

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
NÍVEL MESTRADO

RAFAELA SCHAEFER

A CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA ÉTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DA  
ENFERMAGEM

SÃO LEOPOLDO

2012

Rafaela Schaefer

A CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA ÉTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
o caso da enfermagem

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre pelo Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos –  
UNISINOS.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. José Roque Junges

São Leopoldo  
2012

S294c Schaefer, Rafaela.  
A construção da competência ética na atenção primária  
; o caso da enfermagem./ Rafaela Schaefer. – 2012.  
138 f. ; il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio  
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,  
2012.

"Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. José Roque Junges."

1. Atenção primária à saúde. 2. Competência  
profissional. 3. Ética. 4. Educação em saúde. I. Título.

CDU 614

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Bibliotecário: Flávio Nunes – CRB 10/1298)

**Rafaela Schaefer**

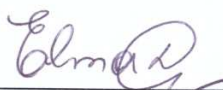
“A Construção da Competência Ética na Atenção Primária: o Caso da Enfermagem”


Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**.

Aprovado em 01 de agosto de 2012.

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Roque Junges – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Elma Lourdes Campos Pavone Zóboli – Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Rosângela Barbiani – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

*Agradeço imensamente ao meu orientador, professor Roque, que me ensinou a arte da pesquisa científica, que me apoiou e ajudou a conquistar este título. Minha referência de profissional e pessoa, dono de um carisma e caráter incomparáveis. Obrigada por acreditar na minha capacidade, obrigada por me ensinar tudo que sei e obrigada por tudo que fez por mim.*

*Agradeço ao Grupo Hospitalar Conceição, especialmente ao Serviço de Saúde Comunitária por abrir as portas de sua instituição para que este trabalho fosse possível.*

*Agradeço aos enfermeiros do SSC, em especial aos que participaram da pesquisa, pelas sábias palavras de experiência e motivação, pelo tempo disponibilizado e pela atenção.*

*Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela excelência no ensino, em especial ao coordenador, Professor Doutor Marcos Pascoal Pattussi, por acreditar na minha capacidade.*

*Agradeço o apoio da aluna de psicologia e, acima de tudo, amiga muito querida, Mikaela Basso, pela ajuda nas transcrições das entrevistas e por estar sempre presente e disponível.*

*Agradeço aos colegas do mestrado e do grupo de pesquisa, amigos queridos, que fizeram parte de toda essa trajetória.*

## RESUMO

**Introdução:** A Reforma Sanitária Brasileira promoveu a reorganização da assistência à saúde, direcionando a organização para a descentralização dos serviços e colocando a atenção primária como porta de entrada e modelo de reorientação do sistema de saúde brasileiro. Esse movimento influenciou profundamente os processos de trabalho dos profissionais da saúde, suscitando novas demandas e desafios de ordem ética. O enfermeiro vivenciou a ressignificação de seu trabalho e precisou desenvolver competências para lidar com contextos cada vez mais complexos, abordando a saúde também com base em seus determinantes sociais e subjetivos. Nesse sentido, a competência ética pode ajudar o profissional a refletir e desenvolver habilidades para lidar com os desafios da atenção à saúde e contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado. **Objetivos:** Reconhecer o processo de construção da competência ética dos enfermeiros na atenção primária e quais são as possíveis fontes que contribuem para esse processo, de acordo com a percepção e a experiência dos enfermeiros. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada na fenomenologia de cunho interpretativo. A coleta de dados iniciou com um questionário estruturado sobre as competências da enfermagem seguida de uma entrevista qualitativa que abordou a percepção e experiência dos enfermeiros sobre os desafios éticos e a necessária competência para responder a eles. A análise do questionário foi feita através de cálculos estatísticos simples e a análise da entrevista seguiu os passos da hermenêutica. Os instrumentos foram aplicados a 10 enfermeiros de um serviço de saúde comunitária, em Porto Alegre, RS, Brasil. **Resultados:** O processo de construção da competência ética aparece pautado em três eixos principais: os valores, a educação e a experiência. **Discussão:** Os dois primeiros eixos são condições para o terceiro que se destaca, pois permite a construção coletiva da competência ética, capaz de agregar as características individuais de cada profissional, na busca pelo bem comum, que se insere na lógica de organização da atenção primária através do trabalho em equipe e da gestão compartilhada. Os encontros multiprofissionais podem promover a construção da competência ética, principalmente se organizados como momentos de educação permanente, que incorpora o aprender e o refletir criticamente sobre a prática profissional, para desenvolver competências e melhorar o desempenho das atividades. **Conclusão:** Para uma prática de saúde integral, responsável e compartilhada é necessários que os profissionais atuem como equipe na busca dos mesmos objetivos construindo a competência ética de modo coletivo, para um melhor cuidado dos usuários. Para isso, os espaços de educação aparecem como importante meio para promover a construção da competência ética, entretanto, estudos empíricos são necessários para mensurar sua efetividade.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Competência Profissional. Ética. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Brazilian Sanitarian Reform promoted the reorganization of the health assistance, setting the organization in motion to tend away from the centralization of the services, and putting the primary health care as the admission and the model for the reorientation of the Brazilian Health System. This movement influenced deeply the health work processes, raising new demands and ethic challenges. The nurses experiment new patterns in their work, needing to develop competences to deal with a more complex context, because they need to approach health also from social and subjective determinants. In this sense, ethical competence can help the professional to consider and develop skills to deal with the challenges of the health attendance and to contribute with the improvement of the quality of care. **Objective:** To recognize the process of constructing the ethical competence of primary care nurses and which are the possible sources contributing to this process according to their perceptions and experiences. **Methodology:** This is a qualitative research based on interpretative phenomenology. The data collection started with a questionnaire about nursing competences, followed by a qualitative interview about the perceptions and experiences as to ethical challenges and the competences needed to answer to them. The analysis of the questionnaire proceeded by a simple statistical estimate and the interpretation of the qualitative data followed steps of hermeneutics. The methodological instruments were applied to 10 nurses of a communitarian health service in Porto Alegre, RS, Brazil. **Results:** The process of construction of the ethical competence appear linked to three axles: values, education and experience. **Discussion:** The two first axles are condition for the third one, which is most important, since it permits the collective construction of ethical competence, able to add the individual characteristics of every professional in a common good which is necessary to the logics of the primary care organization through team work and sharing management. The multi professional meetings can promote the construction of the ethical competence, mainly if they are organized as time for permanent education, that incorporate the learning and reflecting critically on the professional practice to develop competences and to improve the performance of the activities. **Conclusion:** For the integral, responsible and sharing practice of health, it is necessary that professionals act as a team in the search of the same objectives, constructing collectively the ethical competence for a better care of users. In this sense, it is important to reserve time of the team meeting for the construction of this competence, although empirical studies are needed to measure its effectiveness.

**Keywords:** Primary Health Care. Professional Competence. Ethics. Health Education.

## SUMÁRIO

<b>1 PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>9</b>
<b>2 RELATÓRIO DE CAMPO .....</b>	<b>62</b>
<b>3 ARTIGO .....</b>	<b>120</b>



## **PROJETO DE PESQUISA**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	15
<b>2.1.1 Processo histórico de desenvolvimento da atenção primária .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1.2 História da atenção primária no Brasil .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.3 A identidade da Atenção Primária à Saúde: Conferência de Alma-Ata .....</b>	<b>19</b>
2.1.3.1 Atenção Primária Seletiva .....	21
<b>2.1.4 Atenção Primária à Saúde no Brasil .....</b>	<b>22</b>
2.1.4.1 O Programa de Saúde da Família .....	22
2.2 O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	25
2.3 COMPETÊNCIAS .....	27
<b>2.3.1 Construção conceitual .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.2 Competências Transversais na Enfermagem: a ética e a comunicação .....</b>	<b>29</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>32</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>34</b>
4.1 OBJETIVO GERAL .....	34
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	34
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>35</b>
5.1 DELINEAMENTO .....	35
<b>5.1.1 A triangulação de métodos .....</b>	<b>36</b>
5.2 CONTEXTO DO ESTUDO .....	36
5.3 UNIVERSO EMPÍRICO .....	37
5.4 COLETA DE DADOS .....	38

<b>5.4.1 Questionário</b> .....	<b>38</b>
<b>5.4.2 Entrevista</b> .....	<b>40</b>
<b>5.5 ANÁLISE DE DADOS</b> .....	<b>41</b>
<b>5.5.1 Análise do questionário: escala de Likert</b> .....	<b>41</b>
<b>5.5.2 Análise da entrevista: Hermenêutica-Dialética</b> .....	<b>42</b>
<b>5.5.3 Análise a partir da triangulação</b> .....	<b>43</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	<b>44</b>
<b>7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
<b>8 CRONOGRAMA</b> .....	<b>46</b>
<b>9 ORÇAMENTO</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>48</b>
APÊNDICE A – FICHA DE DOCUMENTAÇÃO .....	52
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO .....	53
APÊNDICE C – ENTREVISTA EPISÓDICA .....	57
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	58
ANEXO I – LISTA DE COMPETÊNCIAS: GRUPO ENFERMEIRAS .....	60
ANEXO II – LISTA DE COMPETÊNCIAS: GRUPO ESPECIALISTAS .....	61

## 1 INTRODUÇÃO

O início do processo de desenvolvimento da atenção primária data de 1920, quando a Grã-Bretanha efetivou a proposta de prestação de assistência à saúde em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. A partir daí, diferentes ideias foram desenvolvidas com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população, principalmente dos grupos mais vulneráveis, com um custo aceitável para o governo. Em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde realiza uma reunião e estabelece como principal meta para os países participantes a obtenção de um nível aceitável de saúde para toda a população no ano 2000. Tal proposta desencadeou uma série de atividades, entre elas, a realização da primeira Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A Conferência de Alma-Ata, realizada no ano de 1978, objetivou promover o conceito de atenção primária; trocar experiências e informações dentro de diferentes sistemas de saúde e serviços; analisar a atual situação de saúde no mundo; definir princípios e meios operacionais para desenvolver esta nova proposta; definir o papel dos governos e instituições nesse processo; e formular recomendações para seu desenvolvimento e implantação. A atenção primária à saúde foi definida como atenção à saúde universal a todos os indivíduos e famílias na comunidade a um custo possível de ser pago pelos diferentes governos, devendo representar o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

No Brasil, o sistema de saúde esteve apoiado por muitos anos na lógica da contribuição previdenciária que entrou em crise na década de 1970, o que culminou no aumento das taxas de pobreza, morbidade e mortalidade. Frente a essa situação, o governo precisava mover esforços para reformar a estrutura da assistência médica e responder às necessidades em saúde da população e a perspectiva de trabalhar com foco voltado para a atenção primária ganhou força (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi um movimento importante, que teve início na década de 1970 e visava um novo paradigma para a questão da saúde, tanto coletiva quanto individual, prevendo um processo instituinte de controle social na área da saúde mediante a participação dos cidadãos na construção de políticas públicas, hierarquização, regionalização e integralidade das ações e serviços, criticando o modelo biomédico-assistencial privatista vigente, defendendo a unificação do sistema de saúde e a valorização do primeiro nível de atenção. Este movimento culminou na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde foi escrito o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que define a saúde como

direito de todos e dever do estado (BRASIL, 2006). A Constituição firma as bases legais para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e assim, para a operacionalização dos projetos de atenção primária (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

O Programa de Saúde da Família foi instituído no país através da Portaria Ministerial nº 692 de dezembro de 1993. No início, o programa foi implementado em pequenos municípios, possuía uma cesta restrita de ações direcionadas à saúde materno-infantil e às populações mais carentes ou de alto risco, com poucas condições de garantir a continuidade da atenção (PAIM et al, 2011). Em 1996 a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS 01/96) transforma o programa em estratégia e amplia a concepção de atenção e integralidade, possibilitando a integração e promovendo a organização das atividades para resolver os problemas de saúde socialmente identificados (BRASIL, 1997).

O papel do(a) enfermeiro(a) na atenção primária vem se transformando ao longo do tempo em sintonia com as transformações políticas e culturais do país. Passou de uma lógica de racionalização do trabalho médico para um processo de assistência integral à saúde das famílias e comunidades. Esse profissional atua nos centros de saúde e nas comunidades, o que o coloca em relação direta com a complexidade das relações humanas diariamente (MATUMOTO et al, 2011). Este processo amplia as atividades deste profissional e faz crescer sua responsabilidade frente às necessidades de saúde da população. Neste sentido, o conceito de competência vem colaborar com esse enfrentamento, já que se define como qualidades que o profissional pode mobilizar em qualquer categoria de emprego, e que podem ser identificadas a partir da sua capacidade de iniciativa, tenacidade, autocontrole e liderança (ZARIFIAN, 2001).

O *International Council of Nurses* traz o termo competência aliado ao conhecimento, à compreensão e ao julgamento, às habilidades cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais, além de uma série de atributos pessoais e atitudes (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2009). A Organização Mundial da Saúde (OMS) diz que as competências incluem conhecimento teórico em enfermagem e saúde pública e o conhecimento adquirido a partir das experiências de trabalho em atenção primária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Dentro desse modelo de competências, podemos identificar competências gerais, que abordam questões referentes ao desempenho de profissionais em diferentes setores ou atividades e competências específicas, que estão relacionadas diretamente ao exercício de ocupações concretas, que demandam características peculiares de trabalho (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2009). Este processo de desenvolvimento

técnico e social, que ocorreu a partir da transformação da realidade de trabalho e projeção da complexidade das relações intersubjetivas do cotidiano do(a) enfermeiro(a) em atenção primária, despertou a busca por competências que transcendessem a lógica instituída de competências profissionais. Neste contexto surge a discussão acerca das competências transversais, ou seja, de características inerentes ao profissional que podem e devem ser mobilizadas em diferentes situações e contextos (REY, 2002). Nesse sentido, busca-se reconhecer a dimensão ética e comunicacional aliada às competências profissionais do enfermeiro, visto que a ética e a comunicação aparecem como princípios que transversalizam todas as dimensões das competências.

A justificativa traz a problematização do enfoque demasiado teórico das competências realizado em trabalhos anteriores e a proposta de realizar uma aproximação teórico-prática entre o cotidiano de trabalho na atenção primária e a operacionalização desses conceitos, ou seja, buscar a interlocução entre as competências e o contexto da realidade de trabalho do(a) enfermeiro(a) na atenção primária (BITENCOURT, 2010).

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA**

#### **2.1.1 Processo histórico de desenvolvimento da Atenção Primária**

A primeira proposta de reorganização dos serviços de saúde para a inclusão do primeiro nível de atenção ocorreu na Grã-Bretanha, em 1920. A iniciativa compreendia a prestação de assistência em três níveis de atenção: os centros de saúde primários para cobertura dos cuidados em atenção primária; os centros de saúde secundários que contavam com médicos especialistas atendendo sob a lógica de consultas; e os hospitais-escola para atenção às doenças mais incomuns e complicadas. Esta formulação divulgada através do documento conhecido como Relatório Dawson foi a base para os conceitos de regionalização e hierarquização da saúde. Apesar destas ideias não terem sido imediatamente implementadas, configuraram como modelo para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; STARFIELD, 2004).

Os Centros de Saúde difundiram-se pelo mundo apenas na década de 60 e tinham configurações diferentes de acordo com o nível de desenvolvimento dos países e suas necessidades em saúde. Nos países em desenvolvimento, a atenção se limitava aos cuidados preventivos, e nos países industrializados, representavam um modelo de atenção ambulatorial que articulava, além dos cuidados preventivos, os serviços clínicos em saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Entretanto, a situação de saúde da população mundial atingia níveis críticos, mais da metade dos indivíduos não tinha acesso a nenhum nível de atenção, e os demais não contavam com uma assistência capaz de responder às suas necessidades em saúde (CUETO, 2004). Questionava-se a eficácia dos modelos verticais de intervenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) no combate às endemias, que eram desenvolvidos através de intervenções seletivas e descontextualizadas, principalmente nos países em desenvolvimento. Além disso, o modelo biomédico de atenção à saúde também recebia críticas pela super especialização dos profissionais e pela falta de articulação com os determinantes sociais do processo saúde-doença (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

O debate se intensificou nos anos 70 com a publicação, pelo Ministério da Saúde canadense, do Relatório Lalonde, que mostrou a importância da prevenção de doenças e da promoção à saúde para o desenvolvimento econômico e social dos países, com base em

estudos epidemiológicos do inglês Thomas McKeown. Outra influência foi a experiência dos missionários cristãos atuantes nos países em desenvolvimento e a popularidade da medicina rural praticada na China. Tais fatos marcaram uma importante transformação no conceito de atenção a saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; CUETO, 2004).

Além disso, o novo contexto político gerado com o fim das ditaduras em Portugal e na Espanha e a libertação das colônias africanas trouxe novos propósitos de desenvolvimento, que propunham mudanças socioeconômicas ao invés de intervenções técnicas específicas. A partir destas transformações a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou a resolução para o estabelecimento de uma Nova Ordem Econômica Mundial para levantar a economia dos países menos desenvolvidos. Com isso, ocorreu o aumento de projetos relacionados com serviços básicos de saúde (CUETO, 2004; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Em 1973 a OMS publicou o *Estudo Organizacional de Métodos para Promover o Desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde*, documento que foi a base para a redefinição da colaboração entre a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Juntas, OMS e UNICEF publicaram, em 1975, um relatório intitulado *Abordagens Alternativas para Satisfação das Necessidades Básicas de Saúde nos Países em Desenvolvimento*, que mostrou que as principais causas de morbidade nestes países eram a desnutrição, a diarreia e as doenças respiratórias, resultado de sua situação de pobreza. Neste mesmo ano a Assembléia Mundial da Saúde reforçou essa tendência e declarou a construção de Programas Nacionais de Atenção Primária como matéria de prioridade urgente (CUETO, 2004).

