas. A análise dos dados pode ainda revelar as interações que desvelam conflitos, negociações e dilemas vivenciados pelas equipes de APS e compreender o modo como as enfermeiras das unidades de APS significam e orientam suas práticas de cuidado.

Ao adotar esses preceitos, tornou possível interpretar os dados e construir os eixos que traduzem às práticas referentes ao processo de cuidar, buscando a lógica que as orientam, procurando compreender como se deu esse conhecimento e, assim fazer a interrelação com o contexto sociocultural.

Na atualidade, existe uma preocupação em conhecer os modos como as pessoas com DM desenvolvem ações para o autocuidado, o que conhecem sobre sua condição crônica, suas dificuldades e necessidades, como também de seus familiares como cuidadores. Contudo, pouco se conhece sobre a cultura de cuidados de enfermagem a essas pessoas principalmente em ambiente da APS, sendo necessário mais pesquisas nesta área, para que assim possa aprimorar a qualidade dos cuidados prestados.

Não buscou-se aqui desvendar verdades de acordo com diferentes contextos e perspectivas, pois pesquisas deste cunho não buscam trazer

respostas definitivas, que sejam certas ou erradas. Pretende sim, trazer exemplos de diferentes contextos e perspectivas, por meio de suas estruturas de significação, promover reflexões acerca do tema e estimular a realização de mais pesquisas que abordem o cuidado de enfermagem como um sistema cultural passível de análise e interpretação.

Sendo assim, essa investigação poderá revelar aspectos importantes das práxis desse profissional, relacionados a sua atuação com as pessoas com DM.

5.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Como preconiza o método, os dados obtidos foram transcritos imediatamente após a coleta, em um editor eletrônico, WORD da Microsoft®. Após a produção, os textos foram lidos e relidos pelos autores. A leitura do texto permite aprofundar questões, levantar as genealogias, buscar similitudes e diferenças, identificar as unidades de sentido em busca dos significados e construir a partir da análise os eixos temáticos.

5.8 PRINCÍPIOS ÉTICOS

De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o projeto foi encaminhado para avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas- MG (BRASIL, 2012).

Após aprovação do Comitê de Ética sob o parecer 1.691.084 (ANEXO A), os participantes foram convidados para o estudo, mediante a apresentação do projeto de pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) em duas cópias, sendo uma para o participante e a outra para o pesquisador. Foi garantido o anonimato dos participantes e da unidade envolvida.

Aos participantes foram atribuídos a sigla ENF referente a enfermeira e seguido pelo código numérico que foram definidos para cada participante de forma aleatória. Os participantes foram esclarecidos de que os resultados da pesquisa serão publicados em eventos científicos e em periódicos nacionais ou

internacionais. Foram considerados riscos mínimos de constrangimento devido à exposição de seus depoimentos submetidos à análise de entrevistadores, e se necessário o participante será encaminhado à avaliação psicológica a profissionais capacitados e ao tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde, sem custos financeiros e por tempo necessário.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta sessão corresponde à análise dos dados, ou seja, às nossas interpretações dos significados que as enfermeiras de unidades de ABS atribuíram ao “cuidado”, como também os significados para outros significantes, como diabetes e enfermeiro, que foram surgindo ao longo da coleta de dados, com base nos pressupostos da Antropologia Interpretativa elaborada por Clifford Geertz.

O grupo social desse estudo foi constituído por 16 participantes, sendo realizada a entrevista, a observação participante e o diário de campo.

Constatou-se que a totalidade das participantes eram do sexo feminino, com média de idade de 42 anos, com tempo médio de formação de 15,62 anos e de atuação na unidade de 5,12 anos, tempo médio de atuação com as pessoas com DM de 8,18 anos. A respeito de cursos de atualização sobre essa condição crônica sete relataram ter realizado, e três dessas confirmaram a participação a menos de 5 anos.

Da análise dos dados foram construídos três eixos que abarcam as dimensões assistencial, gerencial e educativa do cuidado, quais sejam: A prática assistencial do enfermeiro; A prática gerencial do enfermeiro, A prática educativa do enfermeiro, conforme apresentado a seguir.

6.1 A PRÁTICA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO. “O DIABÉTICO VOCÊ SABE QUE ELE É CUSTOSO, SE TIVER ALGUM FÁCIL, VOCÊ ME AVISA”:

Os desafios dos enfermeiros na sua prática nas UBS são complexos, posto que o cuidado de enfermagem é construído por meio da escuta, do diálogo, do acolhimento, do vínculo e da responsabilização (ACIOLI, 2014; BARBIANI; DALLA; SCHAEFER, 2016). Na lógica da clínica ampliada, o que demanda inovações no processo de trabalho (BARBIANI; DALLA; SCHAEFER, 2016)

Esta prática perpassa, portanto, pela compreensão do enfermeiro sobre o significado do seu fazer profissional, ou seja, o Cuidar das pessoas no seu

contexto e circunstância de vida segundo os autores Almeida;Santos (2017) ACIOLI et al. (2014), compondo a sua prática assistencial (GARCIA, 2016).

Para apreender os significados do cuidado de enfermagem pelos participantes, apoiou-se na abordagem semiótica de Geertz (2008).

“Cuidado é você observar, conversar com ele, acolher as necessidades dele, fazer o curativo se precisar, ensinar, orientar”. (ENF- 3)

[...] é ver o paciente não só dentro da patologia, mas avaliar o paciente como um todo...é ir mais além do que o paciente necessita. (ENF-15)

Constatou-se a pluralidade de significados atribuídos pelos participantes ao significante cuidado, como: orientar, prevenir, acolher, ensinar, ver o paciente como um todo.

Esses significados coadunam com a visão de diferentes autores, tendo em vista que o cuidado constitui a essência da prática da enfermagem e tem como foco o atendimento do ser humano em suas necessidades biopsicosocioespirituais (BACKES; et al.,2014; BARBIANI; DALLA; SCHAEFER, 2016; FRACOLI; CASTRO, 2012; VALE; PAGLIUCA, 2010)

Nesse entendimento, cuidado diz respeito a zelo, desvelo, atenção, bom trato e solicitude envolvimento, comprometimento produção de encontros e de diálogos entre sujeitos, produto da reflexão sobre as ideias, valores, crenças e sentimentos (teórica); dos fatos e comportamento (reflexo prático) e das circunstâncias (reflexão situacional), requisitos de saúde, que garantem a integridade e a harmonia (GONZÁLEZ; RUIZ 2009; SEBOLD et al., 2016; VALE; PAGLIUCA, 2011; WALDON, 2015)

O cuidado vai além da realização de técnicas e procedimentos de enfermagem, embora necessário e desejável pela compreensão de que o ato de cuidar precisa ser atualizado e resolutivo (ALMEIDA; SANTOS, 2017).

Ele aborda “um universo de significados nos quais os seres humanos estão envoltos em diversas situações nas ações, que ultrapassam as barreiras do tecnicismo” (.SEBOLD et al., 2016, p. 247).

As competências que tem balizado a formação do enfermeiro apontam para a necessidade de resgatar o humano, o solidário, o cuidador (FRACOLI; CASTRO, 2012).

As ações do cuidado têm por objetivo a promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, o que coloca o trabalho do enfermeiro como estratégico e indispensável (BARBIANI; DALLA; SCHAEFER, 2016).

Nesse entendimento, percebe-se a necessidade de despertar no enfermeiro a sensibilidade para o cuidado, no sentido de que cuidar não se limita a praticar procedimentos, mas necessariamente deve ser realizado com atitudes de subjetividade (SEBOLD et al., 2016).

Na enfermagem, o cuidado se profissionaliza e é exercido, conforme a legislação, e engloba uma série de competências, entre as quais: habilidades manuais ou técnicas, pensamento crítico, conhecimento e intuição. Contudo, essas competências não são suficientes para que o profissional seja um verdadeiro cuidador, dado que ele necessita de componente afetivo, relacional, de maneira que interaja, se relacione com o ser cuidado, seja através de palavras, seja através do silêncio, por meio do toque, de um olhar, de um gesto e principalmente de empatia (WALDON, 2015).

O cuidado deve ser compreendido como um processo sociocultural e de experiência vivida e constitui de eventos, que vão ganhando significado à medida que o profissional desenvolve as ações de cuidado.

Essas ações, fundamentadas em referenciais teóricos, refletem as concepções sociais, políticas e ideológicas historicamente construídas.

A ciência da Enfermagem tem sido fortemente influenciada pelo modelo biomédico, e ainda carece de paradigmas aceitos pela maioria dos profissionais, o que reflete na sua dificuldade em reconhecer-se enquanto ciência, devido ao incipiente desenvolvimento epistemológico, necessário para a delimitação de seu objeto (CEOLIN; et al., 2017; GONZÁLEZ; RUIZ, 2009). Para isso, é fundamental que esta se organize em torno de um paradigma.

As concepções humanísticas e culturais para o atendimento das necessidades afetadas constituem uma preocupação dos grandes teóricos da enfermagem, como Wanda Horta (1979), com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e Leininger com a Teoria da Diversidade Cultural (1991) .

Nessa vertente, tem-se buscado potencializar o fazer de enfermagem, contribuindo para uma ressignificação em que o modelo biomédico, humanístico e cultural, ao se encontrarem, produzem um novo campo

conceitual, o cuidado clínico, onde tanto o cuidado como a clínica afetam-se mutuamente (SILVEIRA et al., 2013).

O propósito é auxiliar o enfermeiro a compreender as experiências, vivências e concepções de saúde dos cidadãos para construir coletivamente um plano de cuidados fundamentos nos princípios científicos.

Assim, as pessoas, o tempo todo, interpretam os acontecimentos com base nas experiências individuais, que vão sendo construídas numa coletividade, e são partilhadas numa dinâmica da vida (GEERTZ, 2008). Nesse entendimento, os enfermeiros reelaboram o significado do cuidado à medida que eles o experienciam em seu processo de trabalho, que é influenciado pelas questões sociais, políticas, culturais e organizacionais.

Embora o significado de cuidado atribuído pelos participantes coadune com a literatura, percebe-se que algumas barreiras têm dificultado colocá-lo em prática. Dentre essas, evidencia-se a dificuldade em compreender a pessoa com adoecimento crônico.

[...] é.. o diabético você sabe que ele é custoso, se tiver algum fácil, você me avisa (ENF-3)

Essa dificuldade deve-se principalmente ao fato do comportamento das pessoas com condições crônicas não corresponderem as ações prescritivas dos profissionais de saúde. Desse modo, cuidar das pessoas com condição crônica constitui um desafio que é permeado pela dualidade, porque ao mesmo tempo que se pensa em atribuir autonomia ao adoecido, o profissional assume a responsabilidade pelo controle da doença. Se essa questão não estiver muito bem elaborada dentro de si, poderá conduzi-lo a reações tais como a intolerância ou a rejeição caracterizada como desinteresse, abandono, esquecimento, pressa, espaçamento exagerado nos atendimentos (SCHMIDT; MATA, 2008).

É preciso entender que o adoecimento crônico é moldado por processos complexos e multifacetados que conferem singularidade e pluralidades para as experiências (BURILLE; GERHARDT, 2016). A condição crônica passa a coexistir na vida do adoecido, como diz Canesqui (2007) “Viver, apesar da

doença”, imprimindo flutuações na vivência dessa condição, ora sendo oportuna, ora inconveniente (MARTINS; BARSAGLINI, 2011).

Se essas questões não estiverem muito bem entendidas e resolvidas pelo profissional, verdadeiramente, ocorrem nas relações os des(encontros), pela falta da criação de um espaço dialógico, pela falta de vínculo e pelo enfrentamento entre culturas.

Muitas vezes esse profissional não reconhece que a forma com que as pessoas percebem e experienciam o adoecimento diverge do entendimento biomédico e quando não cumprem as determinações prescritivas dos profissionais de saúde são rotuladas como difíceis e custosas.

Assim, convive-se no processo de trabalho um paradoxo entre o saber e o fazer, tendo em vista que o significado atribuído ao cuidado, de orientar, acolher e ver o paciente como um todo, não se concretiza na prática, pelo fato de envolver “pessoas custosas”, com pouca reciprocidade nas ações de cuidado. Diante de tal realidade, é possível a existência da dissonância entre as necessidades da pessoa com Diabetes que busca pelo atendimento e o cuidado recebido pelo sistema de saúde.

Para compreender as necessidades é fundamental ouvir, discordar, entender e concordar com o que é colocado verdadeiramente, sendo de grande importância também rever e repensar constantemente as barreiras na interação, de maneira a remodelá-lo (SEBOLD et al., 2016).