Em 1977 a Assembléia Mundial de Saúde realizava sua trigésima reunião estabelecendo que a principal meta social para os governos participantes deveria ser a obtenção de um nível aceitável de saúde para todos os cidadãos no ano 2000, visto que a saúde passou a ser considerada como um importante determinante para o desenvolvimento econômico e social dos países. Esse princípio desencadeou uma série de atividades que tiveram grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária, entre eles a proposta de realização da Primeira Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde (STARFIELD, 2004).

### **2.1.2 História da Atenção Primária no Brasil**

Seguindo uma linha histórica, os primeiros antecedentes da atenção primária podem ser identificados, no Brasil, a partir de 1930 quando aconteceu a estatização da saúde pública e teve início a prática da prevenção de doenças através das campanhas sanitárias e dos



serviços de profilaxia rural. A atenção à saúde, nesta época, era curativa e individual e se realizava através do atendimento por especialidades médicas, financiado pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). Em 1940 uma reforma no Ministério da Educação e da Saúde Pública culminou com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) para unidades primárias de saúde. Com caráter mais abrangente e articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, o modelo SESP ressaltou a importância da articulação entre os diferentes níveis de assistência para favorecer a saúde como elemento central do desenvolvimento regional (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, acelerou o crescimento da prática privada e empresarial da medicina. O modelo se caracterizava por compreender uma multiplicidade de instituições e organizações de saúde prestando atendimento para uma clientela restrita, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção ou recebendo assistência de baixa qualidade (PAIM, 2009). No início da década de 1970 a crise econômica se aprofundou e os recursos financeiros da previdência já não davam conta da demanda. Houve então, um aumento da situação de pobreza nas áreas urbanas e rurais e elevação das taxas de morbidade e mortalidade. Neste cenário emergem os primeiros projetos de reforma na estrutura da assistência médica e os primeiros debates nacionais para a atenção primária à saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Cabe ressaltar que no Brasil o termo “Atenção Primária à Saúde” foi substituído por “Atenção Básica à Saúde”, o que aconteceu devido ao contexto internacional, já que as grandes agências financiadoras deste novo modelo – Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial – davam forte ênfase a programas de atenção primária seletivos e focalizados, que se apresentavam contrários aos princípios de universalidade e integralidade que norteavam o desenvolvimento do novo sistema de saúde brasileiro (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, grifo nosso). No entanto, segundo Gil (2006) os termos atenção básica e atenção primária, são hoje utilizados por muitos autores como sinônimos na perspectiva de unidades locais ou de níveis de assistência à saúde.

Para fazer frente às falhas oriundas do modelo de assistência previdenciário e com o objetivo de democratizar a saúde no Brasil, foi organizado, no final da década de 1970, um movimento social composto por representantes da população, professores, pesquisadores e profissionais de saúde, denominado de Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (PAIM, 2009). O presente movimento trabalhou na busca por um novo paradigma para a questão da saúde, tanto coletiva quanto individual, prevendo um processo instituinte de controle social na área da saúde mediante a participação dos cidadãos na construção de

políticas públicas, hierarquização, regionalização e integralidade das ações e serviços, criticando o modelo biomédico-assistencial privatista vigente, defendendo a unificação do sistema de saúde e a valorização do primeiro nível de atenção (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; BRASIL, 2006).

A primeira iniciativa de adesão à proposta da atenção primária ocorreu em 1976, através do Decreto-Presidential nº 78.307, que criou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cujo objetivo era a ampliação dos serviços de saúde de primeiro nível nas cidades de pequeno porte. A partir dos resultados positivos gerados pelo Piass, o Ministério da Saúde e da assistência médica previdenciária propõe, em 1980, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), que visava estender os benefícios alcançados com o Piass também aos grandes centros urbanos e minimizar a crise previdenciária (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

O debate dentro do setor saúde crescia cada vez mais e, em 1982, a criação do Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) consegue romper a lógica centralizadora e propor uma racionalização da atenção médica. Surge uma nova proposta de organização para os serviços básicos nos municípios, baseadas no convênio entre as três esferas de governo através do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS estimularam a união das instituições de atenção à saúde e propiciaram uma importante ampliação na cobertura de serviços básicos para a população, através da criação de unidades municipais de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

No contexto político, o ano de 1985 marca o fim da ditadura militar e a eleição de um governo civil, período que ficou conhecido como Nova República. Este novo governo depara-se, no âmbito da saúde, com um movimento sanitário mobilizado e bem articulado que propunha um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial (BRASIL, 2006). Tais fatos levaram à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, onde foram discutidas questões centrais no processo de descentralização da assistência e da implantação de um novo sistema de saúde (BRASIL, 1997).

Uma das repercussões mais importantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a redação do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que define a saúde como um:

direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006, p. 33).

A Constituição de 1988 firmou as bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos princípios de universalidade, descentralização, integralidade,

resolutividade, humanização e participação social. Sua complementação veio através da aprovação das Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90, que dispõe sobre as condições necessárias à promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a) e da lei nº 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e seu financiamento (BRASIL, 1990b). Estava formado o novo aparato institucional da gestão das políticas de saúde no Brasil (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Neste processo, a assistência em atenção primária sai da lógica campanhista-sanitária e firma as bases para o desenvolvimento de práticas e ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde dos indivíduos de forma ampla e integral, com atuação de equipes multiprofissionais. A criação e implementação do SUS e seus princípios permitiram o desenvolvimento da atenção primária à saúde no Brasil (PAIM, 2009).

### **2.1.3 A identidade da Atenção Primária à Saúde: Conferência de Alma-Ata**

Organizada pela OMS e UNICEF a Primeira Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde aconteceu na cidade de Alma-Ata, no ano de 1978. O documento Declaração de Alma-Ata foi aprovado e ratificado em 1979 pela Assembléia Geral da OMS (STARFIELD, 2004; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Os objetivos da Conferência de Alma-Ata foram promover o conceito de atenção primária; trocar experiências e informações dentro de diferentes sistemas de saúde e serviços; analisar a atual situação de saúde no mundo e sua relação com a atenção primária; definir princípios e meios operacionais para desenvolver esta nova proposta; definir o papel dos governos e instituições nesse processo; e formular recomendações para seu desenvolvimento e implantação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

A Conferência contemplou o questionamento sobre os modelos de saúde vigentes, o uso de tecnologias apropriadas, os programas verticais de combate às endemias nos países em desenvolvimento e o modelo médico hegemônico, cada vez mais especializado e intervencionista. Os argumentos para a proposta de transformação do modelo de atenção à saúde, traziam a constatação de que intervenções verticais não levam em conta o contexto da população e acabam por não responder às suas necessidades em saúde, sendo então preciso avançar para uma alternativa de atenção mais abrangente e de baixo custo, dentre elas, a atenção primária à saúde. Também afirmou a responsabilidade dos governos sobre a saúde da população considerada como direito humano fundamental e importante meta

social, destacando a participação da comunidade e de outros setores sociais e econômicos além do setor saúde na implementação e manutenção da atenção primária (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Assim, a Atenção Primária à Saúde foi definida como:

atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p. 3, tradução nossa).

Em outras palavras, a atenção primária é a atenção à saúde considerada essencial, construída a partir de tecnologias custo-efetivas apropriadas para cada contexto populacional, caracterizada como primeiro contato com o sistema de saúde, parte integrante do processo de assistência sanitária, cujo acesso deve ser garantido a toda população (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Seus componentes fundamentais são a educação em saúde, o saneamento básico, a saúde materno-infantil, as imunizações, o planejamento familiar, a prevenção de endemias, o tratamento para doenças e lesões comuns, os medicamentos, a promoção da boa nutrição e a medicina tradicional (STARFIELD, 2004).

São atributos da atenção primária: constituir-se como serviço de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde permanecendo acessível a toda a população; assumir a responsabilidade longitudinal pelo paciente através da continuidade da relação profissional-paciente ao longo do tempo; reconhecer a integralidade do paciente, suas necessidades biopsicossociais, com a oferta de serviços preventivos e curativos; garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços; prestar assistência orientada para a família e para a comunidade (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Em países industrializados, onde os sistemas de saúde eram baseados em tecnologias, especialização e na supremacia dos hospitais, o conceito de atenção primária não foi facilmente compreendido. A atenção à saúde voltada exclusivamente para a doença precisava ser revista e as necessidades da população mensuradas. Alguns países conseguiram reorganizar seus serviços de saúde a favor da Atenção Primária, como é o caso de Cuba e seus médicos de família, que residiam no mesmo povoado onde trabalhavam (STARFIELD, 2004).

Em nova reunião, no ano de 1979, a Assembléia Mundial de Saúde reforçou a declaração de Alma-Ata afirmando que a atenção primária era a chave para o alcance de um nível aceitável de saúde para toda a população. Contudo, seu conceito era considerado demasiado amplo e foi criticado por agências internacionais. Por isso, um ano após a Conferência de Alma-Ata uma reunião realizada na Itália discutiu uma nova interpretação acerca do conceito de atenção primária, chegando-se à proposta da Atenção Primária seletiva, voltada para o tratamento das doenças mais prevalentes, pretendia focar as ações e reduzir os custos (CUETO 2004; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

### 2.1.3.1 Atenção Primária Seletiva

A pequena conferência intitulada *População e Saúde em Desenvolvimento*, patrocinada pela Fundação Rockefeller em 1979, tinha por objetivo examinar o status de saúde das populações e suas inter-relações com os programas de assistência, estabelecendo novas estratégias de saúde mais custo-efetivas. Apesar da conferência não criticar abertamente a Declaração de Alma-Ata, acabou estabelecendo uma nova estratégia provisória para o desenvolvimento dos serviços básicos de saúde. A Atenção Primária Seletiva, como ficou conhecida, compreendia um pacote de intervenções técnicas de baixo custo para combater os principais problemas de saúde dos países mais pobres (CUETO, 2004).

Quatro intervenções consideradas objetivas, fáceis de monitorar e com alvos claros e mensuráveis, conhecidas como GOBI – por suas iniciais em inglês – passaram a ser difundidas, quais sejam, acompanhamento do crescimento, técnica de reidratação oral, aleitamento materno e imunização. Ainda que a efetividade de tais intervenções fosse reconhecida, elas foram consideradas ações seletivas e focalizadas, que tratavam apenas de questões pontuais e acabavam desconsiderando a importância das mudanças socioeconômicas e a garantia de atenção às necessidades básicas que pudessem melhorar realmente a situação de saúde da população. Mesmo assim, tal estratégia foi adotada por muitas agências internacionais como o Banco Mundial, por exemplo. A discussão sobre saúde se expandiu e vários movimentos sociais passaram a questionar a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos no processo de redução das desigualdades (CUETO, 2004; e GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Em 1980, James Grant, um economista também formado em direito, foi apontado como novo diretor executivo da UNICEF. Filho de um médico da Fundação Rockefeller que trabalhava na China, Grant retomou a abordagem holística da Atenção Primária à Saúde

proposta em Alma-Ata. O debate entre os diferentes tipos de intervenções tornou-se inevitável (CUETO, 2004).

Os apoiadores da atenção primária abrangente acusaram a atenção primária seletiva de trabalhar sob uma ótica redutora e tecnocêntrica, que acabava por desviar a atenção do desenvolvimento social e de saúde, não levando em conta os determinantes sociais das doenças e atuando através de programas verticais. O debate entre os dois tipos de abordagem incluía três questões fundamentais, quais sejam, o significado de Atenção Primária, seu financiamento e sua implementação. As agências internacionais estavam interessadas em programas de curta duração com objetivos claros e alcançáveis. Além disso, o contexto político criado a partir dos regimes neoliberais nos países industrializados e a inflação, a recessão e as políticas de ajuste econômico nos países em desenvolvimento ocasionaram drásticas restrições nos recursos para a saúde (CUETO, 2004).

Recentemente, a atenção primária tem sofrido um movimento de renovação patrocinado por agências internacionais de saúde – OMS e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Assim, em 2005, a OPAS publicou um documento intitulado *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas* como forma de fortalecer a Atenção Primária em Saúde e promover a necessidade de se alcançar uma atenção universal e abrangente, através de uma abordagem mais horizontal que desenvolva os sistemas de saúde para o cuidado com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, além da participação social e do apoio dos governos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

## **2.1.4 Atenção Primária à Saúde no Brasil**

### **2.1.4.1 O Programa de Saúde da Família**

A criação do SUS permitiria o desenvolvimento de ações em saúde que iriam de encontro à concepção de atenção primária abrangente formulada na Conferência de Alma-Ata em 1978. A operacionalização deste processo se deu através de diferentes iniciativas e programas governamentais, mas apesar dos princípios do SUS, em especial a universalidade e a integralidade, estarem diretamente relacionados à essa definição de atenção primária, o Ministério da Saúde cria, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se caracterizava como um programa de atenção primária seletiva, justificado pela atuação de leigos sem formação prévia na área de saúde e elenco restrito de ações (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Criado em caráter emergencial, o objetivo inicial do PACS era atender

à demanda de combate e controle da epidemia de cólera e outras diarreias nas regiões onde não havia condições de interiorização da assistência médica. Mas, como tais regiões não contavam com uma cobertura médico-sanitária, os agentes comunitários acabaram sendo capacitados para outras atribuições e foram institucionalizados. O perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi traçado e suas atribuições foram definidas. Após algum tempo, a necessidade de articulação do PACS com os demais níveis de atenção para garantia da efetividade de suas ações tornou-se clara (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A necessidade de ampliação do escopo da assistência em nível primário era evidente, e então, o Ministério da Saúde cria através da Portaria Ministerial nº 692, de dezembro de 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de expandir a atenção primária e reformular o modelo assistencial de saúde do país (PAIM et al, 2011).

No início, o programa foi implementado em pequenos municípios, possuía um leque restrito de ações, direcionadas à saúde materno-infantil e às populações mais carentes ou de alto risco, com poucas condições de garantir a continuidade da atenção (PAIM et al, 2011). Entretanto, seu objetivo não era caracterizar-se como um programa vertical e paralelo às atividades dos demais serviços de saúde (BRASIL, 1997), e, por isso, em 1996 a Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/96) transforma o programa em Estratégia (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Com uma concepção ampliada de atenção e integralidade, a estratégia possibilita a integração e promove a organização das atividades para resolver os problemas de saúde socialmente identificados (BRASIL, 1997).

As equipes de saúde da família são formadas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar em enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde e, a partir de 2004, também fazem parte desta, profissionais de saúde bucal. Essas equipes trabalham em áreas geográficas definidas e com populações adscritas, sendo, cada equipe, responsável por 600 a 1.000 famílias. A estratégia pretende representar o primeiro ponto de contato do usuário com o sistema de saúde, coordenando a atenção e integrando a assistência de cuidados primários com os demais níveis de atenção (PAIM et al, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se expandido grandemente, o percentual de famílias cadastradas no Brasil aumentou mais de nove vezes entre os anos de 1998 e 2011, passando de 791.005 para 7.505.169 famílias cadastradas. Aumento significativo também registrado em Porto Alegre, onde o número de famílias cadastradas quase triplicou, passando de 21.934 famílias cadastradas em 1998 para 61.257 em 2011 (DATASUS, 2011).

Os investimentos em atenção primária trouxeram alguns resultados positivos, como a redução da mortalidade infantil pós-neonatal, atribuível à redução no número de mortes por

doença infecciosa e parasitária (9,1% em 1999 para 5,3% em 2009) e por doenças respiratórias (7,2% em 1999 para 5,4% em 2008) (IBGE, 2010); o aumento do número de brasileiros que citam a atenção primária como seu serviço de saúde de referência, aumentando de 42% em 1998 para 57% em 2009; e a diminuição da proporção de pessoas que descrevem os ambulatórios hospitalares como sua fonte habitual de cuidados, percentual que passou de 21% em 1998 para 12% em 2008 (PAIM et al, 2011).

A implantação do ESF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política brasileira, mas algumas dificuldades em seu processo de implementação como a alta rotatividade de profissionais, a falta de integração entre equipes de saúde da família e as Unidades Básicas de Saúde localizadas na mesma região, o investimento insuficiente na integração da atenção primária com outros níveis assistenciais, a dificuldade no serviço de referência e contrarreferência e a capacidade administrativa municipal, por vezes, insuficiente podem prejudicar seus objetivos (PAIM et al, 2011).

Para fazer frente aos problemas no processo de implementação e desenvolvimento da atenção primária no Brasil e visando melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, o governo lançou em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica e, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tais equipes visam se associar ao trabalho da Estratégia de Saúde da Família para expandir a cobertura da atenção primária e apoiar o funcionamento das redes de referência e contrarreferência regionais (PAIM et al, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica foi instituída através da Portaria Ministerial nº 648/GM no ano de 2006. Seu objetivo principal é desenvolver práticas de atenção primária à saúde abrangente com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Reforça as unidades de saúde da família como ponto de contato preferencial e porta de entrada do usuário no sistema de saúde, garantindo a integralidade da atenção. Tal política reconhece e enaltece a Saúde da Família como modelo de reorganização da atenção primária (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Os NASF foram criados pelo Ministério da saúde através da portaria ministerial nº 154/GM de janeiro de 2008. Sua principal finalidade é apoiar as equipes de saúde da família na efetivação da rede de serviços e ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações em atenção primária. Nesse contexto de trabalho, o NASF procura qualificar e complementar o trabalho das equipes de saúde, visando desfragmentar a lógica de trabalho e buscando a construção de redes de atenção, garantindo a plena integralidade do cuidado. É formado por uma equipe multiprofissional e se apresenta como ‘retaguarda’ das equipes, incentivando a co-responsabilização e a lógica integrada do cuidado (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).



## 2.2 O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cada país, de acordo com sua cultura e possibilidades, trabalha com a atenção primária de diferentes formas. Nos Estados Unidos e no Reino Unido, por exemplo, a atenção primária não se organiza a partir do trabalho de equipes multidisciplinares, como acontece no Brasil. O próprio termo ‘atenção primária’ não é amplamente aceito pela profissão médica, a qual usa os termos *medicina de família*, *medicina geral* e *pediatria geral* para refletir os conceitos que são incorporados na definição mais ampla de atenção primária (STARFIELD, 2004).

Quase todos os atendimentos prestados pelos médicos de família são realizados em consultório, sendo que apenas uma pequena parcela ocorre em departamentos de pacientes não internados ou no domicílio. Entretanto, poucos médicos trabalham sozinhos, a maioria tem pelo menos outro profissional associado, que não seja médico, para interagir com o paciente no consultório. O enfermeiro entra nesta lógica de atenção primária exercendo um papel não significativo, muitas vezes apenas auxiliar ao trabalho do médico (STARFIELD, 2004).

No Brasil, o papel da enfermeira na atenção primária vem se transformando ao longo do tempo em sintonia com as transformações políticas e culturais do país. Na década de 70, quando a atenção à saúde se estruturava a partir dos planos de previdência social e o trabalho em atenção primária ocorria nos centros de saúde, cabia a essas profissionais desenvolver ações preferencialmente gerenciais, de supervisão, treinamento, controle e coordenação de pessoal. Já nas décadas de 80 e 90, com a expansão da oferta de serviços para a população e a proposta de articulação da atenção médica individual com as ações de saúde coletiva, a enfermeira atuava basicamente na organização e manutenção da infra-estrutura do serviço, organização do trabalho da enfermagem e em algumas ações de saúde coletiva, como a vigilância epidemiológica e a vacinação (MATUMOTO et al, 2011).

Com o processo de implantação do SUS, muitas mudanças ocorreram, tanto na estrutura dos serviços, quanto no modo de organização do trabalho. Tais transformações formaram a base para o contexto de ressignificação do trabalho do enfermeiro na atenção primária. Direcionado pelos princípios do novo sistema, o trabalho de enfermagem tem a função de prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família e comunidade, desempenhando atividades para promoção, manutenção e recuperação da saúde de forma integral e resolutiva, centrada no usuário, considerando sua singularidade e respeitando sua autonomia. Para a enfermagem, a reestruturação do modelo assistencial, que ocorreu através

da implementação da Estratégia de Saúde da Família, possibilitou a reorientação de suas práticas, voltadas agora para as necessidades de saúde do usuário e não mais para a racionalização do trabalho do médico (MATUMOTO et al, 2011).

Ao desempenhar seu papel social e cuidador dentro da comunidade, este profissional vive as tensões próprias da produção de atos de saúde baseados nas relações intercessoras entre o usuário, sua família e a realidade em que vivem. É neste cenário que se evidencia a complexidade do trabalho da enfermeira em atenção primária, pois ela precisa ser capaz de articular diversos núcleos de saberes e responsabilidades para lidar com as incertezas intrínsecas deste trabalho (MATUMOTO et al, 2011).

O trabalho da enfermeira dentro da ESF segue os objetivos de atuar como porta de entrada do usuário no sistema de saúde; responsabilizar-se pelo atendimento e acompanhamento da família e comunidade através de ações integrais que compreendam suas dimensões biopsicossociais; promover a saúde; prevenir a doença; interligar o usuário com as demais instâncias do sistema; e realizar um trabalho orientado à realidade da família e da comunidade respondendo às demandas por eles estabelecidas (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Em vista disso, as ações efetuadas sob este espaço representam desafios aos diversos profissionais da equipe, pois rompem os muros da Unidade de Saúde e enraízam-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, 1997).

O trabalho em atenção primária transcende a porta do consultório e se depara com o sujeito em sua singularidade, integralidade e inserção social, e traz à tona a alta complexidade necessária para atuar nesse meio, que não se utiliza de tecnologia material, mas requer alta capacidade de trabalho com a densidade das relações intersubjetivas (ZOBOLI, 2009). As situações vivenciadas na atenção primária não exprimem a dramaticidade das situações hospitalares, que se confrontam com os limites da vida, muitas vezes em situações de extrema urgência, onde as decisões precisam ser tomadas rapidamente e a autonomia do sujeito está bastante diminuída (ZOBOLI e FORTES, 2004). Por apresentarem caráter mais eletivo e atenderem a demandas que não caracterizam situações de urgência, as ações em atenção primária são muitas vezes taxadas de assistência “pobre para os pobres” (BRASIL, 1997, p.9). Entretanto, tais práticas requerem alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997).

Ser capaz de prestar assistência de forma integral, levando em conta, além da dimensão biológica, as dimensões psicológica e social, se apresenta como um desafio diário para estes profissionais. Não basta apenas obter o êxito técnico constituído a partir dos saberes

instrumentais, é preciso alcançar o sucesso prático, do qual fazem parte as relações e os valores (AYRES, 2007).

Dentro das diretrizes da ESF, o profissional enfermeiro tem como atribuições: assistência à saúde; ações de vigilância epidemiológica e sanitária; promoção da qualidade de vida e do meio ambiente; abordagem dos aspectos de educação sanitária; participação no planejamento de ações e organização dos processos de trabalho da unidade de saúde (BRASIL, 1997). O enfermeiro desempenha, portanto, papel central no planejamento e execução das diversas atividades que compõe o dia-a-dia do trabalho em atenção primária, participando de todas as etapas deste processo e assumindo grandes responsabilidades.

A atuação do enfermeiro vai além do plano restrito e operatório que contempla a execução correta e precisa de tarefas protocoladas, e atinge um plano reflexivo, quando se depara com a complexidade dos processos e é necessário compreendê-los e dominá-los para obter o sucesso esperado (WITT, 2005). É neste contexto que surge a reflexão sobre as competências do enfermeiro em atenção primária, pois fica claro que para poder atuar na resolução de problemas complexos este profissional precisa ser capaz de mobilizar e articular saberes e valores e integrar conhecimentos, construindo o processo de saber agir que confere os resultados à ação (LE BOTERF, 2007).

## 2.3 COMPETÊNCIAS

### 2.3.1 Construção Conceitual

O mundo do trabalho tem presenciado importantes transformações estruturais nas últimas duas décadas. O modelo capitalista organizado sob a lógica taylorista/fordista de produção entra em crise no início da década de 1970 e cede espaço para formas produtivas mais flexibilizadas. Neste processo de transformação social, o trabalho não-qualificado, fragmentado e repetitivo, rotineiro e prescritivo, é substituído pelo trabalho em equipe, polivalente, integrado, com mais flexibilidade e autonomia (DELUIZ, 2001).

Essa nova forma de organizar os processos de trabalho fez com que o profissional se deparasse com situações complexas, onde os procedimentos para a solução de problemas envolvem diversos saberes que não estão escritos em manuais ou protocolos. A partir destas mudanças estruturais, passaram a ser exigidas dos profissionais capacidades de diagnóstico e de solução de problemas, aptidão para tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constante mudança e intervir no processo de trabalho para melhoria da qualidade

de produtos e serviços. É neste contexto que surgem as primeiras referências ao modelo de competências (DELUIZ, 2001).

O que diferencia a competência de um trabalho taylorizado é que ela expressa uma autonomia de ação do indivíduo em sua equipe de trabalho, que se relaciona na virtude de suas iniciativas. Essa relação pode se manifestar em termos de reatividade às demandas, de sensibilidade ao surgimento de novas necessidades, na melhoria da qualidade do serviço prestado, etc (ZARIFIAN, 2001).

Bitencourt (2010) realiza uma revisão sobre o conceito de competência proposto por diferentes autores e conclui, que o assunto é abrangente e complexo, não possuindo uma única definição, mas sim co-existindo múltiplos conceitos em função das diferentes óticas sobre as quais o tema vem sendo analisado ao longo dos últimos anos.

Segundo Zarifian (2001), competências demonstram qualidades que o profissional pode mobilizar em qualquer categoria de emprego, podem ser identificadas a partir da capacidade de iniciativa, tenacidade, autocontrole e liderança, e caracterizam o chamado saber-ser dos profissionais. As competências podem ser observadas quando algum evento ocorre na organização de maneira imprevista, inesperada, deturpando o desenrolar da rotina de trabalho e os profissionais mobilizam seus conhecimentos, valores e atributos pessoais para solução do problema.

Para Perrenoud (1999), competência é a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. É saber articular tais conhecimentos quando não basta apenas abrir a página de um livro para encontrar a solução. Competência, para este autor:

não se trata de expor tudo quanto se poderia ter feito, ponderado e lembrando, metodicamente, conhecimentos esquecidos e consultando obras de peso, mas sim de decidir nas condições efetivas da ação, às vezes, com informações incompletas, urgência ou estresse, levando-se em consideração parceiros pouco cooperativos, condições pouco favoráveis e incertezas de todos os tipos (p.54).

Para Zarifian (2001), a definição de competência inclui a tomada de iniciativa e de responsabilidade do indivíduo, a inteligência prática das situações e a faculdade de mobilizar redes de profissionais em torno das situações atuando num processo de co-responsabilidade e partilha de interesses. É desenvolver uma atitude de reflexão ante sua própria atividade profissional.

A competência, fundamentada sobre a valorização da implicação subjetiva do trabalhador no conhecimento, desloca a atenção para a atitude, o comportamento e os saberes

tácitos, fazendo emergir a ideia do saber-fazer proveniente da experiência e dos registros provenientes da história de cada sujeito, ao lado dos saberes teóricos tradicionais (RAMOS, 2002).

Para o *International Council of Nurses*, o termo competência refere-se à efetiva aplicação na prática profissional de uma combinação que envolve conhecimento, habilidade e julgamento. Especificamente no que se refere ao trabalho da enfermeira, as competências representam o conhecimento, a compreensão e o julgamento, as habilidades cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais, além de uma série de atributos pessoais e atitudes (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2009).

A Organização Mundial da Saúde divide as competências necessárias para as enfermeiras atuantes nos serviços de saúde comunitária em competências essenciais e competências complementares, que requerem conhecimentos e habilidades específicos. As competências incluem conhecimento teórico em enfermagem e saúde pública e o conhecimento adquirido a partir das experiências de trabalho em atenção primária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Assim, a noção de competência utilizada neste trabalho é um conceito amplo, que não se limita aos saberes teóricos ou técnicos, mas diz respeito à capacidade de ação reflexiva do profissional frente a situações novas e complexas presentes no processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) em atenção primária.

### **2.3.2 Competências Transversais na Enfermagem: a ética e a comunicação**

A complexidade inerente ao trabalho do(a) enfermeiro(a) em atenção primária traz para reflexão a proposta descrita por Rey (2002). O autor argumenta que o processo de evolução técnica e social vivido pela sociedade depois do Taylorismo, exigiu a busca por características e habilidades que transcendessem a especialização técnica do trabalho. Nessa procura, surge o conceito de competências transversais, ou seja, de características inerentes ao profissional que podem e devem ser mobilizadas em diferentes contextos e situações colaborando para o andamento do processo de trabalho e para a solução de problemas diversos.

Dentro do modelo de competências, podemos identificar competências gerais, que abordam questões referentes ao desempenho de profissionais em diferentes setores ou atividades e competências específicas, que estão relacionadas diretamente ao exercício de

ocupações concretas, que demandam características peculiares de trabalho (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2009).

A partir do enfrentamento entre o conceito de competência e o trabalho do(a) enfermeiro(a) em atenção primária, podemos destacar duas competências transversais, que aparecem como norteadoras dos processos de trabalho e estruturantes da relação profissional, sobre as quais, este trabalho irá dispor: as competências comunicacionais e as competências éticas.

O processo comunicacional é relativamente novo no mundo do trabalho e surge juntamente com a ascensão do modelo de competências. Na era do taylorismo, a comunicação não era vista como parte dos processos de trabalho, pelo contrário, e se apresentava contra a eficácia produtiva. Na realidade dos processos mecânicos e repetitivos, comunicar-se era sinônimo de conversar e aquele que fala não trabalha (LE BOTERF, 2007). Quando o modelo de competências passa a nortear os processos de trabalho, a comunicação surge como característica indispensável na arte de mobilizar saberes e valores para a resolução de problemas.

Essa percepção de que a comunicação tornava-se um componente essencial do trabalho derivou-se da constatação de que a qualidade das interações era fundamental para o desempenho das organizações, principalmente daquelas que contavam com o trabalho em equipe como peça chave do processo de trabalho. Comunicar-se é construir um entendimento recíproco baseado no compromisso entre os sujeitos que serão a garantia do sucesso das ações desenvolvidas em conjunto. Onde o taylorismo isolava e dividia, a comunicação aproxima e compartilha (ZARIFIAN, 2001).

O destaque para a questão comunicacional se relaciona diretamente às características do trabalho em atenção primária, onde o contato contínuo e direto é essencial para o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o profissional e a família. Para alcançar os objetivos propostos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e exercidos através da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os profissionais precisam ser capazes de captar os motivos de preocupação dos indivíduos, considerar as necessidades psicossociais e envolver os pacientes nas decisões sobre sua própria saúde, o que só se torna possível através da competência em comunicar-se (ADELL, ECHEVARRIA e BENTZ, 2009).

Além da importância da comunicação na relação profissional-paciente, esta ainda se faz presente de forma fundamental, no processo de articulação de saberes que envolve o cotidiano do trabalho em equipe, com vistas à multidisciplinaridade (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010). Para ser competente o profissional precisa saber mobilizar e aproximar

seus recursos individuais dos recursos de sua equipe, processo onde a capacidade de comunicação desempenha papel central (LE BOTERF, 2007). Os problemas a resolver são complexos e interdependentes, ultrapassando as competências e capacidades de ação de um único indivíduo, e porque sua origem é uma demanda humana, é preciso entender, interpretar e se comunicar em uma rede de trabalho, visando sua solução (ZARIFIAN, 2001).

Comunicar é, então, ser capaz de compreender o outro. A comunicação supõe um entendimento recíproco, e, para isso, é preciso que os diferentes profissionais compartilhem dos mesmos objetivos (ZARIFIAN, 2001). Esta é a proposta da Estratégia de Saúde da Família e, por isso, a comunicação se apresenta como uma competência fundamental para o sucesso do trabalho em equipe.

A ética deve ser o eixo norteador de todo o processo de trabalho em atenção primária. Nela estão pautados todos os princípios que o profissional estabelece entre os atos que realiza em seu trabalho e o sistema de valores que o orienta, que confere sentido às suas ações. Mais do que simplesmente seguir os preceitos estabelecidos pelo Código de Ética Profissional, o sujeito precisa reconhecer-se nesses valores, precisa aderir a eles com conhecimento e convicção pessoais. Esses valores são éticos, no sentido de que regulam os comportamentos concretos dos indivíduos e que estes, ao mesmo tempo, aderem a eles. Não há como determinar os valores que devem regir os membros de uma equipe de trabalho, os próprios profissionais devem chegar a um acordo a respeito dos valores aos quais aderem (ZARIFIAN, 2001).

Na lógica do modelo de competências os valores não são impostos de forma hierárquica, e, somente serão capazes de influenciar longamente uma atividade profissional, se forem ao encontro das expectativas dos trabalhadores e puderem contribuir para o alcance dos objetivos comuns. Os valores éticos profissionais orientam comportamentos profissionais transversais, cooperativos, em redes de trabalho. São requeridos quando a resolução de problemas exige comunicação e entendimento recíproco entre profissionais diferentes (ZARIFIAN, 2001).

### 3 JUSTIFICATIVA

O tema competência não é recente, mas o interesse por estratégias com esse perfil vem crescendo nos últimos anos e ganhando destaque nos meios acadêmicos e profissionais. Um dos motivos possíveis seria a constatação de que a formação e o treinamento tradicional não respondem mais às necessidades da realidade de trabalho atual, que exigem novas atitudes e habilidades que possam fazer frente aos problemas do cotidiano (BITENCOURT, 2010).

Desde que a noção de competência passou a fazer parte do discurso das organizações, muitas empresas ou mesmo instituições governamentais, têm despendido grandes esforços com o objetivo de formar competências a partir do treinamento e educação dos profissionais. Contudo, algumas destas iniciativas vêm provocando um debate sobre sua efetividade, pois concentram esforços na formação de atributos genéricos de competências que não fazem sentido para as pessoas. Pouca atenção tem sido atribuída a abordagens que trabalhem as situações específicas vivenciadas pelo profissional em seu dia-a-dia de trabalho. Assim, os modelos de competência firmados em listas genéricas ou protocolos acabam refletindo mais as competências do pesquisador do que as competências do profissional, pois são desprovidas de contexto (BITENCOURT, 2010).

Algumas pesquisas vêm sendo desenvolvidas no Brasil no sentido de buscar identificar as competências que fazem parte do cotidiano de trabalho do(a) enfermeiro(a) em atenção primária (SILVA e TANAKA, 1999; WITT, 2005), mas estes trabalhos centram-se na reflexão teórica sobre a prática profissional centrada nas competências. A presente pesquisa se diferencia, pois busca realizar essa interlocução entre as competências e o contexto da realidade de trabalho do(a) enfermeiro(a) na atenção primária, ou seja, parte da teoria e busca apreender na prática, como se dá a construção e a operacionalização das principais competências requeridas por estes profissionais para que possam prestar uma assistência integral e contribuir para o desenvolvimento do sistema de saúde.

A atenção primária, organizada sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família, constitui um ambiente singular de prestação do cuidado, pois entende o sujeito como um ser biopsicossocial, dotado de valores, crenças e conhecimentos próprios (BRASIL, 2006). Os profissionais atuantes nesta área, principalmente as enfermeiras, que desenvolvem atividades dentro da unidade de saúde e na comunidade (BRASIL, 1997), são confrontados com situações complexas e incertas e precisam ser capazes de administrar essa complexidade, mobilizando recursos pessoais e da equipe para garantir a qualidade na assistência (LE BOTERF, 2007).



Essas situações complexas envolvem mais do que características objetivas do processo saúde-doença, são situações que dizem respeito às relações, ao vínculo, à família, à cultura, à realidade social dos sujeitos, e, por isso, não podem ser solucionados através de respostas simples. Gracia (2001) trabalha a questão da complexidade afirmando que tais situações devem ser entendidas como desafios, ou seja, problemas que pedem vários cursos de solução, exigindo deliberação e ponderação para alcançar a melhor resposta, processo que demanda constante raciocínio e reavaliação. Por isso, tais problemas não podem ser solucionados através de protocolos pré-estabelecidos, sendo imprescindível que o profissional mobilize conhecimentos e construa competências adequadas para cada situação em particular.