Ainda que cada vez mais os estudos reconheçam a atuação do enfermeiro para além da dimensão técnica, percebe-se que o núcleo de competência e responsabilidade do enfermeiro, que é o cuidado, não é usualmente abordado. De modo geral, as práticas de cuidado “expressivo/sensível apresentam-se pouco fortalecido, o que pode comprometer a atenção integral à saúde” (ACIOLI et al., 2014, p. 641).

Percebe-se a dificuldade dos profissionais lidarem com as pessoas com a cronicidade, pelo fato do modelo de atenção à saúde se estruturar culturalmente em tratar e diagnosticar, principalmente as doenças agudas, sendo as condições crônicas ainda fora do centro de atenção. Apesar de existirem ações e políticas para mudanças de concepções, ainda existe uma forte barreira que é a mudança cultural, pois as ações de cuidado são fortemente influenciadas pelo modelo biomédico.

Não nos cabe aqui tecer críticas sobre esse modelo, tendo em vista que ele é essencial para a formação do enfermeiro. O que se coloca em questionamento é a dificuldade desse modelo em ver a pessoa como um todo, porque o objetivo *a priori* é a cura do órgão doente. Esta visão fragmentada é uma forma mais simplificada de cuidar do ser humano sem necessariamente se envolver nas suas relações, pois ao passo que se vê o ser em sua integralidade e multidimensionalidade é necessário ser mais sensível, estar mais disponível e até mesmo entrar em campos jamais transitados que se designa: o processo de viver de cada pessoa (TERRA et al., 2006).

Sendo assim, apesar dos grandes avanços para a saúde que o modelo biomédico trouxe, em relação principalmente ao desenvolvimento de técnicas e busca pela cura, ele pouco agrega quanto se trata de uma abordagem sociocultural, extremamente importante no manejo das condições crônicas.

A experiência de adoecimento crônico não é somente determinada pela doença definida de forma biológica, mas também é incorporado uma construção simbólica da doença e de cuidado, decorrente de interações sociais, ocorridas entre as pessoas com diabetes e seus significados construídos ao longo de sua vida, que muitas vezes precisam ser ressignificados para a garantia de um melhor manejo de sua condição crônica.

Na atualidade, percebe-se por meio da literatura e dos eventos científicos que esforços têm sido dirigidos para desenvolver e clarificar o conhecimento para a compreensão e a resolução de problemas conceituais e o resgate do objeto de estudo da enfermagem, o cuidado.

Essa questão assume relevância no exercício profissional, uma vez que ainda há dificuldade no reconhecimento da competência e da autonomia do enfermeiro perante aos demais profissionais, que compõem a equipe. O depoimento a seguir reitera essa análise.

[...] Nós ainda não temos essa autonomia de prescrição, de fazer a transcrição, porque não adianta nada a gente só copiar e mandar o médico assinar. Então assim, nós não temos protocolo no município que nos respalda de você estar fazendo transcrição, avaliando o paciente mesmo, ver que está tudo bem os exames e você mesmo assinar [...](ENF-15).

Acredita-se que a autonomia para o cuidado pode até ser conquistada por respaldo de protocolos para prescrição de medicamentos e de exames, embora a competência e o comprometimento com o outro são questões fundamentais para a conquista da autonomia e para o atendimento das necessidades da pessoa com Diabetes. Os protocolos do Ministério da Saúde têm explicitado as competências do enfermeiro na atenção à pessoa com DM e há de convir que são abrangentes, e que muitas vezes pelas demandas de outras atividades, principalmente, a gerência do serviço, não tem possibilitado colocá-lo em prática.

Apesar da importância da consulta de enfermagem para a operacionalização das unidades, com vistas a consolidação da APS, há um grande risco em se mecanizar a assistência a partir dos programas verticais de atenção à saúde da pessoa. Esses programas devem apenas nortear decisões clínicas durante a consulta, e não a conduzir, pois não podemos esquecer que o centro do cuidado deve estar na pessoa, e não em um protocolo (AMARAL; ABRAHÃO, 2017).

Diante dessa realidade percebe-se o paradoxo entre o cuidado ideal e o colocado em prática pelas participantes. Tal resultado nos provoca inquietações, que se traduz pelo seguinte questionamento: Será que os enfermeiros têm clareza sobre suas competências para fazer o cuidado?

Estudo de Acioli et al. (2014) tem destacado que os enfermeiros relataram suas práticas profissionais cotidianas sem, contudo, denominá-las como cuidado. No entanto, o cuidado nas falas, abordavam relações pessoais de diálogo e escuta, valorização, humanização e respeito entre enfermeiros e usuários. Esta questão reflete a necessidade de debater sobre como o enfermeiro desenvolve o seu cuidado e o seu papel na atenção básica de saúde.

Parte da comunidade de enfermagem inclina-se a relacionar o cuidar às ações e/ou procedimentos, fortemente direcionados à área física e técnica, o que faz com que o cuidado seja realizado de forma fragmentada e limitada (WALDON, 1998).

Ainda, na visão de alguns profissionais, apenas o domínio das técnicas poderá obter o controle sobre as situações de doença, proporcionando a cura. No entanto, ao se deparar com uma condição crônica, onde o que é exigido

envolve não apenas a realização de técnicas, mas também o uso das tecnologias leves, leva-os a se sentirem despreparados para lidar com a situação. Assim, o cuidado ideal não é atingido e a pessoa com DM sempre volta com a mesma queixa, o que pode gerar nesses profissionais sentimento de culpa, remorso e até mesmo de impotência, e, conseqüentemente leva ao distanciamento dessas pessoas, preferindo a gratificação dos pacientes que evoluem favoravelmente.

Fentanes et al., (2011), reiteram que a atuação do enfermeiro deve se sustentar a partir do conhecimento científico e não demandada pela prescrição médica. Além disso, deve demonstrar responsabilidade profissional, conhecimento ético e capacidade de ação em conformidade com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1986). Para, assim, ter sua prática reconhecida como autônoma.

Ainda, segundo esses autores quando um profissional se apropria do conhecimento ele conquista a autonomia de ação, respeitabilidade e confiabilidade entre os profissionais, atuação racional e eficaz e encontra solução para as necessidades dos pacientes. Por meio desse saber profissional, o enfermeiro reconhecerá o seu modelo de atuação e ao empregá-lo resultará em uma maior visibilidade.

E de se compreender que o comportamento adotado na prática do cuidado às pessoas com DM na ABS pelas participantes é influenciado pelo modo com que elas significam o cuidado construído culturalmente, pelo conhecimento científico e pelas interações, que se processam entre os grupos sociais.

E o que se percebe é que outras barreiras, como a falta de uma equipe multiprofissional, influenciam a prática do cuidado, além da autonomia, para atender as diferentes necessidades da pessoa com DM.

[...] só com o clínico a gente já conseguiu ir fazendo alguma coisa, reverter algumas glicemias [...] o serviço abandonou o paciente por não ter o atendimento para oferecer para ele, aí um paciente perdeu a vista [...] estou desanimada assim com a situação, porque você vai oferecer o que para o paciente? Só uma avaliação do pé? E se ele te questionar mais algum atendimento você não tem como oferecer. (ENF-2)

Pela falta de outros profissionais na unidade elas acabam por “abandonar” a pessoa com DM, como se suas ações de cuidado não tivessem a capacidade de prevenir e minimizar as complicações, de estimular o autocuidado, de motivar as pessoas a melhor convivência com o adoecimento, em direção ao estilo de vida saudável e conseqüentemente a melhoria na qualidade de vida.

Embora o Programa de Saúde da Família tenha como concepção um modelo de assistência a partir do trabalho em equipe interdisciplinar, da corresponsabilização e da integralidade, ainda persiste o modelo medicalocêntrico na visão das participantes, o que é contraproducente ao modelo da ABS e ao significado atribuído ao cuidado (MORAIS et al., 2011).

Por outro lado, a literatura tem reiterado que os cuidados de enfermagem ideais ocorrem em conjunto com uma equipe transdisciplinar, de forma horizontal, conjugando as competências técnicas, humanas, éticas e científicas no processo de cuidar (CARVALHAIS; SOUSA, 2013).

Outra questão importante, que emerge da análise dos dados e que também favorece a compreensão do cuidado é o significado atribuído ao significativo Diabetes, como apreende-se no depoimento de ENF-9.

[...] Os diabéticos, realmente diabéticos são aqueles que são poucos, os insulinos dependentes. Agora os pré-diabéticos são muitos, muito maior, que ficaram diabéticos por algum motivo de saúde, idade é um fator, então isso a gente tem muito (ENF-9)

Nesse entendimento, percebe-se que culturalmente o uso da insulina legitima o adoecimento por Diabetes. Essa concepção traz impactos importantes, tendo em vista que a maior parcela da população, conforme dados epidemiológicos da SBD (2015), e que buscam pelo atendimento na APS não são dependentes de insulina e, portanto, como dizem, não são “diabéticos”, são pré-diabéticos, não fazendo parte do grupo que merece atenção e o cuidado.

Tal compreensão favorece o distanciamento do cuidado de uma grande parcela de pessoas com DM e corrobora para criar barreiras para

acessibilidade ao serviço de saúde e para a adesão ao tratamento, pois a interação com o profissional de saúde torna-se cada vez mais difícil.

Conforme Geertz (2008), as crenças, valores, códigos estabelecidos, isto é, conceitos culturais ou visões de mundo sobre determinadas condições, constituem ferramentas importantes para a compreensão de como as pessoas entendem a doença.

Pelo fato de considerar as pessoas “realmente” com Diabetes como custosas, por não corresponderem às ações prescritivas do profissional de saúde, pouco empenho tem sido empreendido para o cuidado. Essa situação se coloca como um desafio no processo de trabalho do enfermeiro, como mencionado pelo ENF-5.

Porque você tem que mudar o olhar da pessoa para aquela nova realidade que ela tá vivendo, aí tem resistência, ele que sabe é do jeito dele, é um desafio, alimentação então (silêncio) É até bom, mas quando tem resultado, mas é um desafio. (ENF- 5)

Esses resultados nos permitem inferir que o cuidado à pessoa com DM ainda se mostra um enigma para alguns profissionais da atenção primária, razão pela qual é descrito como um “desafio”. Tal contexto expressa limitações nas ações da equipe de saúde da família e por consequência, prejuízo no cuidado, de modo contínuo e integral (PINTO et al., 2016).

Estudo de revisão de literatura de Coqueiro et al., (2015), aponta como desafios a integralidade do cuidado às pessoas com Diabetes, o fortalecimento da APS e a articulação com outros serviços. Este fato é constatado quando se observa pessoas com Diabetes, que retornam com frequência aos serviços de saúde sempre com as mesmas queixas e sem conseguir realizar um controle adequado de sua doença.

Convencer a pessoa, muitas vezes assintomático, de que ele é doente, especialmente quando isto implica em mudanças no estilo de vida ou ainda na necessidade de usar medicamentos diariamente, é um objetivo difícil de alcançar. Por isso, se faz necessário para o profissional de enfermagem buscar estratégias, que estimulem a mudança de comportamento por parte do usuário, pois a adoção apenas de medidas de orientação não é suficiente para adesão

eficiente ao tratamento. Quando há interação entre profissional-usuário-comunidade, as ações da pessoa podem ser modificadas por permitir a construção do significado da doença e do estímulo a coparticipação (ARAÚJO-GIRÃO et al., 2015).

Desse modo, o tratamento eficaz deve superar a instrumentalização das relações sociais para não dar atenção somente ao considerado doente, mas a todos que compõe seu mundo humano. As políticas públicas voltadas para esse público precisam estar pautadas nas ações grupais e coletivas, mas não necessariamente entre pessoas, que vivem com a mesma doença. Com a superação de um modelo pautado na tecnicidade é possível dar respostas àqueles que precisam.

A percepção das limitações do modelo biomédico pelas participantes constitui uma importante barreira para implementar o cuidado.

“O que a gente tem feito não tem sido o que eu acho que tem que ser” (ENF- 5).

“Estamos falhos porque a gente preocupa em cuidar do que aconteceu e não prevenir” (ENF- 14).

Embora reconheçam as falhas, elas têm dificuldade de mudar o seu saber/ fazer cuidado, devido a constante preocupação com ações de tratamento e não de prevenção e promoção da saúde.

Por outro lado, há participantes que consideraram que o cuidado ofertado é adequado e atende às necessidades da pessoa com DM, embora esse se limite as ações técnico-procedimentais, contrariando o discurso da totalidade do ser.