Bitencourt (2010) segue a mesma linha quando diz que as competências não podem ser organizadas em forma de lista e utilizadas para todos os profissionais, mas precisam ser desenvolvidas e trabalhadas dentro de seu contexto de atuação, permitindo o relacionamento entre teoria e prática de acordo com cada realidade de trabalho. Assim, não basta apenas que as competências necessárias para a prática do(a) enfermeiro(a) em atenção primária estejam listadas, é preciso reaproximar constantemente os profissionais do conceito de competência e fazer refletir sobre suas práticas para que o assunto não faça apenas parte de uma lista abstrata de conhecimentos, mas seja elemento efetivo dos processos de trabalho destes profissionais.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

- Reconhecer a dimensão ética e comunicacional das competências gerais e específicas do(a) enfermeiro(a).

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o grau de concordância dos profissionais em relação às diferentes competências do(a) enfermeiro(a) em atenção primária.
- Compreender as relações que se estabelecem entre o trabalho cotidiano na atenção primária e as condições de desenvolvimento das competências éticas e comunicacionais dos(as) enfermeiros(as).
- Analisar a percepção dos(as) enfermeiros(as) sobre a operacionalização prática das competências éticas e comunicacionais.

## 5 METODOLOGIA

Este trabalho está vinculado à pesquisa “Enfermagem Brasileira e Portuguesa na Atenção Primária: saberes, práticas e valores” (2010-2012) fruto de um projeto de cooperação entre a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), a Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICSUCP) e o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (PPGSC - UNISINOS). A proposta de acordo bilateral Brasil/Portugal visa contribuir para a compreensão das vertentes do trabalho do(a) enfermeiro(a) na atenção primária dos dois países, com o intuito de auxiliar no aprimoramento da prática, do ensino e da pesquisa em enfermagem.

Como plano de trabalho, o projeto integra dois subprojetos de pesquisa, quais sejam: Problemas éticos vividos por enfermeiros na atenção primária no Brasil e em Portugal; e Competências dos enfermeiros na atenção primária no Brasil e em Portugal. O presente trabalho se insere no subprojeto II e busca desenvolver um estudo acerca das competências do(a) enfermeiro(a) na atenção primária, considerando a realidade de trabalho brasileira e obtendo resultados que possam ser utilizados para uma posterior comparação com resultados obtidos em Portugal.

### 5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de base exploratória que realizará uma investigação da prática dos(as) enfermeiros(as) na atenção primária. O referencial teórico-metodológico empregado para construção dos dados é baseado na abordagem dialógica de competência que implica na escuta da perspectiva dos(as) enfermeiros(as) em relação às ações que executam na atenção primária. Esses profissionais vão refletir sobre as principais competências presentes em seu contexto de trabalho.

Para Minayo, Assis e Souza (2008), a abordagem qualitativa descende do movimento compreensivista e hermenêutico, e se preocupa com a compreensão interpretativa da ação social, ou seja, de todo comportamento humano com significado subjetivo. Este método de pesquisa atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade e o significado atribuído pelos atores aos ditos fenômenos sociais.

Em uma pesquisa qualitativa trabalha-se com atitudes, crenças, comportamentos e ações, procurando compreender como as pessoas interpretam e conferem sentido às suas experiências. O objetivo deste tipo de investigação é compreender as relações, as visões e o julgamento atribuído pelos diferentes atores às suas experiências, ou seja, busca-se entender a relação dinâmica e inseparável presente entre o mundo real e a subjetividade dos participantes (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2008).

### **5.1.1 A triangulação de métodos**

A triangulação é um conceito oriundo do interacionismo simbólico, que pode se utilizar da combinação e do cruzamento de diferentes pontos de vista, do trabalho conjunto de pesquisadores com diferentes formações ou do emprego de diversas técnicas de coleta de dados para permitir a interação, a crítica intersubjetiva e a comparação de resultados (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2008).

Para melhor compreender o objeto de estudo e, tendo em vista sua complexidade, a pesquisa usará a triangulação de métodos, mais especificamente, a triangulação entre diferentes fontes de dados como base para a coleta e análise dos achados (FLICK, 2009).

A triangulação de dados objetiva oferecer maior consistência para o estudo transpondo possíveis limitações epistemológicas oriundas da utilização de métodos individuais. Busca ampliar o escopo e a profundidade das condutas metodológicas, uma vez que o uso de diferentes métodos na produção de dados pode vir a esclarecer diferentes versões e significados no momento de interpretação (FLICK, 2009; FINE et al, 2008).

A realidade objetiva não pode ser apreendida em sua totalidade, pois sempre existe uma lacuna entre a apreensão da realidade e a própria realidade. A triangulação busca representar uma alternativa à validação dos dados, acrescentando rigor, amplitude e profundidade à investigação. Assim, a utilização desse método reflete uma tentativa de assegurar uma interpretação de profundidade do fenômeno em estudo, contribuindo metodologicamente para iluminar a realidade a partir de diferentes pontos de vista e sob vários ângulos. Essa prática propicia maior clareza teórica e permite aprofundar discussões interdisciplinares, de maneira interativa e intersubjetiva (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2008).

## **5.2 CONTEXTO DO ESTUDO**

A pesquisa será realizada nos Postos de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

A cidade é a capital do estado e conta com uma área de 496,8 Km<sup>2</sup>. Sua população é estimada em 1.409.939 habitantes (IBGE, 2011). A atenção primária do município é organizada a partir de unidades básicas de saúde, onde o processo de trabalho segue a lógica de atendimento à demanda espontânea, sem acompanhamento e cadastro dos usuários; e de unidades de saúde da família, onde equipes estruturadas trabalham na perspectiva da ESF, atendendo à demanda programada e realizando o acompanhamento das famílias cadastradas. O número de famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município é de 74.492 (DATASUS, 2011).

A rede de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é formada por doze postos de saúde, estruturados sob a lógica da ESF, localizados em diversos bairros e vilas da zona norte de Porto Alegre. Constituídos por um total de 39 equipes, são responsáveis pelo acompanhamento de 31.577 famílias, realizando cerca de 42% da cobertura do município. O serviço de Saúde Comunitária do GHC serviu de base para a elaboração, pelo Ministério da Saúde, da Estratégia de Saúde da Família, e continua sendo destaque na prestação de serviços de saúde em atenção primária (GHC, 2011), sendo, por isso, escolhido para realização da pesquisa.

### 5.3 UNIVERSO EMPÍRICO

Serão sujeitos desta pesquisa os(as) enfermeiros(as) atuantes nas Equipes de Saúde da Família dos doze Postos de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

A pesquisadora já possui uma lista com endereço e telefone das unidades de saúde e o nome dos coordenadores dessas unidades, fornecida pela gerência de Saúde Comunitária do GHC. A partir desta lista, cada unidade de saúde será contatada por telefone e, após conversa com o coordenador da unidade para breve explicitação da pesquisa, será agendado um horário para encontrar os(as) enfermeiros(as) da unidade e proceder à realização da pesquisa, mediante sua aceitação em participar.

O projeto será desenvolvido em duas fases: na primeira, todos os(as) enfermeiros(as) dos doze postos de saúde comunitária do GHC serão convidados a preencher uma ficha de documentação (APÊNDICE A) e um questionário (APÊNDICE B), totalizando cerca de 39 profissionais, referentes às 39 equipes de saúde da família que atuam nestes doze postos.

Após a análise deste material, será agendada uma entrevista (APÊNDICE C) com, pelo menos, um(a) enfermeiro(a) de cada unidade de saúde, que melhor se adequar aos critérios de inclusão do presente estudo. A proposta é trabalhar com um universo empírico que englobe entre 12 e 15 participantes. Para tanto, os critérios de seleção utilizados serão: maior tempo de atuação em serviços de atenção primária, maior tempo de trabalho na instituição pesquisada e maior tempo de formação, nesta ordem. Essa escolha se deve ao fato de que a experiência profissional é considerada por muitos autores (LEVY-LEBOYER, 1997; LE BOTERF, 2007) como a principal geradora de competências, pois quanto mais o profissional precisa assumir responsabilidades e enfrentar problemas concretos, maiores serão suas oportunidades de reflexão e construção de competências.

#### 5.4 COLETA DE DADOS

O processo de coleta de dados será realizado em duas etapas, já citadas anteriormente, onde serão utilizados diferentes instrumentos para proporcionar a reflexão dos profissionais acerca das competências presentes em sua prática na atenção primária, configurando a metodologia da triangulação.

##### 5.4.1 Questionário

Segundo Souza et al (2005) os instrumentos utilizados para construção dos dados de um projeto representam a possibilidade de operacionalização dos objetivos, dos indicadores e dos conceitos do estudo e, por isso, são de fundamental importância na dinâmica de uma pesquisa científica. O processo de escolha do melhor método varia de acordo com os objetivos do estudo. Quando se pretende captar a presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo, permitindo medir sua magnitude, recorre-se aos questionários.

O questionário segue uma lógica específica e se caracteriza como um dispositivo normatizado e padronizado, o que garante sua reprodutibilidade. Dentro de uma pesquisa qualitativa apoiada pela metodologia da triangulação, este instrumento representa a possibilidade de complementação e não busca, necessariamente, a significância estatística. O objetivo é utilizar instrumentos que podem se completar, em uma dialética de contrários, e proporcionar o exercício do diálogo teórico-prático (SOUZA et al, 2005).

O questionário contém hipóteses e questões fechadas que visam captar aspectos gerais considerados relevantes para o problema sob investigação. Seu objetivo é iluminar a compreensão do objeto e esclarecer relações e generalizações (MINAYO, 2010).

A qualidade de um questionário pode ser avaliada sob diversos aspectos, entre eles, é considerado mais preciso quanto maior for sua capacidade de representar fielmente a variável que se propõe a mensurar, mais confiável quanto maior for sua capacidade de reproduzir as mesmas respostas em momentos diferentes e tão mais válidos quanto maior for sua sensibilidade e especificidade. São construídos por meio de um número considerável de questões fechadas, prevendo-se respostas categorizadas (SOUZA et al, 2005).

A construção do instrumento é parte integrante do processo e deve ser direcionado para possibilitar a operacionalização dos objetivos da pesquisa. Witt (2005) realizou uma investigação objetivando identificar as competências gerais e específicas presentes no trabalho do(a) enfermeiro(a) na atenção primária. Sua pesquisa, intitulada *Competências da Enfermeira na Atenção Básica: Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública* foi realizada com enfermeiros(as) atuantes nas unidades de atenção primária, nas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e em diversas instituições de ensino do estado do Rio Grande do Sul. Como resultados, a autora obteve uma lista de competências gerais e específicas que foram classificadas em dez áreas de domínio, quais sejam, valores profissionais, comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada à comunidade, promoção da saúde, resolução de problemas, atenção à saúde, educacional e ciências básicas da saúde pública (ANEXO I e II). As competências éticas e comunicacionais, foco deste trabalho, transversalizam as demais competências apresentadas, pois fazem parte do processo de trabalho dos(as) enfermeiros(as) com a equipe de saúde, com os usuários e com o sistema de saúde, e podem, portanto, ser identificadas dentro de vários destes domínios.

As competências obtidas através do trabalho de Witt (2005) serviram de base para a construção do questionário que buscará avaliar o grau de concordância dos sujeitos desta pesquisa em relação à importância das diferentes competências para o trabalho do(a) enfermeiro(a) em atenção primária (APÊNDICE B). O instrumento é composto por perguntas fechadas e as respostas foram codificadas através da Escala de Likert, com valores variando de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito).

A aplicação do questionário será realizada em horário previamente agendado para não acarretar prejuízos ao pesquisador e ao pesquisado. Estima-se que os profissionais levarão cerca de 15 minutos para preenchê-lo completamente. Trata-se de um questionário autopreenchido, porém aplicado na presença do entrevistador. Segundo Souza et al (2005)

esta forma de aplicação acelera o processo de coleta de dados e evita a interferência do pesquisador nos resultados. Além disso, permite que o sujeito peça ajuda ao pesquisador caso tenha alguma dúvida na forma de preenchimento. Após preenchido, o questionário será devolvido à entrevistadora.

#### **5.4.2 Entrevista**

Segundo Minayo (2010), a entrevista é o método de coleta de dados mais utilizado no processo de trabalho de campo. Consiste numa conversa entre duas ou mais pessoas que se destina a construir informações pertinentes com o objeto da pesquisa. As entrevistas podem ser classificadas de diferentes formas, dependendo do tipo de dados que se pretende coletar e da forma utilizada para fazê-lo. O presente estudo fará uso da entrevista episódica.

Na entrevista episódica supõe-se que as experiências do sujeito sobre determinado domínio estejam armazenadas e sejam lembradas, durante a entrevista, nas formas de conhecimento narrativo-episódico e semântico. O conhecimento episódico traz informações que se aproximam mais das experiências, estando relacionadas a situações e circunstâncias concretas, enquanto que o conhecimento semântico traz à tona suposições e relações baseadas nestas experiências. O que se busca é o vínculo sistemático entre as formas de conhecimento que estes dois tipos de dados podem tornar acessíveis (FLICK, 2004).

A entrevista episódica resulta em informações associadas ao contexto, na forma de uma narrativa, agilizando o processo de construção de realidades. Para isso, parte de situações episódico-situativas do conhecimento experimental, dando ênfase em situações ou episódios nos quais o entrevistado tenha tido experiência. A forma de apresentação da situação é escolhida de acordo com os aspectos que se pretende identificar (FLICK, 2004).

Para Flick (2004, p.118) a entrevista episódica “facilita a apresentação de experiências em uma forma geral, comparativa, ao mesmo tempo em que assegura que essas situações e episódios sejam contados em sua especificidade”.

O elemento central desta forma de entrevista é o convite periódico à apresentação de narrativas de situações (FLICK, 2004). O presente trabalho busca aproximar as competências do(a) enfermeiro(a) de seu contexto de trabalho na atenção primária, ou seja, busca compreender como e em quais situações as diferentes competências são efetivamente operacionalizadas pelos profissionais. Para isso, utilizará algumas situações motivadoras do discurso baseadas no trabalho desenvolvido por Zóboli (2003) com as Equipes de Saúde da Família de São Paulo, SP. Neste estudo, a autora buscou identificar os principais problemas e



conflitos presentes no cotidiano de trabalho da atenção primária, situações onde o profissional precisa saber mobilizar seus conhecimentos e habilidades de maneira eficaz, atuando com competência na busca de uma solução.

O roteiro de entrevista é composto de seis situações norteadoras e motivadoras do discurso (APÊNDICE C), quando o profissional será convidado a falar sobre o problema e expor o caminho que seguiria para solucioná-lo, utilizando-se, neste percurso, das diversas competências que regem sua prática profissional. O número de situações abordadas dependerá do desenvolver do processo, se o pesquisador considerar que atingiu seus objetivos com a discussão de apenas um caso, ele já pode partir para a questão final.

A entrevista será agendada por telefone com aqueles profissionais que preencherem os critérios de seleção citados anteriormente. Pedir-se-á que o profissional reserve uma sala ou local de pouco movimento para realização da entrevista e que esteja disponível por, pelo menos, 40 minutos, para responder às questões.

## 5.5 ANÁLISE DE DADOS

### 5.5.1 Análise questionário: escala de Likert

O questionário baseado nas competências identificadas por Witt (2005) é formado por 39 questões referentes às competências gerais e específicas do(a) enfermeiro(a). A cada competência listada foi adicionada uma escala de Likert com escores variando de 1 (discordo muito) até 5 (concordo muito), para obter o grau de concordância em relação à importância da operacionalização prática de cada competência.

A escala de Likert é formada por um conjunto de números, favoráveis e desfavoráveis, relacionados ao objeto de estudo. Os participantes são chamados a responder cada questão no sentido de concordar ou discordar com o enunciado. As respostas de todos os sujeitos são combinadas e assim, os tópicos com maior e menor grau de concordância podem ser identificados (McIVER e CARMINES, 1981).

Este tipo de metodologia tem sido utilizada em muitos trabalhos na área das competências profissionais (SILVA e TANAKA, 1999; WITT, 2005; FERNANDES, MACHADO e ANSCHAU, 2009) e sua escolha se deve à simplicidade no procedimento de construção da escala e análise dos dados (McIVER e CARMINES, 1981).

As questões passarão por uma análise estatística simples, para identificar quais são as competências que os profissionais consideram mais importantes no desenvolvimento do seu

trabalho em atenção primária. Neste processo os escores de cada questão são somados e correlacionados com os totais alcançados (McIVER e CARMINES, 1981), neste trabalho, essa etapa será realizada com o auxílio do programa estatístico SPSS 6.0. Lembrando o que Souza et al (2005) diz sobre o material quantitativo utilizado na metodologia da triangulação, não se pode esquecer que este tipo de dado representa a possibilidade de complementação das diferentes fontes de informação e não busca, necessariamente, a significância estatística.

### **5.5.2 Análise entrevista: Hermenêutica-Dialética**

O método de análise que aproxima a hermenêutica, proposta por Gadamer e a dialética, proposta por Habermas, é descrito por Minayo (2010) como um caminho de possibilidade para uma construção teórico-metodológica de base empírica e documental.

A hermenêutica fundamenta-se na arte da compreensão e o traço essencial do processo de compreender é o fato de que o sentido do peculiar é sempre resultante do contexto. O investigador deve buscar entender o sujeito de pesquisa tentando desvendar o que ficou inconsciente para ele. A hermenêutica busca compreender como as coisas se apresentam e acontecem nos modos subjetivos de viver, seja no espaço individual ou coletivo (MINAYO, 2010).

A dialética está presente na realidade, como forma de articulação das partes num todo e como processo de desenvolvimento destas partes, ou seja, representa a forma como a realidade se desenvolve. Na prática de análise de dados qualitativos essa abordagem colabora para o entendimento de que não existe ponto de vista fora da história, nada é eterno, fixo e absoluto, tudo muda de acordo com o processo de desenvolvimento histórico (MINAYO, 2010).