Eu acho que a gente tá legal, uma coisa que tá faltando aqui no momento...eu estou retomando aos poucos o teste do pé diabético, a avaliação do pé. Em 2010 eu iniciei um trabalho aqui de avaliar os pés de todos, depois fui fazendo bem incipiente bem devagar, agora estou recomeçando, chega segunda-feira eu já pego os pacientes que estão agendados para fazer (ENF-3).

Apreende-se que o cuidado tecnista em sua essência configura-se o cuidado ideal a ser oferecido às pessoas com Diabetes. Ao desenvolver o

cuidado de enfermagem priorizando esse saber, corre-se o risco de não alcançar um cuidado dentro de todas as suas dimensões e a pessoa torna-se somente um a mais na relação de diabéticos.

Casos assim precisam ser questionados, pois pode vir a estimular a cultura popular de busca pelos serviços apenas na presença do agravo, o que fortalece a visão social da dependência de atos prescritivos e medicamentosos. Além de reduzir os níveis da qualidade na assistência, torna as unidades locais de reprodução do modelo biomédico de forma territorializada em ações originadas da dinâmica “queixa-conduta” (AMARAL; ABRAHÃO, 2017, p.904).

Embora o significado do cuidado se relacione as ações procedimentais, constatou-se que ENF-3 não tem demonstrado familiaridade com esses procedimentos e que de certa forma não parece fazer parte do seu cotidiano do trabalho, como registrado no diário de campo a seguir:

ENF-3 me disse que ia realizar a avaliação dos pés da pessoa com DM e convidou uma das clientes, que aguardava na sala de espera para adentrar no consultório. Ela acomodou a cliente na maca. Abriu armário e retirou uma folha de papel e diz que é um roteiro de sua autoria para avaliação dos pés e um estojo com monofilamentos (fios plásticos de cores diferentes de acordo com a espessura para o teste de sensibilidade dos pés) e colocou sobre a mesa. Abriu o estojo retirou monofilamento de cor vermelha olhou, devolveu, retirou o de cor roxa, segurou entre os dedos e tocou nos pés da pessoa atendida, em seguida, palpou o pulso pedioso. Voltou ao armário, apanhou outro estojo de monofilamentos, abriu, retirou o manual de instrução e leu. Foi até a mesa, abriu o estojo e retirou o monofilamento de cor laranja e procedeu novo teste de sensibilidade. A cada etapa da avaliação ela recorria ao roteiro. Nesse roteiro já contemplava no teste de sensibilidade o uso do monofilamento de cor laranja de 10gf, o recomendado para a avaliação da sensibilidade dos pés das pessoas com DM, conforme as Diretrizes Brasileiras de Diabetes Mellitus (2016) (DIÁRIO DE CAMPO, 03 de abril de 2017).

Neste mesmo dia, acompanhei outra consulta realizada pela mesma participante e percebi que as falhas se repetiam. Ao final da avaliação ela me disse: pelo resultado ela deve fazer outra avaliação daqui a seis meses, e “não adianta dar o folder de orientação, porque ela não sabe ler” (folha escrita com orientações sobre os cuidados com os pés). Ao finalizar a consulta, li no

prontuário que a enfermeira já havia realizado a avaliação dos pés em 2011, e que, de acordo com o resultado, o teste deveria ser repetido em seis meses, porém, não havia outra avaliação após essa data (DIÁRIO DE CAMPO, 03 de abril de 2017).

Estudo realizado por Pereira et al., (2017) revelou que alguns enfermeiros têm desenvolvido ações específicas, que envolvem propriamente o exame dos pés, embora não seja uma ação sistemática em seu processo de trabalho. Esses ao suprimir suas ações apenas a avaliação dos pés não tem assumido a responsabilidade e cumprido o seu dever de cuidado. Isso talvez aconteça, pois ainda não se apropriaram de ações preventivas como centrais ao propósito de seu trabalho, além de priorizar ações de rotina no seu fazer que muitas vezes buscam apenas viabilizar o trabalho do profissional médico.

Ações terapêuticas, intervenções, procedimentos, técnicas, constituem uma vasta lista de tarefas denominadas tradicionalmente cuidados de enfermagem. O que distingue o cuidar não é o que se faz, mas como se faz o cuidado. “Cuidado só passa a ser verdadeiramente uma ação moral, enobrecedora quando realizada em um ser humano e, preferentemente para com o ser, sujeito do cuidado”. É uma ação interativa que ocorre entre o ser que cuida e o ser que é cuidado e engloba envolvimento, comprometimento (WALDOW, 2015, p.23).

Cruz et al. (2017) reiteram que o cuidado não pode ser concebido como ação reducionista e simplificadora, mas como construção singular, que envolve interações, reflexões e autoconhecimento. Como toda ciência, a Enfermagem carece de consolidar um corpo de conhecimentos próprios e uma linguagem específica, que permitam que os mesmos compreendam seu fazer e, assim, prestar cuidados significativos, capazes de atender às reais necessidades dos seres humanos por eles assistidos (VALE; PAGLIUCA, 2010).

Constatou-se que embora as participantes trouxessem a definição do cuidado coerente com a literatura de enfermagem, há dificuldade na sua implementação, tendo como principais justificativas as diversas barreiras, como a falta de uma equipe multiprofissional, de autonomia, a alta demanda de outras atividades e a atenção à saúde ainda focada no diagnóstico e no tratamento. Tais barreiras estão interrelacionadas e tem gerado um cuidado

cada vez mais distante do ideal, o que demonstra a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre esse tema.

O fortalecimento da dimensão assistencial no trabalho do enfermeiro pode ocorrer por meio de mudanças estruturais e organizacionais no contexto da ESF, com importantes impactos na ampliação do acesso ao serviço de saúde pela população (LOWEN et al., 2017).

O olhar semiótico possibilitou a apreensão da pluralidade dos significados e a forma com que eles estão entrelaçados, formando uma teia, que influenciam o comportamento e o modo como as participantes implementam o cuidado às pessoas com DM.

6.2 A PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO: “ELES QUEREM É NÚMEROS”:

O exercício da função gerencial pelo enfermeiro ainda é vista com incompreensões e dicotômica às funções assistenciais e educativas e do que se espera desse profissional. Essa dicotomia entre o trabalho manual e intelectual, que persiste até nos dias atuais, deve-se a influência do modelo de divisão de trabalho de Florence Nightingale, desenvolvido no século XIX no hospital militar da Criméia, que consistia no cuidado direto (assistencial) e cuidado indireto (gerência). E ainda, pelas teorias administrativas influenciadas pelas teorias Clássicas, Comportamentais, Burocráticas e Contingencial, dentre outras, que caracterizavam pela fragmentação do trabalho com divisão entre concepção e execução, ou seja, quem planeja não é o mesmo que executa. (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012; LIMA; et al., 2016; MATOS; PIRES, 2006; SANTOS; et al., 2013)

Embora ainda persista a visão dicotômica entre gerenciar e assistir, deve-se desmitificar esse conceito e entendê-lo como complementar as dimensões gerencial e assistencial. Dessa forma, o enfermeiro deve atuar na realização do cuidado, na gerência de recursos humanos e materiais, na liderança, no planejamento da assistência, na capacitação da equipe de enfermagem, na coordenação da produção do cuidado e na avaliação das ações de enfermagem (SANTOS; et al., 2013).

Senna et al. (2014), complementam essa ideia ao salientarem que a gerência do cuidado destina-se ao gerenciamento de recursos e a coordenação e articulação do trabalho da equipe de enfermagem/saúde, além da intermediação entre a família e a equipe de atendimento, com o intuito de criar e implementar condições adequadas à produção do cuidado. Para isso, conta com meios e instrumentos técnicos da gerência, como: dimensionamento de pessoal, planejamento, educação permanente, supervisão, avaliação de desempenho, atividades que exigem conhecimentos gerenciais potencializados, seja através da formação profissional ou complementar.

Mesmo diante da evolução da ciência, percebe-se que a prática gerencial é priorizada dentre as outras dimensões do cuidado, principalmente por exigência dos órgãos governamentais para o alcance das metas e distribuição de recursos financeiros.

É, a gente tem que cumprir metas, tem que lançar no sistema se não tiver lançado ele cobra mesmo, porque através disso que recebe o recurso, se não tiver sido lançado no sistema não adianta nada é como se a gente não tivesse feito. (ENF-7)

Ao dar prioridade a essas metas, o enfermeiro acaba por dedicar grande parte da sua carga horária de trabalho em ações burocráticas, deixando de lado outras dimensões do cuidado.

[...] você administra assim, como bombeiro fica apagando fogo, o que te cobra mais você vai lá e faz, ai quando está apertado muito o serviço você vem aqui no sábado a tarde e dá uma adiantada. O que cobra mais tempo é a parte burocrática, porque o resto você vai deixando a desejar, eles precisam de números, então é isso, você faz o que dá, vamos que vamos. (ENF- 16)

Contudo, torna evidente que o que se desenvolve no cotidiano de trabalho é a gência da unidade e não a gerência do cuidado. E as inúmeras atividades técnicas e burocráticas têm dificultado a aproximação a uma dimensão do cuidado, que favoreça o maior vínculo e integração com a pessoa, bem como a sua abordagem quando ele requerer conforto (MORAIS et al., 2011).

Matumoto et al. (2011) têm colocado que o trabalho do enfermeiro na APS se estrutura na produção do cuidado e gestão do processo terapêutico; e nas atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem e salienta o predomínio das ações gerenciais.

Ao longo da vida, os enfermeiros desenvolvem e utilizam um sistema de concepções relacionadas ao cuidado que são influenciadas pelas exigências dos órgãos gestores às quais direcionam as suas práticas cotidianas. Desse modo, a cobrança centralizada nas ações burocráticas tem levado os profissionais a priorizarem a gerência do serviço em detrimento a assistência, o que favorece o distanciamento da pessoa que busca pelo atendimento.

Silva et al. (2012) complementam essa assertiva ao mencionarem que as ações de gerência deveriam ser executadas em conjunto por toda a equipe de saúde, entretanto, como o enfermeiro tem assumido a maioria dessas ações em seu cotidiano, isso tem favorecido para a fragilidade da sua atuação e ruptura com o cuidado

Estudos trazem que a escassez de recursos humanos e materiais e os aspectos estruturais são fatores que dificultam o trabalho do enfermeiro, influenciando suas atividades cotidianas e distanciando este profissional de sua essência, o cuidado (BRAGA; TORRES; FERREIRA, 2015; CARVALHAIS; SOUSA, 2013).

Constatou-se no cotidiano de trabalho que o cuidado acontecia pontualmente na triagem para consulta médica, para facilitar e agilizar o atendimento médico. Embora a triagem se configure um espaço vivo para colocar em prática o cuidado, não foi possível perceber sua relevância e oportunidade. Tal assertiva se fundamenta no fato de que mesmo diante de alterações de valores glicêmicos e pressóricos, não foi realizada orientação ou questionamento a pessoa sobre possíveis fatores para tal descompensação. Então, o significado de cuidado que se preconiza de prevenção e de orientação, fica apenas no saber e não no fazer, mesmo tratando-se de uma forma reducionista de educação em saúde.

A atuação do enfermeiro está devidamente definida em leis, diretrizes e normas, porém, não é dado o devido fomento à sua implantação, como recursos humanos capacitados e materiais suficientes e adequados. Não são oferecidos recursos para que o cuidado ocorra tal qual ele é descrito. Esse

cenário de contradições entre o legal e o real também corroboram para a dificuldade na implementação do cuidado.

O cuidado ideal é aquele em que há articulação entre o conhecimento científico e as dimensões do ser humano, que envolve cuidados/pessoa e até mesmo organizacional, transformando o cuidar em arte e ciência (MORAIS et al., 2011).

O excesso de atribuições burocráticas determina ao enfermeiro uma sobrecarga e superposição de outras funções, acabando por deixar esquecida a sua essência: o cuidado (MORAIS et al., 2011).

Deveria ter sete agentes estou com quatro trabalhando então tem três áreas descobertas, isso causa muito transtorno [...] não estamos tendo auxiliar de serviços gerais [...] os materiais de curativos e essas coisas estão chegando bem pouco ainda. (ENF-7)

A minha população está quase de dez mil [...] que enfermeira dá conta de atender uma população deste tamanho? [...] não tenho recepcionista tem um só computador que tem internet se eu tivesse mais gente estaria resolvendo mais coisas relacionada a marcação de consulta. (ENF-11)

A falta de funcionários nas unidades e o grande número de famílias atendidas, que em alguns desses PSFs, já ultrapassa muito o quantitativo máximo definido pelas políticas, tem gerado insatisfação tanto da população adstrita, como do enfermeiro e constitui barreiras para a implementação do cuidado.