A proposta de Minayo (2010) é estabelecer uma articulação entre a hermenêutica e a dialética na análise de pesquisas sociais, a autora, diz que uma análise compreensiva ancorada na hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade, pois enquanto a hermenêutica busca essencialmente a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica. O diálogo entre ambas abordagens permite a compreensão da consciência e das atitudes fundamentais dos indivíduos e dos grupos em análise, em face dos valores da comunidade e do universo; a compreensão das transformações do sujeito da ação dialética ser humano/natureza/sociedade, numa busca de síntese entre passado, presente e projeção para o futuro; e a compreensão das ações humanas de todos os tipos nos diferentes lugares e dos acontecimentos ligados a elas.

Os dados resultantes das entrevistas episódicas serão analisados com base na metodologia hermenêutica-dialética buscando compreender de que forma ocorre a construção e a operacionalização das competências no contexto de trabalho de cada enfermeiro(a). Para realizar a análise dos dados, Minayo (2010) sugere uma proposta operativa para operacionalização metodológica. Segundo a autora, primeiro, deve-se ter bem claro o contexto sócio-histórico do grupo a ser estudado, pois essa realidade constitui o marco teórico fundamental para proceder à análise dos dados, visto que os fenômenos sociais sempre são resultados e efeitos da realidade em que acontecem. Segundo, para o momento do encontro dos fatos empíricos com as concepções dos sujeitos acerca do objeto em estudo, é preciso encontrar no diálogo dos pesquisados o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações que demonstram a significação cultural própria do grupo pesquisado.

Para isso, o trabalho de análise segue três fases que iniciam pela ordenação dos dados, com transcrição e organização dos relatos; classificação dos dados, com a leitura horizontal e transversal do texto; e a análise final, com elaboração do relatório de pesquisa (MINAYO, 2010).

### **5.5.3 Análise a partir da triangulação**

O principal objetivo da metodologia da triangulação é estabelecer um diálogo entre as diferentes fontes de dados promovendo uma integração objetiva e subjetiva no processo de pesquisa, contribuindo para a superação de dicotomias e vencendo restrições ancoradas em diferentes abordagens (MINAYO, 2010).

O trabalho final do processo não será, na concepção da triangulação, um somatório de resultados, mas sim uma construção coletiva de pesquisa, em forma de síntese. Nele poderão existir capítulos mais históricos, outros de base estatística, outros que dão mais ênfase à elaboração de significados, mas cada um vem iluminado pela contribuição do outro (MINAYO, 2010).

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O presente projeto será apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e será iniciado somente após sua aprovação.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) será apresentado em duas vias, sendo uma cópia entregue ao sujeito de pesquisa e outra permanecendo em poder do pesquisador. O termo garante aos participantes o anonimato e confidencialidade das informações obtidas, assim como a garantia de desistência da pesquisa, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo. É importante ressaltar ainda, que não há riscos previsíveis para os profissionais participantes e que a pesquisa pretende contribuir na melhoria dos processos de trabalho em atenção primária.

Os dados serão utilizados apenas para fins desta pesquisa, permanecendo armazenados durante cinco anos e após destruídos. Serão observadas as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde, resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

## 7 DIVULGAÇÃO RESULTADOS

Os dados referentes a esta pesquisa servirão de base para elaboração de uma dissertação de mestrado e serão apresentados a uma Banca Examinadora no final de seu processo de construção. Pretende-se publicá-los em revista científica da área de Saúde Coletiva e/ou Enfermagem, como por exemplo, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *Ciência & Saúde Coletiva*, *Interface*, ou outra.

A divulgação dos resultados para os profissionais participantes da pesquisa e para a instituição de referência será realizada através de uma palestra programada, onde todos os profissionais, independente de ter feito parte da pesquisa ou não, serão convidados a comparecer. Assim como será elaborado um relatório que ficará em mãos do gestor de cada unidade e permanecerá à disposição dos profissionais.

Além disso, pretende-se apresentar os resultados deste estudo em Congressos Científicos e eventos da área, bem como disponibilizando uma via impressa para o Centro de Documentação do GHC, para consulta de interessados.



## 9 ORÇAMENTO

<b>ORÇAMENTO</b>	
<b>Plano Orçamentário</b>	
Materiais e encargos:	
Materiais escritório	50,00
Cópias xerox	100,00
Impressões	200,00
Pen Drive	50,00
Encadernações	50,00
Mp4	50,00
Internet Banda Larga (24 meses)	2160,00
Telefone	100,00
Deslocamento São Leopoldo - POA - São Leopoldo	450,00
<b>Subtotal (1)</b>	<b>3210,00</b>
Remuneração de serviços pessoais:	
Revisor de texto	200,00
Formatador	200,00
Transcritor	200,00
<b>Subtotal (2)</b>	<b>600,00</b>
<b>Total (1) + (2)=</b>	<b>3810,00</b>

Os custos serão totalmente subsidiados pela pesquisadora.

## REFERÊNCIAS

ADELL, Carme N.; ESCHEVARRIA, Carlos R.; BENTZ, Rosa M. B. Desarrollo de competencias em atención primaria de salud. **Rev. Panam Salud Publica**, v.26, n.2, p.176-183, 2009.

AYRES, José Ricardo C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. De Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.43-62, 2007.

BITENCOURT, Cláudia Cristina. **Gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais**. 2º edição. Porto Alegre: Bookman, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**/Ministério da Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)> Acesso em: 18 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)> Acesso em: 16 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução 196**, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. In: Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em 06 de maio 2011.

\_\_\_\_\_. Lei 8080/90. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em: 16 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei 8142/90. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em 16 de fevereiro de 2011.

CUETO, Marcos. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. **American Journal of Public Health**, v.94, n.11, p.1864-1874, 2004. Disponível em: <<http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/94/11/1864>> Acesso em: 3 fev. 2011.

DATASUS. **Indicadores de Saúde** – número de famílias cadastradas no Programa de Saúde da Família em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. 2011. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v.1, n.3, p.5-15, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF26.pdf>> Acesso em: 18 fev. 2011.

FERNANDES, Léia Cristiane L.; MACHADO, Rebel Z.; ANSCHAU, Geovana O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supl 1, p.1541-1552, 2009.



FINE, M. et al. Para quem? Pesquisa qualitativa, representações e responsabilidades sociais. In: DENZIN, Normal K.; LINCOLN, Yvonna S. Orgs. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed: Bookman, 2009.

GIL, Célia Regina R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2011.

GIOVANELLA, Lúcia e MENDONÇA, Maria Helena M. de. Atenção Primária à Saúde. In: \_\_\_\_\_ et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GRACIA, Diego. Moral Deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v.4, p.223-232, 2001.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Unidades – Saúde Comunitária**. Porto Alegre: GHC, 2011. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=5>>. Acesso em: 11 abr. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades** – Porto Alegre, Rio Grande do Sul. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 11 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais** – Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2011.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICN Framework of Competences for the Nurse Specialist**. Geneva: Conselho Internacional de Enfermeiras, 2009.

LE BOTERF, Guy. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3º ed. Porto Alegre: ArtMed, 2007.

LÉVY-LEBOYER, Claude. **Gestión de las competencias**. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 1997.

MATUMOTO, Silvia et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am Enfermagem** [internet], v.19, n.1, [8 telas], 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/flae/v19n1/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/flae/v19n1/pt_17.pdf)>. Acesso em: 13 mai. 2011.

McIVER, John P.; CARMINES, Edward G. **Unidimensional Scaling**. London: SAGE publications, 1981.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de S.; ASSIS, Simone G. de; SOUZA, Edinilza R. de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NASCIMENTO, Débora D. G. do; OLIVEIRA, Maria Amélia de C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de apoio à Saúde da Família. **O mundo da saúde**, v.34, n.1, p.92-96, 2010.

PAIM, Jairnilson da Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_ et al. O sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet Series*, maio 2011. Disponível em <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

RAMOS, Marise N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 2º edição. São Paulo: Cortez, 2002.

REY, Bernard. **As competências transversais em questão**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SILVA, Roseli Ferreira da; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.33, n. 3, p.207-216, 1999.

SOUZA, Edinilza Ramos de et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, Maria Cecília de S.; ASSIS, Simone G. de; SOUZA, Edinilza R. de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata**. Geneva, WHO, 1978. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>> Acesso em: 3 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. **A framework for community health nursing education**. New Delhi, WHO, 2010. Disponível em: <[http://www.searo.who.int/LinkFiles/Regional\\_Initiatives\\_SEA-NUR-467.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Regional_Initiatives_SEA-NUR-467.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2011.

WITT, Regina R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**. 2005. 366p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-01062005-102741/pt-br.php>>. Acesso em: 16 fev. 2011.

ZARIFIAN, Philippe. **Objetivo Competência - por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas, 2001.

ZOBOLI, Elma Lourdes C. P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **O mundo da saúde**, v.33, n.2, p.195-204, 2009.

\_\_\_\_\_; FORTES, Paulo Antônio de C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1690-1699, 2004.

\_\_\_\_\_. **Bioética e Atenção Básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2003.

## APÊNDICE A – FICHA DE DOCUMENTAÇÃO

**FICHA DE DOCUMENTAÇÃO**

Data: _____	Código: _____
Unidade de Saúde: _____	
Identificador: _____	
Data de nascimento: ____ / ____ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Qual sua cor ou raça? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda/mulata <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	
<input type="checkbox"/> Outra _____	
Qual seu estado civil? <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Em união <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo	
<input type="checkbox"/> Outra _____	
Possui Pós-Graduação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual? _____	
Tempo de formação: _____ anos	
Há quanto tempo você trabalha com Atenção Primária? _____ anos	
Há quanto tempo você trabalha no Serviço de Saúde Comunitária do GHC? _____ anos	

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO COMPETÊNCIAS

<b>UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS</b>	
<b>Pesquisa:</b> Competências do(a) enfermeiro(a) em atenção primária: saberes e práticas.	
<b>Pesquisadora:</b> Rafaela Schaefer.	
<b>Orientador:</b> José Roque Junges.	
Nº Questionário: _____	Nquest _____
Data da entrevista: ____/____/____	Dentrevi ____/____/____
<p>Gostaríamos de analisar o nível de concordância dos profissionais em relação à importância das diferentes competências requeridas pelo(a) enfermeiro(a) no seu cotidiano de trabalho em atenção primária. Caso você concorde em participar, peço que preencha o questionário abaixo assinalando com um X a alternativa que melhor expressa a sua opinião. Procure não deixar nenhuma questão em branco.</p>	
<p>1. Buscar na ética os valores e princípios para sua atuação.</p> <p>(1) Discordo plenamente    (2) Discordo    (3) Indiferente    (4) Concordo    (5) Concordo plenamente</p>	Compet1 __
<p>2. Promover comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo.</p> <p>(1) Discordo plenamente    (2) Discordo    (3) Indiferente    (4) Concordo    (5) Concordo plenamente</p>	Compet2 __
<p>3. Responsabilizar-se pela atenção à saúde e contribuir para sua organização.</p> <p>(1) Discordo plenamente    (2) Discordo    (3) Indiferente    (4) Concordo    (5) Concordo plenamente</p>	Compet3 __
<p>4. Identificar-se com o trabalho.</p> <p>(1) Discordo plenamente    (2) Discordo    (3) Indiferente    (4) Concordo    (5) Concordo plenamente</p>	Compet4 __
<p>5. Utilizar instrumentos de comunicação e estabelecer relacionamento.</p> <p>(1) Discordo plenamente    (2) Discordo    (3) Indiferente    (4) Concordo    (5) Concordo plenamente</p>	Compet5 __
<p>6. Saber ouvir o usuário.</p> <p>(1) Discordo plenamente    (2) Discordo    (3) Indiferente    (4) Concordo    (5) Concordo plenamente</p>	Compet6 __
<p>7. Organizar seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde.</p> <p>(1) Discordo plenamente    (2) Discordo    (3) Indiferente    (4) Concordo    (5) Concordo plenamente</p>	Compet7 __
<p>8. Integrar a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde.</p> <p>(1) Discordo plenamente    (2) Discordo    (3) Indiferente    (4) Concordo    (5) Concordo plenamente</p>	Compet8 __

9. Trabalhar com a perspectiva de vigilância epidemiológica.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet9__
10. Conhecer a comunidade, com ela estabelecer e manter vínculos.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet10__
11. Desenvolver ações de prevenção e proteção da saúde.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet11__
12. Identificar os problemas de saúde.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet12__
13. Priorizar os casos urgentes.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet13__
14. Trabalhar com a rede de serviços de saúde.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet14__
15. Demonstrar capacidade técnica.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet15__
16. Adotar uma perspectiva interdisciplinar no trabalho.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet16__
17. Ser capaz de assumir a gerência e gestão dos serviços de saúde.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet17__
18. Ser capaz de organizar-se e atuar coletivamente.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet18__
19. Trabalhar com grupos.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet19__
20. Respeitar e interagir com diferentes culturas.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet20__
21. Articular a educação em saúde à sua prática cotidiana.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet21__

22. Realizar atendimento integral dentro dos princípios do SUS.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet22 __
23. Demonstrar capacidade de acolhimento e sensibilidade.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet23 __
24. Reconhecer-se em contínua formação.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet24 __
25. Conhecer o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet25 __
26. Demonstrar conhecimentos dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet26 __
27. Saber coletivizar os seus conhecimentos.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet27 __
28. Coordenar a equipe de enfermagem.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet28 __
29. Planejar e sistematizar a assistência de enfermagem.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet29 __
30. Supervisionar e apoiar a equipe de enfermagem.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet30 __
31. Promover a saúde de indivíduos, família e comunidade.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet31 __
32. Articular a educação em saúde à sua prática cotidiana.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet32 __
33. Coordenar ações educativas na unidade sanitária e comunidade.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet33 __
34. Realizar consulta de enfermagem.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet34 __

35. Promover educação continuada em enfermagem.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet35_ _
36. Atuar com autonomia.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet36_ _
37. Prestar cuidado domiciliar de enfermagem.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet37_ _
38. Utilizar pensamento crítico-reflexivo.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet38_ _
39. Desenvolver, participar e aplicar pesquisa.	
(1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	Compet39_ _

Agradecemos sua participação.

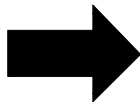


## APÊNDICE C – ENTREVISTA

**ENTREVISTA EPISÓDICA**

Questões norteadoras:

- Uma gestante de 18 anos vem até a Unidade de Saúde para iniciar o Pré-Natal. Quando realiza os exames de rotina, o teste sorológico para HIV dá positivo. Ela aceita realizar o tratamento adequado para prevenir a transmissão vertical, mas não quer que a família e o companheiro saibam de sua situação.
- Um usuário, portador de doença crônica, se recusa a fazer o tratamento, pois diz que Deus está cuidando dele.
- Um usuário, após a consulta médica, realiza uma consulta de enfermagem com você. Ao revisar a prescrição, você percebe que a indicação do medicamento feito pelo médico não é a mais apropriada.
- Um usuário, durante a consulta de enfermagem, conta pra você uma informação importante sobre sua condição de saúde, mas pede que você não conte nada aos demais membros da equipe, pois ele diz que só confia em você.
- Você enfrenta dificuldade quando precisa recorrer ao processo de referência e contra-referência. Existe uma usuária que espera há 3 meses pelo resultado de sua mamografia. Essa paciente pertence ao grupo de risco para o desenvolvimento de câncer de mama e apresenta 3 nódulos no seio direito.
- Sua Unidade de Saúde tem problemas de estrutura física que expõe a privacidade de seus pacientes.



Como/em que momento a ética e a comunicação entram na solução deste caso?

## APÊNDICE D – TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Título da pesquisa: **COMPETÊNCIAS DO(A) ENFERMEIRO(A) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SABERES E PRÁTICAS**

A enfermeira **Rafaela Schaefer**, aluna do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS sob orientação do Prof. José Roque Junges está propondo a pesquisa **“Competências do(a) enfermeiro(a) na Atenção Primária: saberes e práticas”** a ser realizada com enfermeiros(as) dos postos de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Será a responsável pela apresentação do presente termo e obtenção do consentimento.

Diferentes estudos têm sido desenvolvidos no sentido de identificar quais competências fazem parte do cotidiano de trabalho dos(as) enfermeiros(as), entretanto, estes trabalhos não objetivam a aproximação teórico-prática dos achados. O presente estudo busca realizar essa interlocução entre as competências e o contexto de realidade de trabalho destes profissionais na atenção primária. Pretende-se reconhecer os elementos éticos e comunicacionais utilizados pelos profissionais no desenrolar de suas atividades, verificar o grau de concordância dos profissionais em relação à importância de cada competência e reconhecer sua percepção acerca da operacionalização prática das competências éticas e comunicacionais. Espera-se que a pesquisa contribua para operacionalizar o conceito de competências na enfermagem e colabore na melhoria dos processos de trabalho na atenção primária, em consonância com os princípios do SUS.

Para a realização desta pesquisa, todos os enfermeiros(as) dos postos de saúde comunitária do GHC serão convidados a preencher uma ficha de documentação, para posterior descrição, e a responder um questionário, com perguntas fechadas, para estimar o grau de concordância dos sujeitos em relação à importância de cada competência. Numa segunda etapa serão selecionados de 12 a 15 enfermeiros(as) com maior tempo de formação e serviço aos quais será feita uma entrevista episódica, gravada em áudio, que buscará compreender como essas competências são desenvolvidas nas diversas situações que permeiam a realidade de trabalho deste profissional.

Você como enfermeiro(a) está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa. Sinta-se totalmente livre em participar ou não. Você tem a garantia de receber todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa e que se você tiver custos eles serão de

responsabilidade exclusiva do pesquisador. Os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos e destruídos após o término da pesquisa. Você tem a total garantia da confidencialidade sobre as informações repassadas ao pesquisador e seu nome nunca vai aparecer quando os resultados forem publicados em revistas científicas. É importante ressaltar que não há riscos previsíveis para os profissionais.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, você pode chamar **Rafaela Schaefer** no telefone (51)35893564 ou (51)93682370, e-mail [rafaelaschaefer@hotmail.com](mailto:rafaelaschaefer@hotmail.com). Para qualquer pergunta sobre seus direitos como participante deste estudo você pode chamar o orientador **José Roque Junges**, no telefone (51)97673133, e-mail [roquejunges@hotmail.com](mailto:roquejunges@hotmail.com).