Essa realidade também foi encontrada em estudo sobre composição das ESF que por ser restrita, e a demanda ser crescente favorece o deslocamento das ações profissionais a funções necessárias, mas rotineiras e de nível de complexidade inferior às potenciais competências do enfermeiro (BARBIANI; DALLA; SCHAEFER, 2016).

O enfermeiro acaba por incorporar atribuições de outros profissionais ausentes, propondo-se a suprir lacunas nas rotinas do serviço. E mais por ele ter dificuldade em delimitar um espaço próprio de atuação e em demonstrar, para o corpo médico, a especificidade de suas tarefas, que certamente,

ultrapassavam a mera função de “auxiliar de consultório” (SOUZA; GARNELO, 2008, p.594).

A maioria dos profissionais de enfermagem enfrenta, em seu cotidiano, dificuldades para prestar assistência com qualidade e humanizada a pessoa que está sob seu cuidado, e é atribuída principalmente a falta de material, a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo (SALOMÉ; ESPOSITO; SILVA, 2008).

Outras situações no cotidiano de trabalho também corroboram para a dificuldade na implementação do cuidado à pessoa com Diabetes, como retrata a situação epidemiológica nacional com altas taxas de doenças emergentes como dengue e febre amarela, que passa a exigir desse profissional maior dedicação.

Agora estou superlotada, a sala de vacina está lotada, ai tem que largar tudo, a gente trabalha muito também com a questão do momento, com a demanda, agora é febre amarela, então está uma loucura. A questão do preventivo é agenda então dá. Aí a, gente acaba deixando de lado esses assuntos que são importantes. (ENF-6)

A sobrecarga de atividades e a demanda dessas doenças são mencionadas como importantes barreiras para o cuidado às pessoas com Diabetes.

Em uma etnografia sobre os cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica realizado em Manaus por Souza e Garnelo (2008), observou-se que a baixa cobertura e a forte pressão de demanda tendiam a restringir a ação da equipe às atividades no interior da unidade, com prioridade para as consultas médico-curativas. Os resultados apontaram que as rotinas de trabalho do enfermeiro da unidade de saúde da família não previam agendamento de visitas domiciliares e essas eram realizadas, de acordo com a necessidade.

O enfermeiro, que realiza suas ações somente a partir da demanda, corre o risco de desconsiderar as necessidades de saúde das pessoas que vão além do imediato, como as ações de acompanhamento, educação, promoção e prevenção. É importante atender à demanda, mas não deve limitar a este como único modo de atendimento. A criação de mecanismos para reverter este quadro é algo bastante importante, podendo ocorrer incorporando abordagens,

no momento do atendimento, que venham a romper com o modelo de “queixa-conduta”, muito presente na demanda espontânea (AMARAL; ABRAHÃO, 2017).

Esses autores ainda ressaltam que os atendimentos por demanda não deveriam ser uma barreira para cumprimento das demais funções do enfermeiro, pois sempre se configurará como elemento constitutivo do trabalho na APS.

Quando há sobrecarga laboral, a qualidade de vida no trabalho é prejudicada, o que contribui para os enfermeiros se sentirem insatisfeitos e frustrados, o que compromete a saúde física e psíquica do profissional e favorece a ocorrência de falhas na execução do trabalho (DUARTE; SIMÕES, 2015; KEBIAN; ACIOLI, 2014). Percebe-se ainda, que a escassez de recursos e a alta demanda comprometem o planejamento e a efetivação das ações administrativas, como destacado no depoimento de ENF 11 e, também corroboram para insatisfação e desordem. Constata-se que diante de tais barreiras, o ambiente organizacional é que condiciona a dinâmica de funcionamento, deixando de lado a pessoa, principalmente, com condição crônica, do centro da ação.

Diante dessa realidade, o processo de trabalho se estrutura em uma lógica onde impera a rapidez, agitação, cumprimento de tarefas, proporcionando o desenvolvimento de mecanismos de defesa nos enfermeiros que podem vir a diminuir a sua sensibilidade. Mas é importante ressaltar que a escassez de recursos, nem sempre é impeditivo da prestação de cuidados de qualidade; ao contrário, pode até motivar formas inovadoras e criativas de resolução dos problemas (CARVALHAIS; SOUSA, 2013).

O distanciamento das ações de cuidado incomoda e traz inquietações aos participantes e acaba por redefinir o seu papel no serviço, ao mencionar que “enfermeiro de PSF não atua como enfermeiro” devido ao tempo, que é gasto com preenchimento de SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento) e outras atividades administrativas, com isso, “não sobra muito tempo para fazer a parte assistencial, mesmo da enfermagem” (DIÁRIO DE CAMPO, 20 de setembro de /2016).

Nessa lógica, o enfermeiro de PSF não é enfermeiro, pois as ações assistenciais é que qualificam o cuidado e determinam a identidade do enfermeiro.

Essa análise coaduna com Senna et al. (2014), ao descreverem que o enfermeiro, mesmo exercendo a função de alicerce da gerência do cuidado, ainda destaca o procedimento assistencial como mais valoroso em seu processo de trabalho.

O procedimento assistencial, a que se refere, diz respeito ao cuidado direto a pessoa, e o cuidado indireto, apesar de ser uma ação voltada à organização e implementação do cuidado direto. Muitas vezes, ainda é pouco compreendido entre os enfermeiros como uma dimensão complementar do processo de cuidar (SANTOS et al., 2013).

Mesmo que enfermeiro valorize e reconheça as interferências para o desenvolvimento do cuidado assistencial, ele se sente preso as funções administrativas, relacionadas à manutenção de área física e de equipamentos e o exercício de tarefas, que não representam seu fazer profissional (BRAGA; TORRES; FERREIRA, 2015).

Essa situação de descompasso entre o saber e o fazer resulta em tensões e desmotivação, que necessitam ser superadas. Há necessidade de despertar nesses profissionais, formas de gerência do cuidado de enfermagem inovadoras, que possam superar práticas assistencialistas, romper com normas e rotinas inflexíveis e adotar modelos de relação mais horizontalizadas para a tomada de decisões (SANTOS, 2013).

Para compreender tal realidade, é necessário entender que a cultura é uma condição essencial da existência humana, fornecendo o vínculo entre o que os homens desejam tornar-se e o que eles realmente se tornam, um a um, vivendo em um mundo dotado de sentido (GEERTZ, 2008). Assim, o homem modula a sua aceitação e recusa, diante do que ele considera sofrimento e busca por espaços, que vão ao encontro da sua visão de mundo que lhe proporciona aceitação de sua condição (CONCONE, 2011; GEERTZ, 2008). Nesse entendimento, a percepção de mundo, dos participantes, mediado pela cultura, modela o modo de pensar e o agir, aprendido por meio do grupo social do qual integra, o que faz com que os participantes aceitem o seu cotidiano de trabalho e acabam por naturalizar o seu modo de fazer cuidado.

Esses profissionais ao compartimentalizarem suas atividades administrativas e assistenciais como se fossem duas esferas conflitantes em sua realização, mostram uma certa carência na compreensão do conceito de gerência do cuidado (SENNA et al., 2014).

A questão administrativa é o que mais ocupa o tempo, hoje tivemos uma reunião e falamos que se tivesse mais uma técnica ou colocasse um gerente já ajudaria bastante, então a gente acaba puxando mais para a atividade administrativa e deixando a assistência de lado (ENF-6).

Considerando as ações dos enfermeiros na ABS, elas têm se mostrado com bom desempenho na administração, mas com fragilidade na assistência de enfermagem, o que expressa que há uma dificuldade de articulação entre as dimensões gerencial e assistencial. Essa desarticulação tem gerado também a remodelação de sua teia de significados passando as atividades administrativas vistas como algo paralelo às ações de cuidado, e não mais algo que faz parte dele.

Pode-se inferir que uma das justificativas para a dificuldade na articulação entre assistir e gerenciar esteja relacionada ao fato da maioria das participantes ter um tempo médio de formação de cerca de 16 anos e a formação que se estruturava à época fundamentava-se essencialmente no modelo biomédico e ainda, a influencia da teorias administrativas, que ordenavam para cisão entre assistir e gerenciar.

A formação profissional é fator importante para que ocorra a modificação no aprendizado e na construção de novos saberes e fazeres do enfermeiro em relação à organização da assistência de enfermagem. Para o avanço e fortalecimento da incorporação de competências gerenciais é preciso repensar a formação do enfermeiro visando à superação da dicotomia entre cuidado e gerência, proporcionando aos graduandos de enfermagem experiências diversificadas ao longo da formação (SENNA et al., 2014).

Nessa perspectiva, há necessidade da mudança de paradigma, do modelo biomédico para o modelo de assistência centrado na pessoa, e que busque a sensibilização desses profissionais, para que se sintam comprometidos e corresponsáveis com o outro (PEREIRA et al., 2017).

Sendo assim, é necessário transpor o percurso formativo do acadêmico referente aos aspectos gerenciais, instrumentalizando-o para um exercício profissional convergente, eliminando dicotomias entre gerência e assistência, e superando os modelos determinísticos e estruturalistas vigentes (SENNA et al., 2014).

O entendimento da assistência e da gerência como ações dicotômicas e incompatíveis, levaram as participantes a reconhecerem que o envolvimento com as questões burocráticas é visto como importante barreira para a implementação das ações assistenciais. Essa realidade impõe a necessidade de priorizar alguns atendimentos e ao mesmo tempo de apontar possíveis soluções para esse problema.

[...] a gente dá mais atenção para a saúde da mulher, criança, eles aderem também mais. E as doenças crônicas ficam meio de lado. (ENF-6).

Embora elas tenham mencionado a dificuldade de conjugar a assistência e a gerência pela falta de tempo, percebe-se nos depoimentos e no cotidiano de trabalho que elas conseguem conciliar essas ações para o atendimento de alguns programas, como o da saúde da mulher, com a realização de preventivos e de pré-natal. Encontrar tempo para essa assistência pode ter sido favorecida pela melhor adesão das mulheres ao tratamento, por não envolver a condição da cronicidade e “pessoas custosas”. Como o tempo é escasso, elas não podem perder tempo, o que acaba por deixar de cuidar das pessoas com Diabetes.

Em decorrência das demandas administrativas, elas dispensam o pouco tempo que resta com algumas atividades tecnicoprocedimentais como aferição de pressão arterial e glicemia capilar, colocando em segundo plano o envolvimento com outros aspectos do ser humano.

Essa análise nos remete a seguinte indagação: Será que os profissionais de enfermagem estão preparados para lidar com as pessoas com condições crônicas? A condição crônica necessita de acompanhamento contínuo desses profissionais, colocando-os de encontro muitas vezes com crenças, valores e hábitos que precisam ser mudados ou ressignificados, o que exige desse profissional muito empenho, dedicação e empatia.

Apreende-se que a atuação ainda está conformada no modelo de atenção à saúde que prioriza as doenças agudas, e para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde e de formação de recursos humanos para a saúde transponham esse modelo predominante (CASTELLANOS et al., 2015), com vistas a proporcionar competências que atendam as mudanças epidemiológicas e demográficas do país, assim como o aumento crescente de pessoas com condições crônicas.

O modelo assistencial para as pessoas em condição crônica deve, portanto, considerar que se trata de uma situação diferenciada, porque traz impacto distinto tanto para a pessoa que vive nesta condição e sua família, como para a sociedade e, especialmente, para os serviços de saúde. O modelo assistencial necessário irá requerer e organizar os recursos físicos, tecnológicos e de saúde, de forma diferenciada do modelo anterior, configurando-se em diferente abordagem daquela realizada até então (CASTELLANOS et al., 2015).

Na condição crônica, o cuidado torna-se além de necessário, desafiador, visto que, a doença torna-se um ciclo vicioso onde cada sintoma pode levar a outros e a perda da capacidade funcional, exigindo, portanto, alguns cuidados por vezes permanentes (MENDES, 2012).

A produção do cuidado às pessoas com condições crônicas exige o estabelecimento do vínculo, do acompanhamento longitudinal, do uso apropriado das tecnologias em saúde e do entendimento dos efeitos dos sintomas e das incapacidades na vida das pessoas, com comprometimento da imagem corporal, da autoestima e da qualidade de vida (LIRA; NATIONS; CATRIBE, 2004; SLIOCCHI; JUNGES, 2017). Exige portanto, para a concretização do cuidado e não da cura, a cumplicidade e a corresponsabilidade com a pessoa com condição crônica.