Para qualquer dúvida ética você pode entrar em contato com **Daniel Demétrio Faustino da Silva**, Coordenador Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51)33572407, endereço Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com o sujeito de pesquisa e a outra com a pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_ enfermeiro(a) declaro que entendi os objetivos e procedimentos da pesquisa e aceito participar.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) enfermeiro(a)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora: Rafaela Schaefer

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ANEXO I – COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
CONSTRUÇÃO DO GRUPO DE ENFERMEIRAS POR ÁREA DE DOMÍNIO**

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS	%
1. Valores profissionais	Gerais	
	➤ Busca na Ética os valores e princípios para sua atuação	83
	➤ Promove comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo	75
	➤ Responsabiliza-se pela atenção à saúde e contribui para a sua organização	75
2. Comunicação	Gerais	
	➤ Utiliza instrumentos de comunicação	90
3. Trabalho em equipe	Geral	
	➤ Organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde	80
4. Gerência	Específica	
	➤ Coordena a equipe de enfermagem	85
5. Orientada à comunidade	Geral	
	➤ Integra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde	78
	Específicas	
	➤ Planeja e sistematiza a assistência de enfermagem	75
6. Promoção da saúde	➤ Supervisiona e apóia a equipe de enfermagem	85
	Gerais	
	➤ Trabalha com a perspectiva de vigilância epidemiológica	78
7. Resolução de problemas	➤ Conhece a comunidade, com ela estabelece e mantém vínculos	78
	➤ Desenvolve ações de prevenção e proteção da saúde	83
	Específicas	
8. Atenção à saúde	➤ Promove a saúde de indivíduos, família e comunidade	78
	➤ Articula a educação em saúde à sua prática cotidiana	85
	➤ Coordena ações educativas na unidade sanitária e comunidade	75
9. Educacional	Gerais	
	➤ Identifica os problemas de saúde	76
	➤ Compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde	83
	➤ Prioriza os casos urgentes	78
10. Em ciências básicas da saúde pública	➤ Busca a resolubilidade	75
	Específica	
10. Em ciências básicas da saúde pública	➤ Realiza consulta de enfermagem	90
	Específica	
10. Em ciências básicas da saúde pública	➤ Promove educação continuada em Enfermagem	78
	Geral	
10. Em ciências básicas da saúde pública	➤ Trabalha com a rede de serviços de saúde	75
	➤ Demonstra capacidade técnica	78

## ANEXO II – COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO DO GRUPO DE ESPECIALISTAS POR ÁREA DE DOMÍNIO

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS	%
1. Valores profissionais	Gerais	
	➤ Busca na Ética os valores e princípios para sua atuação	83
	➤ Promove comprometimento e compromisso com a saúde, como direito individual e coletivo	80
	➤ Responsabiliza-se pela atenção à saúde	88
	Específica	
	➤ Atua com autonomia	76
2. Comunicação	Gerais	
	➤ Utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos	80
3. Trabalho em equipe	Gerais	
	➤ Organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde	78
	➤ Adota uma perspectiva interdisciplinar no trabalho	80
	Específica	
	➤ Coordena a equipe de enfermagem	83
4. Gerência	Gerais	
	➤ É capaz de assumir a gerência e gestão dos serviços de saúde	75
	➤ Integra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde	80
	Específicas	
	➤ Planeja e sistematiza a assistência de enfermagem	75
	➤ Supervisiona e apóia a equipe de enfermagem	77
5. Orientada à comunidade	Gerais	
	➤ Trabalha com a perspectiva de vigilância da saúde	78
	➤ É capaz de organizar-se e atuar coletivamente	76
	➤ Trabalha com grupos	75
	➤ Respeita e interage com diferentes culturas	76
6. Promoção da saúde	Geral	
	➤ Articula a educação em saúde à sua prática cotidiana	83
7. Resolução de problemas	Atitude	
	▪ Demonstra iniciativa	88
8. Atenção à saúde	Gerais	
	➤ Realiza atendimento integral dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde	80
	➤ Demonstra capacidade de acolhimento e sensibilidade	83
	Específicas	
	➤ Realiza consulta de enfermagem	75
	➤ Presta cuidado domiciliar de enfermagem	83
9. Educacional	Gerais	
	➤ Reconhece-se em contínua formação	88
	Específica	
	➤ Promove educação permanente	75
10. Em ciências básicas da saúde pública	Gerais	
	➤ Conhece o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde	80
	➤ Demonstra conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais	90
	➤ Sabe coletivizar os seus conhecimentos	76
	Específicas	
	➤ Utiliza pensamento crítico-reflexivo	75
	➤ Desenvolve, participa e aplica pesquisa	76

## **RELATÓRIO DE CAMPO**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>65</b>
1.1 BANCA DE QUALIFICAÇÃO .....	65
1.2 INTRODUÇÃO.....	67
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>71</b>
2.1 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM OLHAR ATUAL .....	71
2.2 A ÉTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESPECIFICIDADES DA ESF.....	73
2.3 A ÉTICA COMO FERRAMENTA DE TRABALHO .....	75
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>78</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>81</b>
4.1 OBJETIVO GERAL.....	81
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	81
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>82</b>
5.1 DELINEAMENTO.....	83
5.2 CONTEXTO DO ESTUDO .....	83
5.3 UNIVERSO EMPÍRICO.....	84
5.4 COLETA DE DADOS .....	85
5.5 ANÁLISE DE DADOS .....	87
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....</b>	<b>90</b>
<b>7 TRABALHO DE CAMPO.....</b>	<b>91</b>
7.1 INICIAÇÃO AO CAMPO .....	91
7.2 COLETA DE DADOS: QUESTIONÁRIO .....	92
7.3 COLETA DE DADOS: ENTREVISTA .....	92
7.4 ANÁLISE DE DADOS: QUESTIONÁRIO.....	93

7.5 ANÁLISE DE DADOS: ENTREVISTA .....	94
<b>8 DIVULGAÇÃO RESULTADOS .....</b>	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>103</b>
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO .....	108
APÊNDICE B - ENTREVISTA.....	115
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I.....	116
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II.....	118



## 1 INTRODUÇÃO

A introdução apresenta dois tópicos: primeiramente, a narrativa de todo o processo de mudança do projeto original desencadeado a partir das sugestões recebidas na ocasião da banca de qualificação e, em seguida, a introdução ao tema do estudo, buscando inserir o leitor no processo sócio-histórico de desenvolvimento da atenção primária e as implicações para os processos de trabalho dos profissionais de saúde. Todas as escritas destacadas em *Itálico* transcrevem a narrativa da pesquisadora para com o leitor, buscando deixar claras as partes que se referem aos caminhos percorridos até chegar nos resultados.

### 1.1 BANCA DE QUALIFICAÇÃO

*O tema de pesquisa centrado nas competências do enfermeiro que atua em serviços de atenção primária surgiu a partir da leitura de um grande projeto intitulado “Enfermagem Brasileira e Portuguesa na Atenção Primária: saberes práticos e valores”, sob coordenação, no Brasil, da Professora Doutora Elma Lourdes Campos Pavone Zóboli, da Universidade de São Paulo (USP). Por anterior parceria firmada em diversos projetos entre a professora já citada e o Professor Doutor José Roque Junges, estabeleceu-se nova sociedade, ficando sob minha responsabilidade a coleta, organização e análise dos dados do Subprojeto II intitulado “Competências dos Enfermeiros na Atenção Primária em Portugal e Brasil”.*

*O projeto foi apresentado para a chamada do Edital CNPq nº 053/2010 – Cooperação Internacional – Convênios Bilaterais e recebeu resposta negativa ao pedido de financiamento. Sem verba, não foi possível pensar um trabalho comparativo entre Brasil e Portugal, como seria a proposta inicial do subprojeto II. Assim, desenvolveu-se o trabalho dentro de uma perspectiva ampla que buscava abordar as dimensões éticas e comunicacionais das competências gerais e específicas do enfermeiro, se utilizando, para isso, de um questionário baseado no trabalho de Witt (2005) e de uma entrevista episódica (Apêndice C do Projeto de Pesquisa).*

*Este trabalho foi levado à banca de qualificação, composta pelo orientador Professor Doutor José Roque Junges (UNISINOS), Professora Doutora Lislaine Aparecida Fracolli (USP) e Professora Doutora Luciana Suárez Grzybowski (UNISINOS), no dia vinte e nove de julho de dois mil e onze, recebendo o parecer de aprovado. Nesta ocasião a banca*

*examinadora recomendou algumas alterações no projeto, a fim de qualificá-lo, tendo em vista, os objetivos propostos. Todas as sugestões foram discutidas em reuniões com o orientador, a pesquisadora e a professora Elma, chegando-se a decisão de direcionar o tema, entendendo que a proposta anterior mostrava-se demasiado ampla para uma dissertação.*

*Segundo os componentes da banca, o tema inicialmente proposto tem relevância social, uma vez que pensa o papel de um profissional fundamental na atenção primária, nível de assistência que precisa, cada vez mais, se consolidar como palco da saúde pública no nosso país. Além disso, tem a pretensão de expandir estudos anteriores e pode auxiliar na discussão da importância dos diferentes saberes e da interdisciplinaridade na equipe de saúde. O principal problema do projeto seriam os objetivos, demasiadamente amplos para o que se poderia conseguir de dados empíricos a partir dos instrumentos propostos.*

*Pensamos, primeiramente, em apenas reformular a metodologia e incrementar os instrumentos de coleta de dados e dar seguimento ao projeto. Fomos percebendo, com o passar do tempo, que se tratava de um tema bastante complexo e amplo, e que, talvez, um questionário e uma entrevista não fossem suficientes para abarcar a questão competência de uma forma geral, bem como o tempo estabelecido para o término do mestrado também fosse um fator limitador. Sabíamos que era preciso enxugar o tema de pesquisa e direcionar a coleta de dados, foi quando surgiu a ideia de trabalhar a questão da competência ética.*

*Participo do grupo de pesquisa Bioética na Atenção Primária, coordenado pelo professor Roque, desde 2010. Durante estes anos estive inserida em projetos de pesquisa que trabalhavam com questões éticas dos profissionais da atenção primária. Pude perceber que a ocorrência de problemas éticos é elevada nessa realidade de trabalho e que os enfermeiros relatam vivenciar muitas dessas questões. Pensamos então, como o enfermeiro lida com todas essas questões de ordem ética: utilizando sua competência. Mas, e como o enfermeiro se torna eticamente competente? Como, então, constrói essa competência ética? Estava formulada a nova questão de pesquisa. Permanecemos trabalhando no tema das competências dos enfermeiros, mas focamos a pesquisa na competência ética.*

*Trabalhando com a competência ética, pretendemos descobrir como e quais bases o enfermeiro utiliza para construir esse conhecimento e desenvolver essas habilidades, quais valores, princípios e fontes contribuem nesse processo e, de que forma, a experiência profissional se relaciona com essa competência. Almejamos assim, contribuir na construção de um novo agir profissional, em prol de uma atenção integral e comprometida com as necessidades do usuário, buscando a melhoria da qualidade dos serviços.*

*O novo título do trabalho passa a ser “A construção da competência ética na atenção primária: o caso da enfermagem”. Com as modificações pretendidas, fez-se necessário elaborar nova introdução, novo referencial teórico, que reduzisse a temática acerca da atenção primária em si e ampliasse o foco sobre a ética e a competência ética, nova justificativa, além de nova metodologia e novos métodos de coleta de análise de dados.*

## 1.2 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento e a implantação do sistema de saúde brasileiro estabeleceram novos desafios para os profissionais do setor, pois modificaram os processos de trabalho e exigiram do profissional uma nova postura frente à demanda do dia-a-dia. O processo que estabeleceu a atenção primária como carro-chefe do sistema de saúde, teve origem em 1920, quando a Grã-Bretanha lançou a primeira proposta para reorganização dos serviços de saúde, que propunha organizar a assistência em três diferentes níveis: primário, secundário e terciário (CONILL, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; STARFIELD, 2004).

A partir disso, diversas foram as iniciativas para que a saúde fosse relacionada com o processo de desenvolvimento econômico e social dos países, o que foi acontecer em 1970 com a publicação do Relatório Lalonde, documento importante para o início do movimento de transformação do conceito de atenção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Nesse contexto foi proposta a realização da Primeira Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, que aconteceu na cidade de Alma-Ata, em 1978 (MACIOCCO; STEFANINI, 2007). A conferência definiu a atenção primária como o primeiro nível de contato dos usuários, famílias e comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Neste período, o Brasil vivenciava o início da industrialização e sofria com as consequências do grande número de pessoas que deixavam o campo e se instalavam nas cidades sob condições precárias, o que fez com que a saúde despontasse como questão social. Ainda mais porque o sistema de saúde era deficiente, havia dificuldades para resolver os problemas da população e as epidemias começaram a comprometer a economia agroexportadora brasileira (PAIM, 2009).

A necessidade de buscar um enfrentamento mais efetivo aos problemas da população fez surgir as primeiras iniciativas de modificação do modelo atenção à saúde, com a criação dos Postos de Saneamento e Profilaxia Rural e, mais tarde, dos Centros de Saúde (CAMPOS,

2007). Apesar dessas iniciativas, a garantia de atenção à saúde estava fortemente vinculada à posição do cidadão no mercado de trabalho, quando empresas ofereciam serviços médicos aos trabalhadores financiados pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) e, mais tarde pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse sistema, desempregados, trabalhadores rurais e donas de casa não tinham acesso à maioria dos serviços de saúde (PAIM et al, 2011).

Para fazer frente às falhas oriundas do modelo de saúde previdenciário, é organizado na década de 1970, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que lutou pela melhoria da atenção à saúde, defendendo a unificação do sistema e a valorização da atenção primária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; PAIM, 2009). Essa luta democrática foi determinante para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foi redigido um importante trecho da Constituição Federal Brasileira, que reconheceu a saúde como direito social e delineou os fundamentos para criação Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de atenção que permitiria acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para todos os cidadãos (PAIM et al, 2011).

A atenção primária à saúde despontou como a principal estratégia para alcance dos objetivos constitucionais de saúde pautados na universalidade, descentralização, integralidade, resolutividade, humanização e participação social. Cabe ressaltar que no Brasil o termo ‘Atenção Primária à Saúde’ foi substituído por ‘Atenção Básica à Saúde’, devido ao contexto internacional, já que as grandes agências financiadoras da atenção primária davam forte ênfase a programas seletivos e focalizados nos principais problemas de saúde das populações, e esse não era o objetivo brasileiro, que através de seu novo sistema de saúde buscava a integralidade da atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Atualmente os termos são utilizados como sinônimos, como traz a Política Nacional de Atenção Básica, que trata os termos como equivalentes e associa a ambos os princípios e diretrizes definidos em seu documento (BRASIL, 2011).

Para efetivar e expandir o modelo de atenção primária, o Ministério da Saúde criou, através da Portaria Ministerial nº 692 de dezembro de 1993, o Programa Saúde da Família, posteriormente transformado em estratégia, através da Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/96), visto a pretensão de este ser o novo modelo para reorganização e reestruturação do sistema de saúde brasileiro (PAIM et al, 2011). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se expandido grandemente, o percentual de famílias cadastradas no Brasil aumentou mais de nove vezes entre os anos de 1998 e 2011, passando de 791.005 para 7.505.169 famílias cadastradas. Houve aumento significativo também em Porto Alegre, onde

o número de famílias cadastradas quase triplicou, passando de 21.934 famílias em 1998 para 61.257 em 2011 (DATASUS, 2011).

Mesmo com os avanços e melhorias da atenção à saúde, algumas dificuldades e desafios ainda permeiam os processos de trabalho na atenção primária. A alta rotatividade de profissionais que dificulta o estabelecimento do vínculo profissional-usuário; as falhas do sistema de referência e contrarreferência que prejudicam a integralidade da atenção; e as dificuldades do processo de gestão levam o governo a trabalhar constantemente na busca pelo aprimoramento e melhoria da qualidade dos serviços (PAIM et al, 2011).

Nesse ínterim, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi lançada em 2006, depois revisada, ampliada e novamente publicada através da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, reforçando a atenção primária como estratégia para a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2011a). Em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da Portaria nº 154/2008, cuja principal finalidade é apoiar as equipes de saúde da família na efetivação do serviço (BRASIL, 2008). Ainda, em 2011, o governo cria através da Portaria nº 1.654 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços (BRASIL, 2011b).

O sistema de saúde está em constante aprimoramento e, cada vez mais, se criam iniciativas para melhorar a qualidade dos serviços. Todo esse processo de mudança é vivenciado pelos profissionais de saúde, que precisam se adaptar e desenvolver mecanismos para lidar com os novos desafios que daí derivam (HADDAD; ZÓBOLI, 2010). A implementação do SUS e a reforma do sistema de saúde não foram simplesmente uma tradução das decisões políticas em práticas, mas um processo de mudança paradigmática no continuum saúde-doença (PAGANINI; EGRY, 2011), que exigiu um profundo giro ético por parte dos profissionais, para conseguir lidar com questões complexas, que permeiam os relacionamentos dos profissionais de saúde (HADDAD; ZÓBOLI, 2010).

O processo de trabalho em atenção primária exige, portanto, profissionais comprometidos com as questões sociais, dispostos a trabalhar em equipe e capazes de articular diversos núcleos de saberes (ZÓBOLI, 2009). Nesse contexto é possível destacar os desafios vividos pelos enfermeiros, isso porque esse profissional é uma peça importante na equipe de saúde família, pois vivencia em seu dia-a-dia toda a demanda de questões éticas oriundas das relações profissionais, desempenhando papel assistencial, gerencial e de ensino (BRASIL, 2011a).