Apesar da discussão sobre estes conceitos e que explicita a necessidade de mudança de paradigma já ocorrer há um bom tempo, parece que poucas mudanças aconteceram. Em parte, isto pode ser atribuído às inegáveis contribuições do pensamento biomédico e a construção de novos significados que particularmente, de uma dada prática, é um processo muito demorado por envolver toda uma rede de relações, contextos e situações.

No processo de trabalho, o enfermeiro tem acumulado a gerência da funcionalidade e dinamicidade do processo de cuidado, que é moldado pelas demandas assistenciais, e o leva a certo distanciamento da prática assistencial. Ele tem confiado à sua equipe a maior parte de tais atividades, sob sua supervisão, e realiza apenas a demanda interventiva de maior complexidade ou quando é solicitado pelos técnicos/ auxiliares de enfermagem a sua intervenção ou auxílio (SENNA et al., 2014).

Esse contexto, marcado pelas ações dicotômicas, pelos significados atribuídos ao cuidado e ao enfermeiro da APS e as dificuldades em implementar o cuidado, que acredita ser o ideal, gera nos participantes sentimentos negativos e insatisfação profissional, que afetam de forma significativa no processo de trabalho desses profissionais e acaba por produzir uma crise de identidade profissional.

A percepção de que sua prática parece não ter significado enquanto enfermeira, pode ser revelado no depoimento de ENf-14, que se segue:

Você acaba exigindo muito de você e a cobrança de você não dar um resultado bom para você mesma, fica então insatisfeita, gera aquela insatisfação do serviço, a gente sabe que a enfermagem é responsável, você tem que gostar do que faz, aí ficam exigindo muitas coisas de você e quando você chega no final do dia e tudo que você fez não foi o suficiente você queria uma coisa melhor, então eu acho assim que fica que eu deixo a desejar, então eu acho que a gente poderia dar uma assistência melhor [...] (ENF-14).

Essa realidade no cotidiano de trabalho leva o profissional a distanciar-se do que ele considera como cuidado e corrobora para sentimentos de insatisfação, desmotivação e desvalorização, o que reflete em uma crise identitária.

Teoricamente parece claro que constitui a identidade desse profissional, a efetiva atividade de cuidar, diferenciando-o de outros profissionais e convertendo-se essa na realização técnica e única dentre todas as profissões de saúde. Com isso, o cuidado passa a constituir-se função essencial, fundamental ou a razão última que justificaria todas as atividades e competências dos profissionais de enfermagem (OGUISSO; FREITAS, 2016).

A prática profissional do enfermeiro apresenta-se permeada por conflitos éticos, os quais podem gerar o chamado sofrimento moral (BRITO et al., 2016). Esse termo é usado para descrever um tipo de sofrimento físico, emocional e psicológico que esses profissionais vivenciam quando sua ação é incoerente com seus valores éticos e com seu julgamento moral (MCCARTHY; GASTMANS, 2015).

O sofrimento moral afeta a pessoa pela sensação de ter comprometido seus valores. Quando as vivências de sofrimento moral se tornam recorrentes, pode levar às rupturas identitárias. Há também uma ruptura na integridade moral na medida em que o enfermeiro não consegue perceber sentido profissional em sua prática (BRITO et al., 2016).

Ainda, segundo esses autores, para ter integridade moral é preciso se sentir bem sobre si mesmo, de modo a se perceber como um profissional, que desempenhou um bom trabalho e como um sujeito de personalidade, que se esforça para viver uma vida moral.

Esses resultados corroboram com o estudo de Salomé, Espósito e Silva (2008), tendo em vista que a insatisfação profissional também foi manifestada muitas vezes por sentimentos de frustração, impotência e desvalorização.

A crise identitária decorrente da frustração, da desvalorização e de não mais distinguir o seu papel de enfermeiro dentro da equipe de profissionais de saúde, das condições de trabalho e dos objetivos organizacionais, que não atendem às suas expectativas, podem refletir em sua saúde e na qualidade da assistência prestada por eles (DUARTE; SIMÕES, 2015; SEBOLD et al., 2016). Para minimizar esta problemática é indispensável que os profissionais estejam unidos na conquista de melhor qualidade de vida no trabalho.

Essa análise nos leva a repensar na necessidade de os enfermeiros devem melhor clareza de sua competência profissional junto aos serviços de saúde, a equipe multiprofissional e a pessoa atendida, sob a sua responsabilidade. E ainda, nos permite entender um pouco mais a tendência mundial da formação do enfermeiro de práticas avançadas, com conhecimento aprofundado em saúde da família, cuidado ao indivíduo adulto e cuidado primário (ZANETTI, 2015). Percebe-se que a palavra cuidado vem atrelada a competência desse novo profissional, reiterando a essência do saber e do saber fazer do enfermeiro.

Não pode deixar de ressaltar o contexto social pelo qual essas profissionais estão passando, visto que, segundo Geertz (2008), para compreender o outro, não podemos desvincula-lo do seu contexto social. O momento da pesquisa foi marcado por um período de realização de concurso público e de sua não aprovação, da instabilidade na efetivação no cargo, embora até o momento, passados cerca de 8 meses após sua a homologação, poucas alterações foram feitas, sendo que a maioria, ainda permanece em seus cargos.

Esse contexto também exerce influência na crise identitária desse profissional afetando de forma significativa no cuidado.

Percebe-se então, que o cuidado de enfermagem é perpassado por inúmeros intervenientes, dentre os quais a alta demanda administrativa e as cobranças dos gestores e das secretarias municipais, estaduais e do Ministério da saúde, direcionando as ações desses profissionais para essas exigências.

6.3 A PRÁTICA EDUCATIVA DO ENFERMEIRO: “A GENTE GASTA SALIVA COM ELES, ENTRA POR UM OUVIDO E SAI PELO OUTRO”

A Enfermagem tem na dimensão educativa um de seus principais eixos norteadores que se concretiza em vários espaços de realização das práticas quer seja na comunidade, serviços de saúde vinculados à Atenção Básica, escolas, creches, e outros locais. Assim, o enfermeiro cuida quando desempenha seu papel de educador, e para tanto, utiliza estratégias como nas consultas de enfermagem individuais ou coletivas, palestras e grupos de saúde (ACIOLI et al., 2008; ACIOLI, 2014).

A educação em saúde é considerada uma possibilidade de transformação da prática atual da atenção da saúde (ANDRADE et al., 2016), compõe a prática social da enfermagem e instrumento fundamental no processo de trabalho.

Essas ações têm por objetivo a consciência individual e/ou coletiva e a finalidade de possibilitar escolhas mais críticas da pessoa em relação aos serviços de saúde para ampliar as possibilidades do cuidado de si mesmo (KIRCHHOF, 2003).

No tocante à condição crônica, a finalidade da educação em saúde é instigar a pessoa a aderir ao tratamento, a buscar por um estilo de vida saudável, além de sensibilizá-los sobre a importância de desenvolver melhor a autonomia em direção ao autocuidado com sua saúde (ACIOLI et al., 2014; RODRIGUES; LIMA; SANTOS, 2015).

Embora as ações educativas estejam contempladas em uma dimensão do cuidado, as participantes encontram barreiras para a sua implementação.

E tem os grupos, a gente gasta saliva com eles [...] (ENF-3)

O fato de “gastar saliva” nos leva a entender que na perspectiva das participantes há pouca resolutividade dessas ações, o que leva os profissionais a perderem tempo, já que esse é escasso. Tal situação pode ser atribuída a falta de corresponsabilização da pessoa com DM e ao descumprimento das ordens prescritivas dos profissionais de saúde. Esse comportamento é influenciado pela cultura e pode estar relacionado aos significados que as pessoas com Diabetes atribuem à doença, ao tratamento e aos benefícios das mudanças de comportamento. Como essas mudanças muitas vezes não acontecem, os profissionais tendem a se desmotivar e desresponsabilizar e acaba por considerar o adoecimento como falta de cuidado (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

Os significados construídos pelos enfermeiros, de cuidado, de diabetes e da pessoa com diabetes, se mostram também entrelaçados nas práticas educativas, visto que o cuidado é centrado na doença e as pessoas com DM são vistas com custosas e seu acompanhamento como um desafio. Todas essas questões culturalmente construídas afetam o fazer cuidado.

Apesar do destaque que a educação em saúde tem no tratamento da Diabetes, ainda não superou o modelo biomédico, estando quase sempre centrada em “passar” parte do conhecimento médico à pessoa, de modo que ela possa conviver e controlar adequadamente sua doença. Nessa visão, não há espaço para ouvi-la e considerar a interpretação que ela faz do que está lhe acontecendo segundo Silva, (2000), e se esquecem de que as pessoas trazem

consigo seus contextos culturais que irão influenciar no manejo com a condição crônica.

Nesse entendimento, torna-se necessário o acompanhamento longitudinal e a motivação para perceber que mudanças do estilo de vida podem ser benéficas para a convivência com o adoecimento (MORENO et al., 2015).

Porém, as participantes não tem observado mudanças na maneira das pessoas com DM de autocuidar, como retratam os depoimentos abaixo:

[...] mas o que a gente vê mesmo é que o pessoal não adere ao tratamento [...] mas sempre volta o paciente com a mesma queixa. (ENF- 1)

[...] mas parece que alguma coisa entra no ouvido e sai no outro e às vezes a gente se sente incapaz de não conseguir chegar, aí você fala com o paciente ah nem adianta falar, não vai cuidar. (ENF-9, grifo nosso)

Essa situação tem gerado desmotivação nos participantes, uma vez que eles não tem percebido mudanças de comportamento e concluem que suas ações não se configuram como relevantes no seu processo de trabalho e ainda, reiteram a culpabilização dos indivíduos sobre seus acometimentos de saúde, uma vez que a não aderência ao tratamento é atribuída a responsabilidade exclusiva à pessoa com DM (ALVES; AERTS, 2011; SILOCCHI; JUNGES, 2017). Verifica-se assim, o quão distante está a educação em saúde na ESF dos pressupostos preconizados pelo Ministério da Saúde (ROEKER; NUNES; MARCON, 2013).

Diante da dificuldade na implementação das ações educativas, as participantes se isentam da responsabilidade dessas ações e os grupos educativos passam a ter como foco ações disciplinares, o que contrapõem a ideia da inter e da transdisciplinaridade e a concepção de que o adoecimento compromete todas as dimensões e para as quais é necessário o atendimento pela equipe multiprofissional, como aponta o depoimento que se segue.

Aqui a gente tem feito os grupos, a orientação através do grupo, se bem que o grupo tem ficado mais restrito em aferir a glicemia porque a gente não tem a nutricionista

para dar o aporte, a gente não tem também o médico para dar o aporte então...(ENF-16)

A gente tem dois grupos que são terça e quinta de manhã que era a fisioterapeuta que fazia e agora foi mandada embora, faz uma semana que está parado o grupo, estamos esperando a posição da secretaria para ver o que vai fazer, se eles vão contratar outro. (ENF-7)

Aqui sempre houve atividades pelo menos duas vezes na semana, mas quando veio essa professora eu disse vamos deixar ela fazer porque ela é uma Educadora física.(ENF- 10 – grifo nosso)

A escassez de tempo, pela dedicação da maior parte na gerência, a desmotivação com as ações educativas e o significado atribuído ao enfermeiro contribuem para afastá-los das ações educativas e para transferir a responsabilidade a outro profissional.

É fundamental nesse contexto destacar que a Lei do Exercício Profissional e os objetivos propostos para a ESF trazem dentre as competências do enfermeiro a realização de atividades de educação em saúde, visando a melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral.

Evidencia-se ainda, que as ações estão centradas na perspectiva biológica e normativa, o que compromete o vínculo e conseqüentemente, o acompanhamento dessas pessoas, distanciando assim do cuidado ideal onde ocorre uma troca de saberes, a participação de todos os envolvidos no manejo da condição de saúde, a responsividade, que inclui o respeito pelas pessoas e a orientação para o cliente conforme Frenk (2015) e o partilhar responsabilidade.

[...] fazemos orientações, o controle, a importância da glicemia, a importância do medicamento, a importância e os cuidados com os horários da insulina (ENF-09).

É necessário um olhar que capte a multidimensionalidade que permeia a condição crônica, para que assim entenda que não é só uma aferição de glicemia que vai atender as necessidades da pessoa. Visto a sua amplitude, são necessárias adaptações na vida diária, entendendo que a cronicidade faz parte da vida, precisando assim serem compreendidos como parte do processo de cuidar em enfermagem.

É preciso também compreender os significados do adoecer e a percepção da doença para as pessoas. Desenvolver ações educativas desconsiderando esse saber e as crenças, além de não ser resolutivas pode provocar distanciamento na relação profissional-pessoa, dificuldades no estabelecimento do vínculo e baixa adesão ao tratamento.

A abordagem antropológica tem sido cada vez mais discutida como uma forma de ampliar o olhar desses profissionais para que vejam os momentos de relação profissional e pessoa atendida como um encontro de culturas com valores, saberes e fazeres diversos, que devem ser compreendidos e respeitados, onde ocorra uma construção permanente e contextualizada de negociações indo ao encontro das multidimensionalidades e subjetividades do ser humano.

[...] e agora o Médico chegou dia 3 de fevereiro então imagina com um mês sem atendimento e o médico sobrecarregou totalmente o pessoal está naquela loucura para marcar consulta, então um grupo para uma população tão grande eu não vejo como funcionar, como você vai preparar um café tem que ter alguma coisa que atrai, um brinde, por exemplo. E eu enfermeira tenho mil coisas para fazer como eu vou coordenar, eu não tenho recepcionista tem só um computador que tem internet, se eu tivesse mas gente estaria resolvendo mais coisas relacionada a marcação de consulta (ENF-11).

Segundo os depoimentos, a educação em saúde é permeada de dificuldades, corroborando com os resultados do estudo de Roecker; Nunes; Marcon (2013) em que apontaram como justificativas a grande demanda curativa da população nas unidades, à insuficiência de pessoal na equipe e principalmente ao trabalho burocrático, de coordenação e de gerência da unidade.

Observou-se ainda, que as orientações, quando realizadas pela enfermagem, ocorrem no momento da triagem ou no acolhimento, em que a pessoa com DM deve relatar sua queixa antes do atendimento médico, com o objetivo de selecionar a pessoa para o atendimento médico e de agilizar a consulta médica.

[...]assim durante a triagem médica estou aqui conversando com ele orientando [...] (ENF- 12)

A educação em saúde ainda é uma área de atuação pouco explorada por profissionais, sendo um dos fatores associados a essa desvalorização a herança do modelo hegemônico “curativista” centrado na doença, o que faz com que o modelo de ABS seja pouco valorizado pelos usuários e pelos profissionais, coordenadores e gestores municipais (MORENO et al., 2015). Muitas vezes, essas pessoas mesmo reconhecendo a importância da educação em saúde, não participam dessas atividades e procuram o serviço apenas quando morbidades já estão instaladas (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015; PINTO et al., 2016).

É de se compreender que os significados sobre cuidado em saúde definem como vivem e se relacionam as pessoas e os profissionais e serviços de saúde.

Acredita-se que a educação em saúde é a principal ferramenta para a construção de uma prática de trabalho que valoriza o ser humano além do biológico, dando valor ao ser social, emocional e espiritual (MORENO et al., 2015). Para trabalhar num contexto de educação em saúde na prática junto às comunidades é imprescindível que os profissionais estabeleçam uma relação entre as ciências da saúde, as ciências sociais e a educação, com a finalidade de promover uma ação educativa democrática, respeitando a liberdade individual em busca do processo de conscientização (ROEKER; NUNES; MARCON, 2013). Que seja possível a aproximação e criação de vínculos afetivos, confiança e respeito entre as pessoas envolvidas (ANDRADE et al., 2016).

Portanto, a educação em saúde deve ser disponibilizada às pessoas por meio de orientações individuais e grupais, nas quais o profissional de saúde e o usuário devem construir um diálogo livre e participativo, pois não é ideal o enfermeiro proporcione o conhecimento sem buscar compreender as reais condições de vida, cultura, crenças e as necessidades de saúde da população. Salienta-se, então, que ensinar para saúde não é somente transmitir conhecimento, mas desenvolver possibilidades para a sua própria construção. Logo, o processo educacional não se resume a transmissão de conhecimentos, mas sim, em uma constante interação entre educador e educando (ARAÚJO-GIRÃO et al., 2015).

Coloca-se então como desafio o processo de formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação, pois, ainda impera o ensino de forma tradicional, em que os acadêmicos têm um papel passivo nesse processo e acabam por reproduzi-los na prática, ao invés de fazer parte da construção do aprendizado.

Além disso, faz-se necessário que os programas de ensino da área de saúde incorporem a promoção da saúde, deixando de lado o discurso idealista e prescritivo, e a compreensão de que as pessoas que buscam o sistema de saúde possuem significados que não necessariamente correspondem ao que a objetividade científica dita como regra. Espera-se que os profissionais assumam posturas ativas, em que as interações e a capacidade de escuta constituam os fundamentos para uma nova construção de modos de cuidar. (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015)

O ambiente de uma unidade de atenção primária de saúde demonstra a sua potencialidade para exercer a interação com maior efetividade segundo Acioli et al. (2014), mas isso vem se perdendo pelo fato do enfermeiro estar cada vez mais distante da pessoa que busca pelo atendimento, focando seu trabalho mais na gerência do serviço do que no cuidado.

O cuidado possibilita construir relações de cooperação, compartilhamento e vínculo com as participantes, no intuito de, como diria Geertz (2008, p.17), “auxiliar-nos a ganhar o acesso ao mundo conceitual no qual vivem os nossos sujeitos, de forma a podermos, num sentido mais amplo, conversar com eles”.

Assim é de se compreender que a desmotivação com as ações educativas e o descontentamento com o trabalho, porque não vê mudanças no comportamento das pessoas com condições crônicas, levam os participantes ao afastamento dessas atividades (DALMOLIN et al., 2012; GONÇALVES; FARIAS 2014). Esses sentimentos negativos contribuem para perder o afeto e vínculo com as pessoas, diminuição na qualidade dos cuidados e do encanto pela profissão (EBLING; CARLOTTO, 2012; GONÇALVES; FARIAS, 2014).

O enfermeiro tenta buscar no cotidiano de trabalho ações que são mais prazerosas, como a gerência do serviço, que ocupa a maior parte da sua carga horária de trabalho e quando tem tempo, prioriza a saúde da mulher e criança,

por se tratar de condições agudas e de pessoas mais aderentes, não sobrando tempo para o cuidado com as pessoas “custosas” com condições crônicas.

Nesse entendimento, o cuidado deve ser compreendido como um evento cultural, cercado por símbolos significativos e padrões de conceptualização, e só pode tomar forma e sentido para as pessoas que cuidam através do que elas experienciaram durante este processo (GEERTZ, 2008).

Assim, é de se compreender que as participantes desenvolvem e sustentam um conjunto de crenças e valores que são compartilhados e configuram uma teia de significados, que representa um sistema de símbolo que orienta o seu saber/ fazer profissional e a forma como eles compreendem o cuidado às pessoas com DM.

O modo como as enfermeiras cuidam das pessoas com DM é construído tomando como fundamentos a educação formal e a formação em contexto, os aspectos socioculturais onde vivem e as condições ambientais e de trabalho.

Nesse sentido, as ações de cuidado de enfermagem é um processo, que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica em uma negociação de significados na busca pelo cuidado ideal. É na realidade social, mutante e dinâmica, que são construídas as doenças e seus processos de tratamento, ou seja, o processo de cuidar em enfermagem.

Constatou-se a contradição entre o dito e o não dito, tendo em vista que o cuidado é entendido como ações de prevenção e que buscam atender o ser humano em suas multidimensionalidade. No contexto da prática real, transparece um cuidado culturalmente construído nas bases do modelo hegemônico biomédico, centrado na execução de ações tecnicoprocedimentais, onde o cuidado de enfermagem está centrado na doença e não na pessoa.

A APS, mais especificamente, as unidades de Estratégia de Saúde da Família, vieram para romper o modelo biomédico vigente, mas é possível ver através dos achados desse estudo que esse processo ainda é incipiente e ainda existem muitos desafios a serem enfrentados para que tal mudança aconteça.

Tal comportamento pode ser justificado, como já reiterado no texto, pelo modelo biomédico ainda culturalmente enraizado na lógica das ações de enfermagem, fragmentadas, focado no atendimento das queixas, nas

condições agudas de saúde, com pouco preparo dos profissionais para lidarem com as singularidades das condições crônicas e para a visão do ser humano integral e não multifacetado.

A organização do processo ensino-aprendizagem deve superar as concepções tradicionais de educação, ancoradas na dicotomia entre teoria e prática, para assim assumir uma educação, que contribua com a aquisição de competências e habilidades para o cuidado integral. Essa construção encontra respaldo em metodologias inovadoras de ensino, que permitem a ação/reflexão/ação sobre o processo cuidador (SENA et al., 2008).

É necessário então deixar claro que a formação destes profissionais, precisa partir de uma ótica não medicalizada e intervencionista, oportunizando novos olhares para o cuidado à pessoa com DM, os quais qualifiquem a assistência, de forma segura e humanizada. É preciso que os currículos em Enfermagem deixem de enfatizar apenas o biológico e o técnico-procedimental.

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem deve romper com a racionalidade de práticas fragmentadas e verticalizadas, propondo uma aproximação com o universo das experiências da pessoa atendida e seus familiares cuidadores.

Além dessas questões, não podemos deixar de mencionar a influência das organizações governamentais, que tem favorecido o desenvolvimento de um cuidado distante do que é preconizado, visto as preocupações desses órgãos com o número de atendimentos realizados em detrimento da qualidade.

As sobreposições de ações e as cobranças pelos órgãos gestores pelas questões administrativas, imprimem dúvidas nesses profissionais quanto ao real foco do cuidado de enfermagem no processo de trabalho nas unidades de APS.

A interpretação do saber e saber/fazer sobre o cuidado na visão do enfermeiro, conforme Geertz (2008), se faz necessário porque permite a percepção de uma “hierarquia estratificada de estruturas significantes”, constituindo o padrão cultural que estrutura o cuidado.

Torna-se fundamental que a formação e a práxis do enfermeiro proporcionem competências para o cuidado, nas dimensões assistencial, gerencial, educadora e de investigação científica para que ele assuma seu papel nos serviços e na assistência à saúde, numa perspectiva da integralidade

construindo caminhos a efetivação do real papel do enfermeiro na APS com novas modelagens de produção do cuidado (GALAVONETE et al., 2016; SANTOS et al., 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao darmos relevância à dimensão social e cultural do cuidado na perspectiva do enfermeiro, foi possível compreender a lógica que se estrutura o cuidado e a construção simbólica na reelaboração dos significados de enfermeiro, diabetes e pessoa com diabetes. O cuidado se revelou repleto de complexidades e apresenta uma pluralidade de significados que orientam a práxis do enfermeiro.

Apreende-se que para o significativo cuidado foram atribuídos os significados de orientar, observar, assistir e ver a pessoa como um todo. No entanto, esse significado não é empreendido no fazer do enfermeiro.

O significativo enfermeiro remete ao significado assistir, então, enfermeiro da APS não é enfermeiro, porque não tem tempo de desenvolver o cuidado direto, uma vez que a gerência do serviço assume prioridade no processo de trabalho e quando tem tempo, desenvolve o cuidado com algumas ações técnicoprocedimentais. Essa compreensão de cuidado se tornou evidente no transcorrer da coleta de dados, porque na presença da pesquisadora era priorizada a avaliação dos pés, dentre outras ações de cuidado à pessoa com DM.

A insulino terapia é que legitima a doença diabetes e as pessoas com diabetes requerem a atenção do enfermeiro. Por outro lado, as pessoas sob tratamento de hipoglicemiantes são consideradas como pré diabéticas e não são incluídas como deveriam no processo de trabalho do enfermeiro.

As pessoas com diabetes são rotuladas como difíceis e custosas e pelas dificuldades em obedecer as ações prescritivas pouco esforços são empreendidos pelos enfermeiros, o que justifica a transferência de responsabilidade das ações de cuidado aos outros integrantes da equipe e a própria pessoa com diabetes, a atribuição da culpabilidade da doença ao doente e prioridade da assistência a saúde da mulher e criança, por serem mais aderentes e com condições agudas.

Constatou-se encontros e desencontros na realização do cuidado, tendo em vista que elementos como orientar, ouvir o outro, realizar atividades educativas, são compreendidos pelas participantes como necessários. No entanto, no cotidiano de trabalho são priorizadas as metas exigidas pelos

órgãos reguladores como o atendimento queixa-conduta e a cobrança das gerência do serviço, que são fatores que contribuem para os desencontros do cuidado.