Conseguir lidar com os desafios éticos do cotidiano exige que o enfermeiro saiba acionar suas competências profissionais. Autores como Andrews (2004), sustentam que ser eticamente competente é imprescindível para a qualidade do cuidado e a satisfação profissional, então, a grande questão seria compreender como se dá o processo de construção da competência ética e quais são as ferramentas que os profissionais utilizam para se tornarem eticamente competentes, além de perceber o papel promotor de competências que a instituição de saúde pode representar.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

*Em decorrência das mudanças aplicadas ao estudo, fez-se necessário pensar em uma nova abordagem teórica para embasar a leitura e a compreensão do projeto. O referencial teórico discorre sobre o papel do enfermeiro nos serviços de atenção primária e os importantes desafios por ele vivenciados, além de perceber a competência ética como ferramenta estratégica para a qualidade do cuidado.*

### 2.1 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM OLHAR ATUAL

No Brasil, o papel do enfermeiro na atenção primária vem se modificando ao longo do tempo em sintonia com as transformações políticas e culturais do país. Na década de 70, a atenção à saúde estava estruturada nos planos de previdência social e as ações de atenção primária ocorriam nos chamados centros de saúde. Neste contexto, cabia ao enfermeiro desenvolver ações, preferencialmente, gerenciais, de supervisão, treinamento, controle e coordenação de pessoal (MATUMOTO et al, 2011).

Na década de 80, a perspectiva de mudança no modelo assistencial pulsava evidente, com movimentações da sociedade civil, a proposta da reforma sanitária, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste período houve um aumento da oferta de serviços para a população e uma proposta de articulação da atenção médica individual com as ações de saúde coletiva. Neste âmbito, o enfermeiro atuava na organização e manutenção da infraestrutura dos serviços, organização do trabalho da enfermagem e em algumas ações de saúde coletiva, como a vigilância epidemiológica e a vacinação (MATUMOTO et al, 2011; PAIM et al, 2011).

O processo de descentralização do sistema de saúde e a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na década de 90, trouxeram novas perspectivas para o trabalho do enfermeiro em atenção primária (WEIRICH et al, 2009). O que se esperava era uma atuação profissional com visão voltada para o grupo familiar e para os determinantes sociais de saúde, mas, em alguns casos, a atuação do enfermeiro continuou atrelada a um paradigma mais biologicista (COSTA; BARROSO, 2006; MATUMOTO et al, 2011).

O papel do enfermeiro no âmbito da atenção primária representa, ainda, um importante desafio para a saúde pública brasileira. A atuação que se espera deste profissional passa pelo

processo de formação, pelas políticas públicas e pela lógica do sistema no qual está inserido (COSTA; MIRANDA, 2009; MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

As dificuldades na formação dos profissionais representam a falha das instituições de ensino em acompanhar as transformações ocorridas no sistema de atenção e gestão da saúde. Várias iniciativas têm sido propostas para buscar vencer esse desafio, entre elas, a reestruturação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, publicada através da Resolução nº 03 de 07/11/2001, com o objetivo de formar um profissional mais humano, crítico e reflexivo, capaz de aproximar o cuidado individual, na perspectiva da saúde coletiva, com vistas à integralidade da atenção à saúde com qualidade e resolutividade (CORBELLINI et al, 2010).

No que se refere às políticas públicas, cada vez mais fica evidente a preocupação dos governantes e gestores em proporcionar um sistema de saúde capaz de atender a todos os cidadãos com qualidade. Para isso foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997) e para isso que existem iniciativas como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011a), a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2011b). A PNAB estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica, priorizando o vínculo na instituição do cuidado e potencializando a autonomia dos profissionais e usuários na produção de saúde; e a educação permanente busca proporcionar uma educação profissional pautada nas especificidades regionais para transformar as práticas profissionais. Além disso, a gestão das instituições de saúde desempenha papel central na implantação das políticas públicas propostas e no incentivo ao crescimento profissional.

A atenção primária exige profissionais comprometidos com as questões sociais, dispostos a trabalhar em equipe, capazes de articular diversos núcleos de saberes, para além da habilidade técnica. A complexidade dessa realidade está no modelo de assistência à saúde que prima por práticas integrais centradas no núcleo familiar, que levam em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Essa complexidade não se deve ao uso de tecnologia material, mas do trabalho com a densidade das relações intersubjetivas (ZÓBOLI, 2009).

Assim como outros profissionais, os enfermeiros precisaram deixar a prática biologicista centrada na doença e lidar com questões voltadas à atenção integral e a promoção da saúde. Destacamos o papel do enfermeiro, que vivenciou uma importante evolução sócio-histórica na sua atuação profissional, e que hoje assume a responsabilidade por ações de



gestão, planejamento, organização e avaliação dos serviços, consulta de enfermagem, assistência à saúde e realização de atividades complexas na busca pela integralidade e longitudinalidade do cuidado (PAGANINI; EGRY, 2011).

A atenção primária é uma realidade complexa, inserida no contexto de saúde da população, em que as equipes precisam encontrar maneiras de atuar levando em conta e respeitando o modo de vida, as ideias, costumes e culturas dos diferentes grupos sociais. Deparar-se com o sujeito em sua singularidade, integralidade e inserção social exige do enfermeiro mais que uma atuação técnica. Ele precisa ser capaz de agir reflexivamente e, portanto, ter na ética a base de suas ações (ZÓBOLI, 2009; WITT, 2005).

## 2.2 A ÉTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A ética se refere à conduta de vida e às regras de comportamento utilizadas por grupos ou indivíduos para viabilizar a convivência em sociedade e envolve, portanto, questões relacionadas ao agir humano. Na saúde ocupa lugar de destaque, pois enfoca questões relacionadas à vida das pessoas (FERNANDES; FREITAS, 2006; VÁZQUES, 2004).

À ética corresponde uma tripla função: esclarecer o que é a moral, quais são seus traços específicos; fundamentar a moralidade, ou seja, procurar averiguar quais são as razões que conferem sentido ao esforço dos seres humanos de viver moralmente; e aplicar aos diferentes âmbitos da vida social os resultados obtidos nas funções anteriores, de maneira que se adote uma moral crítica, em vez de um código moral dogmaticamente imposto. Ao longo da história, diferentes modelos éticos procuraram cumprir as três funções anteriores: são as teorias éticas. As éticas aristotélica, utilitarista, kantiana e discursiva são alguns exemplos de construtos filosóficos que tentam dar conta do fenômeno da moralidade em geral (CORTINA; MARTÍNEZ, 2009).

A terceira tarefa da ética consiste, então, na aplicação de suas descobertas aos diferentes âmbitos da vida social. É importante pensar que não adianta refletir sobre como aplicar esses princípios éticos sem levar em conta que cada tipo de atividade tem suas próprias exigências morais e proporciona seus próprios valores. Assim, é fundamental averiguar quais são os bens internos que cada atividade deve trazer para a sociedade e quais valores e hábitos é preciso incorporar para alcançá-los (CORTINA; MARTÍNEZ, 2009).

A proposta do SUS é basear o cuidado em saúde nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social. Para isso, importantes transformações na lógica

de organização dos serviços de saúde foram realizadas, o que, por sua vez, exigiu muitas mudanças na conduta dos profissionais e usuários do sistema. A ideia de descentralização e a emancipação da atenção primária enaltecem ainda mais estes desafios, pois se mostraram contrários ao modelo hospitalocêntrico, que guiava a atenção em saúde na época, e que ainda não deixou por completo o pensamento de profissionais e gestores do sistema de saúde, constituindo um desafio para efetivação do SUS ainda nos dias de hoje (HADDAD; ZÓBOLI, 2010).

Essas mudanças significam maior co-responsabilidade dos profissionais nos processos de trabalho, e apontam para a necessidade de mudança de atitudes nas práticas dos profissionais. A atuação na atenção primária é permeada por questões éticas que precisam ser discutidas e esclarecidas para que se alcancem os objetivos propostos pelo SUS (ZÓBOLI, 2009).

O estudo da ética sempre esteve centrado numa perspectiva mais clínica e individual, própria dos ambientes hospitalares, onde os limites da vida e as situações de extrema urgência predominam. Pensar uma ética da saúde pública representa um importante desafio, pois nesta instância não é a técnica que fundamenta o cuidado, mas os valores. Nesse ínterim podemos identificar importantes questões éticas perpassando a assistência no que se refere à autonomia, vínculo e integralidade, por exemplo. A ESF lida com a subjetividade dos indivíduos e famílias, seus valores, crenças e atitudes e tem na ética, a base de suas ações (HADDAD; ZÓBOLI, 2010).

O cuidado, alicerce do ser enfermeiro, é uma atitude, um modo de ser, uma aproximação afetiva e vincular do outro que leva em conta suas singularidades e diferenças, um ato regado de valores e, portanto, um importante objeto de estudo ético. É essencial que o promotor do cuidado, o enfermeiro, saiba identificar quais situações da prática diária necessitam de uma intervenção ética, e para isso, precisam deste conhecimento na formação profissional e no dia-a-dia de trabalho (HADDAD; ZÓBOLI, 2010).

Quando os profissionais não percebem os problemas e acabam considerando normais algumas situações difíceis em suas relações de trabalho, seja com o paciente ou com os próprios colegas do serviço, podem comprometer significativamente o processo de trabalho, o estabelecimento do vínculo e a efetividade das ações (HADDAD; ZÓBOLI, 2010). O estudo da ética pode ajudar os enfermeiros a descobrir até que ponto um problema é uma questão ética, assim como pode ajudar os profissionais a desenvolver habilidades e ferramentas para lidar com questões éticas e desenvolver seus valores e crenças (ALLMARK, 2005). Nesse contexto surge a reflexão sobre a competência ética, importante ferramenta de trabalho do

enfermeiro na atenção primária (FAIRCHILD, 2010; KAVATHATZOPOULOS, 2003; SPORRONG et al, 2007).

### 2.3 A COMPETÊNCIA ÉTICA COMO FERRAMENTA DE TRABALHO

As competências, de uma forma geral, tornaram-se foco das discussões no mundo do trabalho quando, no início da década de 1970, o padrão de produção abriu espaço para um novo modelo de trabalho. A sociedade foi testemunha das mudanças significativas ocorridas na lógica de organização dos serviços, que deixaram para trás a padronização, a repetição e a mecanicidade, e abriram as portas para um modelo de produção mais flexivo, integrado e multifuncional (RAMOS, 2002).

A evolução técnica e social vivida pela sociedade depois da era taylorista exigiu a busca por características e habilidades que transcendessem a especialização técnica do trabalho (REY, 2002). O conceito de competência surge nesse contexto de transformações, referindo-se aos saberes tácitos dos profissionais, ou seja, aos seus atributos pessoais, potencialidades, desejos e valores, características aquém de sua qualificação técnica. A competência centra seu foco na pessoa, na dimensão subjetiva do trabalhador como um sujeito ativo de um processo de reconstrução de identidades (RAMOS, 2002).

As instituições de saúde acompanharam esse processo evolutivo do mundo do trabalho e as mudanças daí resultantes se apresentaram como importantes desafios para os profissionais do setor. A criação do SUS e a reorganização do trabalho na atenção primária através da ESF exigiram dos profissionais novas habilidades para a prestação do cuidado com qualidade e efetividade (ZÓBOLI; HADDAD, 2010). Cada vez mais aumentam a demanda e a complexidade do trabalho, o que leva a exigências crescentes para que os profissionais lidem não apenas com questões clínicas, mas também com questões de ordem ética (SPORRONG et al, 2007). A própria natureza da relação enfermeiro-paciente onde o respeito, a confiança e a privacidade são fundamentais, demanda que os enfermeiros considerem a natureza ética de suas ações (CHALONER, 2007).

A mudança, a dúvida e a incerteza são fontes permanentes de angústia para os profissionais (GRACIA, 2010). Nisso estão implicados valores, princípios e atitudes dos trabalhadores, dos usuários e dos administradores do sistema. Questões éticas de especial relevância surgem nos diferentes tipos de relações que permeiam o trabalho em atenção primária e já foram estudadas por autores como Zóboli (2003).

As questões éticas estão, portanto, presentes no dia-a-dia de trabalho do enfermeiro na atenção primária e podem representar situações onde o profissional se encontra dividido entre diversos caminhos de pensamento no processo de tomada de decisão. Essa crescente demanda ética exige dos profissionais habilidades para tomar decisões competentes, mas, muitas vezes, o enfermeiro não tem o apoio necessário, bem como formação profissional adequada para lidar com essas questões na prática (SPORRONG et al, 2007).

Lidar com questões éticas exige conhecimentos e habilidades para pensar e agir de uma forma não restrita a fixações morais pré-estabelecidas ou reações automáticas. Em vez disso, espera-se que o caminho para uma reflexão sistemática e crítica esteja aberto, considerando todos os valores, princípios, interesses, sentimentos, deveres, necessidades e crenças que permeiam os processos de trabalho em atenção primária. Esse conjunto de habilidades pessoais e organizacionais é o que se define por competência ética (KAVATHATZOPOULOS, 2003).

A demanda ética dos serviços de saúde vem aumentando. Tal fato se deve à forma de organização do próprio sistema de saúde, que não articula a formação com a prática profissional e não prepara o enfermeiro para a realidade de trabalho na atenção primária. Os profissionais deparam-se com situações novas, questões éticas e conflitos oriundos da prática diária, que acabam gerando uma rotina estressante e ocasionando o que se costuma chamar de sofrimento moral (SPORRONG et al, 2007).

A competência ética fornece subsídios para que o profissional enfrente as situações do dia-a-dia com destreza e segurança, e implica a capacidade de integrar reflexão, percepção e ação, compreendendo a si mesmo como responsável por suas próprias ações. Para isso, não basta apenas o conhecimento teórico na ética, assim como não basta apenas o conhecimento prático. Um processo cognitivo é necessário para articular e estar ciente das situações éticas e sobre como agir. Algumas estratégias têm sido propostas com o objetivo de melhorar a competência ética, como por exemplo, investimento na formação profissional, elaboração de políticas públicas, apoio, gestão e pesquisa (KAVATHATZOPOULOS, 2003; SPORRONG et al, 2007).

A educação não visa apenas transmitir habilidades profissionais, mas principalmente despertar competências para a vida e, nesse contexto, destaca-se a educação permanente, que busca através da educação em serviço incorporar o aprender e o ensinar ao cotidiano das organizações, contribuindo para a melhoria das práticas de saúde. O objetivo é provocar a reflexão e o estranhamento crítico com respeito ao pensar e agir do trabalhador em seu contexto profissional na busca de alternativas para o atendimento, discutida no coletivo da

equipe, considerada uma estrutura de interação. O modelo de educação permanente em que o aprender está inserido no cotidiano das práticas, possibilita o trabalhador desenvolver competências, porque o torna protagonista e sujeito dos processos de trabalho (BRASIL 2009).

### 3 JUSTIFICATIVA

*Um dos pontos fundamentais de uma pesquisa é destacar sua relevância social e mostrar para a comunidade científica quais benefícios podem resultar desse processo. Contribuir para melhorar a atuação do enfermeiro e qualificar a atenção à saúde é a proposta do presente projeto e isso deve ser devidamente destacado na justificativa. Por acreditar que a justificativa do projeto de pesquisa deixou a desejar neste quesito, e, em virtude das diversas alterações feitas ao estudo, optou-se por reescrever, também, este item.*

O tema competência faz parte das reflexões do mundo do trabalho desde o início da década de 1970, mas o interesse pela discussão e adoção de estratégias com esse perfil veio crescendo nos últimos anos e ganhando destaque nos meios acadêmicos e profissionais. Um dos motivos seria a constatação de que a formação tradicional não responderia mais às necessidades do mercado de trabalho, o que poderia estar prejudicando sua eficiência (BITENCOURT, 2010).

Apesar do parágrafo acima ter origem em um livro de administração, pois o tema competência, de uma forma geral, adveio do meio administrativo, tal afirmativa é completamente aplicável ao setor saúde. Não é de hoje que se chama atenção para as dificuldades do sistema de ensino em acompanhar as transformações ocorridas no setor e preparar profissionais competentes para atuar na lógica do SUS. Diversos estudos destacam essa questão (COSTA; MIRANDA, 2009; HADDAD; ZÓBOLI, 2010; MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

Ser um profissional eticamente competente significa ter capacidade e habilidade para lidar com questões de ordem ética. A competência ética na atenção primária é positiva para os serviços, uma vez que leva os profissionais a tomar consciência da reflexão, deliberação e avaliação das atitudes éticas nas práticas de saúde. Tal fato contribui para a melhoria da qualidade da atenção, visto que possibilita ao profissional ser capaz de apreender situações éticas, antecipar conflitos e reconhecê-los, uma vez que estão em vigor (KAVATHATZOPOULOS, 2003).

A ética tem origem no agir humano (FERNANDES, 2006) e a ética da saúde sempre esteve centrada numa perspectiva clínica, voltada para ações relacionadas aos avanços tecnológicos em saúde. Pouco se trabalhou a ética em sua perspectiva social, tendo como

referência o âmbito público do sujeito coletivo e pouco se sabe sobre as implicações dessas questões para o âmbito da atenção primária (ZÓBOLI, 2009).

As situações éticas da atenção primária não exprimem a dramaticidade das situações hospitalares, onde se confrontam os limites da vida, em circunstâncias de extrema urgência, onde decisões precisam ser tomadas rapidamente e a autonomia do sujeito está comprometida. Ao contrário, as questões éticas da atenção primária estão presentes no dia-a-dia de trabalho, nas relações profissionais e na realização do cuidado (ZÓBOLI; FORTES, 2004). Por esse motivo, muitas questões éticas que dificultam o processo de trabalho em atenção primária, não são percebidas pelos profissionais, que julgam normais situações como o desrespeito de profissionais para com usuários (HADDAD; ZÓBOLI, 2010).