Percebe-se a dicotomia entre as três dimensões do cuidado, assistencial, gerencial e educativa, o que contrapõe ao modelo de assistência preconizado na APS.

Essa realidade presente no cotidiano de trabalho pode ser atribuída ao fato da enfermagem não delimitar bem suas ações dentro do serviço e aceitar as atribuições que lhe são colocadas mesmo não sendo de sua competência.

Com isso, os enfermeiros se afastam cada vez mais da essência da profissão, o cuidado, e essa situação gera um paradoxo, enfermeiro da APS não é enfermeiro, o que corrobora para desmotivação, insatisfação e desvalorização e conseqüentemente uma crise identitária.

É preciso reconhecer que para a efetividade do cuidado é necessário que esses profissionais transponham as barreiras impostas pelas suas crenças e valores em relação à pessoa com DM, vistas por este grupo como custosas, e difíceis; em relação ao cuidado; a definição do papel do enfermeiro da APS, a disponibilidade de recursos materiais e humanos para o atendimento das necessidades, a compreensão da cronicidade e dos seus efeitos na multidimensionalidade do ser humano e a capacidade do profissional para a dialogicidade e responsividade.

Essas questões se colocam como um desafio para os profissionais e os órgãos formadores de recursos humanos para a saúde, pois é preciso agregar ao conhecimento a especificidade da cronicidade, o manejo adequado com a pessoa com DM.

No entanto, as informações coletadas apresentam pistas de onde e como devem surgir as propostas de intervenção com possibilidade de provocar maior impacto na qualidade dos cuidados prestados.

No campo da formação do profissional na área de saúde e principalmente da Enfermagem, devem ser considerados com maior ênfase nos projetos pedagógicos, a cronicidade, como conteúdo transversal, para preparar os futuros profissionais de saúde para lidar com mais afetividade e resolutividade nas necessidades multidimensionais do ser humano em face do adoecimento crônico.

A produção e divulgação de conhecimentos sobre o resgate do cuidado, essência da profissão de enfermagem pode contribuir para mudar essa realidade. Compete também ao COFEN e Associação Brasileira de Enfermagem rever as competências desse profissional, o que contribui para a valorização e a identidade profissional. Assim, o enfermeiro precisa delimitar melhor suas funções e realmente assumi-las sem delegá-las a outros profissionais.

Os profissionais de enfermagem devem assumir o compromisso em buscar o seu aprimoramento contínuo para o cuidado e as instituições de saúde deve criar oportunidades de atualização e promover parcerias interinstitucionais para abordagem do cuidado de pessoas com condições crônicas, o que possibilita a ressignificação do cuidado entre os enfermeiros da APS.

Os achados deste estudo não permitem generalização, mas permite uma visão ampliada sobre o modo como esses cuidados se desenvolvem no cotidiano, considerando o contexto sociocultural em que ocorrem e as limitações e potencialidades do cuidado de enfermagem.

Embora não tenhamos a pretensão de trazer respostas amplas ou produzir generalizações, nossas interpretações trazem contribuições importantes para o cuidado às pessoas com DM a partir da visão de mundo do enfermeiro da APS. A alteridade provocada pela natureza deste encontro etnográfico nos permitiu um novo olhar sobre o mundo e sobre o outro, tanto do pesquisador como do pesquisado, nos proporcionou um enorme aprendizado sobre o cuidado, o que contribui para repensar cuidado, enfermeiro, pessoa com diabetes

Nessa perspectiva, os resultados deste estudo trazem subsídios para o ensino, para a prática e para a pesquisa em enfermagem.

A ressignificação do cuidado, com base nos achados deste estudo será possível à medida que os profissionais passem a refletir sobre o seu saber e fazer, de maneira que a lógica cultural que permeia a compreensão do cuidado e o comportamento dos enfermeiros da APS possa ser mudado.

O olhar semiótico possibilitou compreender como os significantes e a pluralidade de significados estão entrelaçados e são culturalmente construídos pelas interações sociais, à medida que essas enfermeiras experenciam os desafios da prática do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-21 jan./fev. 2008.
- ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-42, set./out. 2014.
- AMARAL, I. T.; ABRAHÃO, A. L. Consulta em enfermagem na Estratégia Saúde da Família, ampliando o reconhecimento das distintas formas de ação: uma revisão integrativa. **Rev. Cuidado Fundamental**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 899-906, out/dez 2017.
- ALMEIDA, L. M. W. S.; SANTOS, R. M. O trabalho em Enfermagem e a construção de uma sociedade democrática. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília , v. 70, n. 5, p. 896-897, out. 2017.
- ALVES, A. M. et al. A efetividade do cuidado solidário diante de eventos que acompanham a cronificação da doença da criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 192-204, 2006.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **Cienc Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 319-25, 2011.
- ANDRADE, M. E. et al. Percepção do enfermeiro quanto à atuação educativa na estratégia saúde da família. **Rev. enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 1-5, 2016.
- ARAÚJO-GIRÃO, A. L.; et al. The interaction in clinicalnursingeducation: reflectionsoncareofthepersonwithhypertension.**Rev. salud pública**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 47-60, 2015.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde sociedade**, São Paulo,v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BACKES D. S. et al Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro. **Aquichán**. Bogotá, v.14, n.4, p.560-570, 2014.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. **Acta paulista enfermagem**, São Paulo, v. 23 n. 6, p. 745-750, 2010.
- BARBIANI, R.; DALLA N. C. R.; SCHAEFER R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24, n. 2721, p. 1-12, 2016.

BASTO, M. L. Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde.

Rev. Portuguesa de saúde pública, Lisboa, v. 23, n. 1, p. 25 – 41, jan./jun. 2005.

BOYKIN A, SCHOENHOFER S. Nursing as caring: a model for transforming practice. New York: National League for Nursing; 1993.

BRAGA, L. M.; TORRES, L. M.; FERREIRA, V. M. Condições de Trabalho e fazer em enfermagem. **Rev. Enf. UFJF**, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, p. 55-63, jan./jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução cne/ces nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 7 nov. 2001. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>> Acesso em: 06 maio 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 7.498, de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências.

Brasília, DF, 25 jun. 1986. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>>. Acesso em: 06 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/ Cadernos de Atenção Básica, nº 36**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 2012**. Brasília, DF, 12 dez. 2012 Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 14 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF, 2016.

BRITO, M. J. M. et al. O cuidado na saúde da família entre autonomia e dominação: vivências de sofrimento moral em enfermeiros. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 5, 2016, Porto. **Atas CIAIQ2016**. Porto: Investigación Cualitativa en Salud, 2016. p. 1653-1661.

BURILLE A.; GERHARDT, T. E. Entre ressacas e marolas: um olhar para os itinerários terapêuticos e redes sociais de homens em situação de adoecimento crônico. In: GERHARDT, T.; et al. **ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016. cap. 4, p. 375-390.

BURY, M. Doença crônica como ruptura biográfica. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 5, n2, p. 41-55, 2011.

- CANESQUI, A. M. **Olhares Socioantropológicos sobre os Adoecidos Crônicos**. São Paulo: HUCITER, 2007.
- CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.22, n.1, p. 160–172, 2013.
- CASAFUS, K. C. U.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; BOCCHI, S. C. M. Between success and frustration about nursing care systematization. **Esc. Ana Nery**. Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 313-421, 2013.
- CASTELLANOS, M. E. P. et al. **Cronicidade: Experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais**. Fortaleza: Ed UECE, 2015.
- CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C; V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.
- CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. Autocuidado Apoiado: Manual do Profissional de saúde. Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba, 2012. Disponível em: <ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/telessaude/apresentacao/2014/autocuidado-apoiado.pdf> Acesso em: 06 maio 2017
- CEOLIN, S. et al . Elementos do paradigma sociocrítico nas práticas do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 51, n.03267, p. 1-9, 2017.
- CHIBANTE C. I. P. et al. Qualidade de vida de pessoas com diabetes *mellitus*. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 235-243, set./dez. 2014.
- CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. **Minas Gerais. Município. Alfenas**. 2016. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=31&VMun=310160&VSubUni=&VComp=00. Acesso em: 20 jan. 2016.
- CONCONE, M. H. V. B. A noção de Cultura. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v.14, n.4, p.51-66, set.2011.
- COQUEIRO, J. M. et al. A produção de saberes no cuidado aos diabéticos na estratégia saúde da família. **Uniciências**. Cuiabá, v. 19, n. 1, p. 93-99, 2015.
- CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 734-741, jun. 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429 do Conselho Federal de Enfermagem, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das

ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte- tradicional ou eletrônico. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 06 maio 2017

CRUZ, R. A. O. et al . Reflexões à luz da Teoria da Complexidade e a formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 1, p. 236-239, fev. 2017.

DALMOLIN, G.L. et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 21, n. 1, Mar. 2012.

DIAS, E. G.; SOUZA, E. L. S.; MISHIMA, S. M. Contribuições da enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **R Epidemiol Control Infec.** Santa Cruz do Sul, v.6, n. 3, p. 138-144, 2016.

DUARTE, J. M. G.; SIMÕES, A. L. A. Significados do trabalho para profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 388-94, mai./jun.; 2015.

EBLING, M.; CARLOTTO, M. S. Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre , v. 34, n. 2, p. 93-100, 2012.

ERDMANN, A. L. A necessidade de atingirmos novos patamares na pesquisa de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem** São Paulo, v. 22, n. 2, p. v-vi, 2009.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FARIA, H.T.G. et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes *mellitus* antes e após participação em programa educativo. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 47, n. 2, p. 348-354, abr. 2013.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da estratégia saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 520-527, maio, 2010.

FENTANES, L. R. C. et al. Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Cogitare**. Curitiba, v. 16, n. 3, p. 530-5, jul./set. 2011.

FERRITO, C.; NUNES, L.; CARNEIRO, A. V. Nursing interventions to the patients with type 2 Diabetes in primary health care: development of a guideline. **Cadernos de Saúde**. [S. l.], v. 6, n. 1, p. 19-29, 2014.

FRANCO JUNIOR, A. J. A.; HELENO, M. G. V.; LOPES, A. P. Qualidade de vida e controle glicêmico do paciente portador de diabetes *mellitus* tipo 2. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 102-108, dez. 2013.

FRANCO, M. T. G.; AKEMI, E. N.; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 163-70, 2012.

FRACOLI, L. A.; CASTRO, D. F. A. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n.3, p. 427-432, 2012.

FRENK J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. **Lancet**. [S. l.], v. 385, n. 9975, p. 1352-8, 2015.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016.

GARCIA, T. R. Systematization of nursing care: substantive aspect of the professional practice. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 5-10 jan./mar. 2016.

GEERTZ C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC; 2008.

GONÇALVES, M. P.; FARIAS, A. N. P. Síndrome Burnout decorrente de desmotivação na enfermagem: Uma revisão integrativa. **Revista ACRED**. Porto Alegre, v. 4, n. 8, p. 1- 16, 2014.

GONZÁLES, J. S.; RUIZ, M. C. S. **Antropologia educativa de los cuidados: una etnografía del aulas e la práctica clínica**. Alicante: Marfil S. A., 2009.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. 2011. Disponível em: <https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/31311/mod_resource/content/0/DOEN%C3%87AS%20CR%C3%94NICAS%20N%C3%83O%20TRANSMISS%C3%8DVEIS%20ESTRAT%C3%89GIAS%20DE%20CONTROLE%20E%20DESAFIOS%20E%20PARA%20OS%20SISTEMAS%20DE%20SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 06 maio 2017.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n.2, p. 258-65, abr./jun. 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Edusp, 1979.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev Eletr Enferm**. Goiânia, v. 16, n. 1, p. 161-9, jan/mar. 2014.

- KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev. Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, nov./dez. 2003.
- KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C.; Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 5, n. 1, p. 23-32, dez. 2005.
- LEININGER M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing; 1991.
- LIMA, E. F. A. et al. Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletrônica Enfermagem.** Goiânia, v. 15, n. 4, p. 1000-6, out./dez, 2013.
- LIMA, R. S. et al. Representação da prática gerencial do enfermeiro na unidade de internação: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 1-7, mar. 2016.
- LIRA, G. V. et al. Leprosy as Illness: towards a new paradigm of care. **Hansen. Int.** Lenxington, v. 30, n. 2, p.185-194, 2005.
- LIRA, G. V.; NATIONS, M. K.; CATRIB, A. M. F. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia tem a nos ensinar?. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 147–155, 2004.
- LOWEN, I. M. V. et al. Inovação na prática assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primária. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.70, n. 5, p. 898-903, out. 2017.
- MAIA, N. M. F. S.; LEITE, C. M.; MOREIRA, T. M. M. Cuidado de enfermagem nas alterações crônicas de saúde: Percepção de alunos do último ano de graduação de uma universidade pública. **REV. RENE**, Fortaleza, v.6, n.2, p. 96-101, maio/ago. 2005.
- MALINOWSKI, B. **Argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia.** São Paulo: Abril, 1976.
- MARTINS, C. A. et al. Self-reported prevalence of Diabetes Mellitus among nursing workers. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 23, n. 5, p. 632-9, 2010.
- MARTINS, J. A.; BARSAGLINI, R. A. Aspects of identity in the experience of physical disabilities: a social-anthropological. **Rev. Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 109-122, dez., 2011.
- MARTINS. M. J. R.; FERNANDES, S. J. D. The visibility of nursing giving voice to the profession: an integrative review. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 8, n. 1, p. 24233, 2014.

MÁSSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Chronic non-communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel participants. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2015.

MATOS E, PIRES D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-14, 2006.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 19, n.1, p.1-8, 2011.

MCCARTHY, J.; GASTMAN, C. S. Moral distress: A review of the Argument-based nursing ethics literature. **Nursing Ethics**. Guildford, v. 22, n. 1, p. 131–152, 2015.

MEDERIOS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. C. The Florence Nightingale's Environmental Theory: A Critical Analysis. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 518-524, 2015.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 1- 9, jul./ago. 2011.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953-8, 2011.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004

MORAIS, F. R. C. et al. Resgatando o Cuidado de Enfermagem como Prática e Manutenção da Vida: Concepções de Collière. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 305-10, abr./jun. 2011.

MORENO, C. A. et al. Atribuições dos Profissionais de enfermagem na estratégia de saúde da família, uma revisão das normas e práticas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, v. 19, n. 3, p. 233-240, 2015.

OCHOA-VIGO, K. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **RevEscEnferm USP**. São Paulo, v. 35, n. 4, p. 390-8, 2001.

OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. Cuidado-essência da identidade profissional de enfermagem. **Rev. EscEnferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 188-189, 2016.

PEREIRA L. F. et al. Ações do enfermeiro na prevenção do pé diabético: o olhar da pessoa com diabetes mellitus. **Rev. Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1008-1014, out/dez, 2017

PINTO, A. G. A.; et al. Priority groups of Family health strategy: the primary health care in practice. **J Nurs Health**. Pelotas, v. 6, n. 3, p.366-78, 2016.

RAMOS, D. K. R.; et al. Paradigmas da saúde e a (des) valorização do cuidado em enfermagem. **Enfermagem em Foco**. Salvador, v. 4, n. 1, p. 41-44, 2013.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho. **Rev. Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 334-41, 2011.

RODRIGUES, A. M.; SORIANO, J. V. Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra, v.3, n. 5, p. 55-63, dez. 2011.

RODRIGUES, J. A.; LIMA, F. J. S.; SANTOS, A. G. Atuação do enfermeiro com pacientes com Diabetes *mellitus* na melhoria da qualidade de vida. **Rev. de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 13, n. 46, p. 84-90, out./dez. 2015.

ROECKER, S.; NUNES, E. F. P. A.; MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 157-65, jan./mar. 2013.

SALOMÉ, G. M.; ESPÓSITO, V. H. C.; SILVA, G. T. R. O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 294–299, 2008.

SANTOS, E. C. B. et al. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 397–406, 2005.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.66, n.2, p. 257-63, mar./abr. 2013.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa De Saúde da Família. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 55-61, 2007.

SARTORETO, I. S.; KURCGANT, P. Satisfaction and Dissatisfaction in the Nurse's Worksite. **R bras ci Saúde**. João Pessoa, v. 21, n 2, p. 181-188, 2017.

SCAIN, S. F. et al. Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 em consulta ambulatorial. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n.2, p. 14-20, jun. 2013.

SCHMIDT, E.;MATA, G. F. The Physician-Patient Relationship and the Chronicity Conditions. **Rev Bras Clin Med**. Botucatu v. 6, p. 191-193, 2008.

SEBOLD, L. F. et al. Care is... nursing student perceptions: A Heideggerian perspective. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 243–247, 2016.

SENA, R.R. et al. Healthcare at work: implications for nurse training. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**. Botucatu, v.12, n.24, p.23-34, jan./mar. 2008.

SENNA, M. H. et al. Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 196-205, 2014.

SETZ, V. G.; DÍNNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-7, 2009.

SHIMIZU, H. E.; JUNIOR CARVALHO, D. A. O processo de trabalho na estratégia saúde da família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

SILOCCHI, C. JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis equipes de atenção primária. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 599-615, maio/ago. 2017.

SILVA, D. M. G. V. Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais. 2000. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Santa Catarina, 2000.

SILVA, A. S. B. et al. Avaliação da atenção em diabetes *mellitus* em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 512-8, jul./set., 2011.

SILVA, D. M. G. V.; et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde**. 2013. Disponível em: <https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod_resource/content/3/Modulo5_DoencasCronicas.pdf>. Acesso em: 06 maio 2017.

SILVA, F. R. et al. Implementação da sistematização da assistência de

enfermagem : dificuldades e potencialidades. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 580–590, ago./dez. 2014.

SILVA, I. O. G. **De Awaete a Asurini: histórias do contato (1971-1991)**. 2009. 127f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFPA, Belém, 2009.

SILVA, L. M. S. et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 784-8, 2012.

SILVA, T. P. et al. Cuidado do enfermeiro à criança com condição crônica: revelando significados. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 11, n. 2, p. 376–383, 2012.

SILVEIRA L. C. et al. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 548-554, julh/set., 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SOUSA, C. S. O., SILVA, A. L. O cuidado a pessoas com HIV/AIDS na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 907-14, 2013.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “é muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. SaúdePública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 91-99, 2008.

TEIXEIRA, C. R. S. et al. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes *mellitus*. **Rev Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 173-9, 2011.

TERRA, M. G.; et al. The meaning of care in the context of complex thinking: new possibilities for nursing. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. (Esp), p164-9, 2006.

TORRES, H. C.; SANTOS, L. M.; CORDEIRO P. M. C. S. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 23-8, 2014.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-13, 2011.

VERSA, G. L. G. S. et al. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 28-35, jun. 2012.

WALDOW, V. R. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 7-10, jul./dez.1998.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan**. Bogotá, v. 8, p. 85–96, 2008.

WALDOW, V. R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**. Bogotá, v. 17, n. 1, p. 13–25, 2015.

WATSON J. **Nursing: human science and human care. A theory of nursing**. New York: National League for Nursing; 1988.

YIN, R. K. **Pesquisa Qualitativa do Início ao Fim**. Porto Alegre:Penso; 2016.

ZANETTI, M. L. Prática avançada de enfermagem: estratégias para formação e construção do conhecimento. **Rev. Latino Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.3, p. 779-80, set./out. 2015.

ANEXO

ANEXO A – Aprovação do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Significado do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus na perspectiva de enfermeiros da atenção básica de saúde

Pesquisador: CAMILA MARIA SILVA PARAIZO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57322516.8.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.691.084

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado em que não foi identificado conflito de interesses.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo claro e bem definido; coerentes com a propositura geral do projeto; e exequível, à saber: Compreender o significado do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus sob o ponto de vista do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* Risco: Apresentado como mínimo devido ao possível constrangimento pela exposição dos depoimentos à análise de entrevistadores.

* Benefícios:

- Autorreflexão sobre a sua prática clínica no cuidado às pessoas com DM e os fatores intervenientes que têm contribuído para o distanciamento desta prática.
- Reconhecimento do trabalho do enfermeiro na Atenção Básica à Saúde.

Os benefícios justificam o risco e a proponente corrigiu e pendência de apresentar a avaliação da

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-000
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.691.084

relação risco/benefício, prevendo - tanto no Projeto Completo quanto nas Informações Básicas do Projeto na Plataforma Brasil, como no TCLE - as medidas minimizadoras/corretivas dos riscos possíveis. À saber: "encaminhamento à avaliação psicológica a profissionais capacitados e ao tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde, sem custos financeiros e por tempo necessário".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo interpretativo com abordagem qualitativa, por meio do método etnográfico, fundamentado no referencial da Antropologia Interpretativa. Serão utilizadas entrevistas semiestruturadas e diário de campo para registro dos dados. Os depoimentos serão gravados e transcritos para análise. O questionário aplicado aos enfermeiros nas UBS de Alfenas será composto por duas partes, a primeira conterá questões referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes e a segunda parte será composta pelas questões norteadoras: O que é cuidado para você? Como tem sido o cuidado que você tem ofertado às pessoas com DM? Os depoimentos serão transcritos para análise.

O número de participantes foi padronizado nas informações básicas do projeto e na proposta completa (detalhada, anexa), em atendimento à pendência: 17 participantes.

- a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto.
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe.
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto (pendência resolvida).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado,
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica.
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica.
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado.
- f. Folha de rosto - presente e adequada
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado
- h. Outro (especificar) – não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-000
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 1.591.084

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo a aprovação do Projeto pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_746036.pdf	14/07/2016 21:22:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	14/07/2016 21:22:18	CAMILA MARIA SILVA PARAIZO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	14/07/2016 21:20:17	CAMILA MARIA SILVA PARAIZO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	24/06/2016 11:20:29	CAMILA MARIA SILVA PARAIZO	Aceito
Outros	img007.jpg	24/06/2016 11:12:37	CAMILA MARIA SILVA PARAIZO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	24/06/2016 10:52:46	CAMILA MARIA SILVA PARAIZO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 22 de Agosto de 2016

Assinado por:
Marcela Filié Haddad
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

APÊNDICE

APÊNDICE A -Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa – **Significado do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus na perspectiva de enfermeiros da atenção básica de saúde**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação. **TÍTULO DA PESQUISA: Significado do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus na perspectiva de enfermeiros da atenção básica de saúde** PESQUISADORA RESPONSÁVEL: CAMILA MARIA SILVA PARAIZO, ENDEREÇO: RUA GABRIEL MONTEIRO DA SILVA, Nº 700, TELEFONE: 3299-1380. OBJETIVOS: Compreender o significado do cuidado à pessoa com DM sob o ponto de vista do enfermeiro da atenção básica de saúde. JUSTIFICATIVA: Este estudo nos leva a instigar questões sobre o saber/ fazer/ ser do enfermeiro no cuidado à pessoa com DM. no cotidiano de trabalho. Embora o enfermeiro no seu processo de formação tenha recebido conhecimentos teóricos e práticos que o qualifiquem com competências e habilidades para o cuidado à pessoa com DM, no exercício profissional ele depara com inúmeros intervenientes filosóficos e de mercado que implicam no distanciamento do cuidado. Compreender essa questão trará uma contribuição para a assistência, para o ensino, para a pesquisa e para o trabalhador enfermeiro. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: O estudo será realizado com enfermeiros (as) que trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF). Os dados serão coletados pela autora nos locais de atuação dos enfermeiros, em horário previamente agendado, por meio de entrevistas semiestruturadas, com permissão dos participantes, utilizando o gravador digital, será utilizado um questionário, composto por duas partes, a primeira parte é composta por questões referentes à caracterização sociodemográfica e

a segunda parte será composta por duas questões norteadoras. Serão utilizados também o diário de campo, que consiste da anotação criteriosa dos fatos e do contexto e da observação participante, que se refere a análise reflexiva do contexto. RISCOS E DESCONFORTOS: Considera riscos mínimos o constrangimento devido à exposição de seus depoimentos submetidos à análise de entrevistadores, se necessário, você será encaminhado à avaliação psicológica a profissionais capacitados e ao tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde, sem custos financeiros e por tempo necessário. BENEFÍCIOS: Permite uma autorreflexão sobre a sua prática clínica no cuidado às pessoas com DM. O estudo poderá contribuir para o reconhecimento do trabalho do enfermeiro na Atenção Básica de Saúde. CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Você não receberá nenhum pagamento com a sua participação. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: As informações fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e somente utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas sem a sua identificação e da respectiva unidade.

Assinatura do Pesquisador Responsável:



Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) – CAMILA MARIA SILVA PARAIZO – dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEPUNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto

de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, __, _____, de 2016.

(Nome por extenso) _____

(Assinatura) _____