Não se pode deixar de destacar, que existem problemas que são comuns aos dois âmbitos de atenção, nas questões referentes à dificuldade de comunicação, decisões sobre tratamento, situações emocionalmente desafiadoras e dificuldades jurídico-administrativas, identificadas em estudo com médicos e enfermeiros hospitalares (SORTA-BILAJAC et al, 2011) e médicos e enfermeiros atuantes em serviços de atenção primária (ZÓBOLI, 2003). E para fazer frente a isso, o profissional se vale da competência ética, sempre tendo em vista, as especificidades de cada sistema (SPORRONG, 2007).

A competência ética é uma ferramenta fundamental para a garantia do cuidado integral, pois prepara o profissional para identificar situações eticamente conflitivas, trabalhar na direção de um desfecho que obtenha o melhor caminho para todas as partes envolvidas e executar decisões difíceis. Mas, ter competência ética não, necessariamente, significa saber aplicá-la, muitas são as dificuldades enfrentadas pelos profissionais nesse processo. Existe uma importante dificuldade em deparar-se com uma questão ética e não confundir objetivos morais, valores, sentimentos e emoções com o processo de resolução do problema e tomada de decisão (KAVATHATZOPOULOS, 2003).

A essa altura, cabe ressaltar a importância e o motivo de trabalhar a competência ética do enfermeiro. Esse profissional é parte integrante da equipe de saúde da família e sofreu diretamente as transformações oriundas da redefinição do modelo de saúde. O enfermeiro precisou modificar radicalmente seu processo de trabalho e transcender o individual rumo ao coletivo. Essa redefinição ainda permanece como desafio e, por isso, permeada de questões éticas que confrontam conhecimentos, ações, saberes e práticas (MATUMOTO et al, 2011). Ser eticamente competente e saber utilizar essa ferramenta no dia-a-dia de trabalho tem relação direta com a qualidade do cuidado prestado (ANDREWS, 2004).

Construir competências é, portanto, algo que não depende apenas de conhecimento teórico, apenas de valores individuais ou apenas de experiência (KAVATHATZOPOULOS, 2003). Como essas características confluem para a construção da competência ética do enfermeiro é o objetivo deste trabalho e, com isso, pretende-se contribuir na formação de um novo agir profissional, em prol da atenção integral e da melhoria da qualidade dos serviços, de acordo com os objetivos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).



## 4 OBJETIVOS

*No momento em que se pensou uma nova questão de pesquisa, faz-se necessária a alteração dos objetivos de pesquisa.*

### 4.1 OBJETIVO GERAL

- reconhecer como se dá a construção da competência ética do enfermeiro em atenção primária.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- perceber quais fontes que contribuem para a construção da competência ética do enfermeiro na atenção primária;
- reconhecer a percepção dos enfermeiros sobre o papel da experiência profissional no processo de construção da competência ética na atenção primária.

## 5 METODOLOGIA

*Um dos pontos mais comentados do trabalho durante a qualificação foi a metodologia. A banca julgou os instrumentos propostos insuficientes para alcançar os objetivos da pesquisa. Portanto, buscou-se melhorar a metodologia como um todo, com novo embasamento teórico-metodológico e novas formas de coleta e análise de dados.*

*Mantêm-se como base para a coleta e análise dos achados o método de triangulação de dados. O objetivo é oferecer maior consistência para o estudo transpondo possíveis limitações epistemológicas oriundas da utilização de métodos individuais (FLICK, 2009).*

*Uma das sugestões da banca foi a de retirar o questionário padronizado (Apêndice B do Projeto de Pesquisa) do trabalho. Os motivos demonstrados pelas professoras participantes foram: tratar-se de um instrumento fechado, que não possibilitaria compreender e/ou explorar o tema de pesquisa; ser ‘politicamente correto’, ou seja, as perguntas fechadas e direcionadas levariam todos os profissionais a responder de forma positiva, pois seria ‘o certo a fazer’, não oferecendo a legitimidade esperada; e, em vista do exposto, não seria capaz de responder aos objetivos de pesquisa.*

*Em posterior reunião de orientação, após discussão dos prós e contras e esclarecimento do real objetivo da aplicação do questionário, decidimos manter sua utilização. Uma vez que as cópias já haviam sido feitas e o termo de consentimento livre e esclarecido já estava em mãos, iniciamos o trabalho de campo. Preciso agora esclarecer os motivos que nos levaram a aplicá-lo, e foram dois:*

*- segundo recomendações da Enfermeira Rosângela Beatriz Pires, responsável técnica pela enfermagem do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, eu deveria iniciar minha entrada no campo marcando um encontro com os enfermeiros de cada unidade de saúde, para explicar sobre o que trata a pesquisa, disponibilizar uma cópia do projeto e combinar como se daria o processo de coleta de dados. Deste modo, pensamos que poderíamos aproveitar esta oportunidade, que já estava posta, para pedir que os profissionais preenchessem o questionário, o que não levaria mais de quinze minutos.*

*- com as respostas do questionário, pretendíamos uma introdução ao campo, perceber, talvez, alguns pontos fracos ou dificuldades que pudessem ser trabalhadas em profundidade na posterior entrevista. Com os dados aqui obtidos, não se pretendia responder a nenhum dos objetivos de pesquisa, mas sim, preparar o pesquisador para o trabalho de*

*campo, subsidiando seu conhecimento e abrindo lacunas que pudessem ser exploradas posteriormente, como pede a metodologia fenomenológica interpretativa (POLIT; BECK, 2011).*

*Ambos os instrumentos, questionário e entrevista, foram modificados e adaptados à nova metodologia de pesquisa. O questionário recebeu perguntas fechadas que questionam a frequência com que o profissional faz uso da competência listada, além disso, foram acrescentadas perguntas abertas que permitirão ao enfermeiro discorrer sobre as principais dificuldades e os principais empecilhos que, por ventura, possam estar prejudicando ou dificultando o processo de utilização das competências. A entrevista foi reformulada, com o objetivo de adentrar ao tema e ser capaz de responder aos objetivos de pesquisa.*

## 5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que buscou investigar a prática do enfermeiro na atenção primária. O marco teórico-metodológico empregado para a construção dos dados esteve baseado na fenomenologia de cunho interpretativo.

A fenomenologia, originária da tradição filosófica desenvolvida por Husserl e Heidegger, é uma abordagem para explorar e compreender as experiências de vida das pessoas. Investiga fenômenos subjetivos, pois acredita que a verdade sobre a realidade se fundamenta na experiência vivida, que dá significado à percepção que cada pessoa tem de determinado fenômeno (POLIT; BECK, 2011).

A variação metodológica da fenomenologia interpretativa foi proposta por Heidegger, que enfatizou a importância da interpretação e da compreensão dos fenômenos da experiência humana, além de sua simples descrição. Os objetivos da pesquisa fenomenológica interpretativa são entrar em outro mundo e descobrir a sabedoria, as possibilidades e as compreensões encontradas ali (POLIT; BECK, 2011).

Este tipo de estudo pressupõe uma compreensão prévia da parte do pesquisador acerca do fenômeno investigado. Apesar de manter suas crenças e opiniões, o fenomenologista interpretativo deve tratar o texto da entrevista de modo aberto, ou seja, deve estar disposto a ouvir o que o texto está dizendo (POLIT; BECK, 2011).

## 5.2 CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada nos postos do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

O GHC é uma instituição pública federal, vinculada ao Ministério da Saúde, que além dos cuidados hospitalares, desenvolve ações na área de atenção primária através do SSC. O serviço foi criado em 1982 com o objetivo de aperfeiçoar a formação de recursos humanos na área de medicina de família. Hoje, o SSC constitui uma rede de doze unidades de saúde, localizadas na zona norte de Porto Alegre, responsável pelo atendimento de mais de 100 mil pessoas, que são cadastradas para um permanente acompanhamento de seu estado de saúde. A rede de Saúde Comunitária do GHC é formada por um total de 39 equipes, responsáveis pelo acompanhamento de 31.577 famílias, realizando, cerca de, 42% da cobertura do município. O Ministério da Saúde baseou-se no Serviço de Saúde Comunitária do GHC para criar a Estratégia de Saúde da Família no Brasil, o que justifica a escolha do campo (GHC, 2012).

Porto Alegre é a capital do estado e conta com uma área de 496,8 Km<sup>2</sup>. Sua população é estimada em 1.409.939 habitantes (IBGE, 2011). A atenção primária do município é organizada a partir de unidades básicas de saúde, onde o processo de trabalho segue a lógica de atendimento à demanda espontânea; e de unidades de saúde da família, onde equipes estruturadas trabalham na perspectiva da ESF, atendendo à demanda programada e realizando o acompanhamento das famílias cadastradas. O número de famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município é de 74.492 (DATASUS, 2011).

### 5.3 UNIVERSO EMPÍRICO

Foram sujeitos desta pesquisa os enfermeiros trabalhadores do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. O projeto foi desenvolvido em duas fases: na primeira, a pesquisadora visitou as doze unidades de saúde e conversou com os enfermeiros, propondo que preenchessem um questionário (APÊNDICE A).

Após a análise deste material, foi agendada uma entrevista (APÊNDICE B) com alguns profissionais de diferentes unidades de saúde, que mostraram ter bastante experiência em atenção primária. A ideia era entrevistar, pelo menos, um enfermeiro de cada uma das doze unidades de saúde, mas cabe lembrar que, por esta ser uma pesquisa de cunho qualitativo, este não se constituiu como critério de representatividade da amostra para o encerramento da coleta de dados. Seguiu-se o critério da variabilidade, ou seja, a coleta termina quando o problema for abordado em sua totalidade e perceber-se que há evidências suficientes para se responder aos objetivos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

Os fenomenologistas tendem a confiar em amostras pequenas, com cerca de 10 participantes ou menos, mas há um princípio norteador na seleção da amostra: todos os participantes precisam ter experimentado o fenômeno, sendo capazes de expressar o que significa ter vivido essa experiência. Mesmo buscando participantes que tenham passado pelas experiências-alvo, os fenomenologistas também querem explorar a diversidade das experiências individuais. Portanto, pode ser que eles procurem especificamente pessoas com diferenças demográficas ou outras, que tenham uma experiência em comum (POLIT; BECK, 2011).

#### 5.4 COLETA DE DADOS

Ao responder o questionário (APÊNDICE A), o profissional revelou a importância que dá às diferentes competências e a frequência com que as utiliza na prática diária. Além disso, foi aberta a oportunidade do enfermeiro discorrer sobre quais seriam alguns dos empecilhos que poderiam dificultar o desenvolvimento e a utilização das competências, se assim considerar que existem, bem como sugerir alguma competência não contemplada no instrumento em questão.

O cabeçalho do questionário é formado por perguntas referentes a variáveis demográficas e socioeconômicas. Tais questões foram usadas para descrever o universo empírico e, a partir destes resultados, reconhecer quais profissionais poderiam colaborar na segunda etapa de coleta de dados. O instrumento também permite identificar pequenos detalhes do campo como, por exemplo, em quais questões estão centradas as maiores dificuldades para exercer a competência, se isso é comum a todos os locais, se tem relação com a idade do sujeito ou com o tempo que o mesmo trabalha no serviço. Enfim, a matriz teórico-metodológica que embasa a pesquisa, a fenomenologia interpretativa, pede que o pesquisador tenha algum conhecimento do campo antes de iniciar a coleta de dados, mesmo que durante a análise dos achados deva manter-se imparcial (POLIT; BECK, 2011).

O questionário é uma técnica de autorrelato quantitativo, onde se pede que os participantes respondam às mesmas questões na mesma ordem. O objetivo é captar aspectos gerais considerados relevantes para o problema sob investigação, iluminando a compreensão do tema de pesquisa (MINAYO, 2010). Normalmente, este tipo de instrumento busca reprodutibilidade e significância estatística o que, segundo Souza et al (2005), não é seu objetivo principal quando elemento constituinte da metodologia de triangulação, antes busca

ser uma complementação de informações, estabelecendo um diálogo com as demais fontes de dados empíricos.

Ao elaborar o instrumento, o pesquisador precisa monitorar com cuidado a construção das perguntas, garantindo sua clareza, sensibilidade, ausência de desvio e nível de leitura (POLIT; BECK, 2011). Em vista disso, o questionário proposto foi baseado nos resultados do trabalho de Witt (2005), que elaborou uma lista de competências do enfermeiro, às quais foi incorporada uma escala de Likert, para quantificar até que ponto os profissionais concordavam ou discordavam das afirmações apresentadas. O questionário apresentou uma escala de Likert de cinco itens, variando de 1 (discordo plenamente/nunca) a 5 (concordo plenamente/sempre), para medir o grau de concordância do profissional em relação à competência descrita e a frequência com que o mesmo faz uso dela em sua rotina de trabalho.

A etapa seguinte foi a realização de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) com alguns enfermeiros do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. As entrevistas semiestruturadas são a escolha do pesquisador quando o mesmo possui tópicos ou questões amplas, que precisam ser abordadas durante a conversa. O pesquisador usa um guia de tópicos para garantir que todas as áreas serão contempladas. A função do entrevistador é encorajar os participantes a falarem livremente sobre todos os tópicos listados. Na metodologia fenomenológica interpretativa, a principal fonte de dados são as conversas detalhadas, em que pesquisadores ajudam os informantes a descreverem suas experiências de vida, por isso a escolha da entrevista semiestruturada como fonte de dados empíricos (POLIT; BECK, 2011).

Para iniciar o diálogo, foi apresentado aos profissionais um caso permeado de questões éticas, para que eles relatassem se já haviam vivenciado semelhante situação e o que fariam para solucionar o problema, percebendo a ética no transcorrer do processo de tomada de decisão. A partir dessa resposta, deu-se início à entrevista, que abordou três temas centrais: as competências do enfermeiro; a competência ética na atenção primária; e a educação para competências. O fechamento da conversa deu-se com o relato de um importante desafio ético, vivenciado pelo profissional na sua experiência de atuação nos serviços de atenção primária.

O primeiro tópico, competências da enfermagem, buscou perceber o que o sujeito de pesquisa entende por competência, como ele acha que um profissional adquire essa característica, como a ética se relaciona com a competência, como se constroem as competências, quais referências ele usa nesse processo de construção, se existem algumas competências mais importantes do que outras e como se dá a aplicação prática da

competência. Pretendeu-se com essa introdução situar o entrevistado no campo das competências e resgatar seus conhecimentos teóricos e práticos acerca do assunto.

No segundo tópico, pretendeu-se adentrar ao campo da ética, descobrindo o que o sujeito entende por ética, onde ou em quais situações ele acredita que a ética perpassa sua rotina de trabalho, o que ele entende por um enfermeiro eticamente competente, como se dá o processo de construção dessa competência, quais são as fontes que ele utiliza, perceber até que ponto ele acredita que a experiência é formadora de competência, retomar as principais dificuldades que ele enfrenta no processo de aplicação prática da competência ética e identificar situações onde ele faz uso dessa competência.

Um enfoque especial é dado à educação dos profissionais de saúde no terceiro tópico da entrevista, visto que esse é um dos grandes desafios da saúde pública brasileira. Buscou-se identificar o papel da educação superior, das políticas de educação permanente e da educação continuada na construção da competência ética do enfermeiro em atenção primária.

O caso escolhido para realizar a abertura da entrevista foi retirado do trabalho de Zóboli (2003), que realizou uma pesquisa com médicos e enfermeiros do PSF de São Paulo a fim de identificar os principais problemas éticos que permeavam seu trabalho. No roteiro da entrevista (Apêndice B) constaram dois casos, a fim de permitir que o entrevistador a ele recorresse, caso o entrevistado não entendesse o primeiro caso, não quisesse opinar ou não soubesse sua posição frente ao exposto. Assim, o caso um foi apresentado a todos e o caso dois apenas se necessário.

## 5.5 ANÁLISE DE DADOS

A dupla entrada dos dados do questionário (APÊNDICE A), foi realizada através do Programa EpiData, versão 3.1 para posterior comparação dos bancos de dados e correção dos possíveis erros de digitação.

O questionário teve por objetivo proporcionar à pesquisadora o reconhecimento inicial do campo, a descrição dos sujeitos de pesquisa, permitir a identificação de possíveis fatores limitadores na utilização das competências e, assim, colaborar na escolha dos sujeitos de pesquisa para a seguinte etapa, a entrevista. Para isso, utilizou-se a estatística descritiva a fim de apresentar os dados de uma maneira pertinente e organizada, com auxílio das medidas de tendência central, como média e porcentagem, através do programa SPSS 18.0 (CALLEGARI-JAQUES, 2003).

Às competências listadas no instrumento, foram acrescentadas escalas de Likert, com valores variando entre 1 (discordo plenamente/nunca) e 5 (concordo plenamente/sempre), para perceber a concordância do profissional em relação ao tema exposto no enunciado da questão. A escala de Likert é, originalmente, formada por um conjunto de números, favoráveis e desfavoráveis, relacionados ao objeto de estudo. Os participantes são chamados a responder cada questão no sentido de concordar ou discordar com o enunciado. As respostas de todos os sujeitos são combinadas e assim, os tópicos com maior e menor grau de concordância podem ser identificados (McIVER; CARMINES, 1981).

Neste caso, a concordância com as declarações expressas de modo positivo recebe uma pontuação maior, o que indica uma atitude favorável ao conhecimento e uso das competências. A pontuação final é determinada pela soma dos pontos de cada item ou pela correlação das variáveis (POLIT; BECK, 2011).

Este tipo de metodologia tem sido utilizada em muitos trabalhos na área das competências profissionais (SILVA; TANAKA, 1999; WITT, 2005; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009) e sua escolha se deve à simplicidade no procedimento de construção da escala e análise dos dados (McIVER; CARMINES, 1981).

A seguir previa-se também realizar análises bivariadas entre as variáveis dependentes e independentes, por meio do teste de qui-quadrado de Fischer, usado para amostras muito pequenas, para heterogeneidade ou tendência linear, considerando-se um nível de significância de 5%. O objetivo era perceber possíveis correlações entre características sociodemográficas, a unidade de saúde onde o profissional atua e seu tempo de experiência na atenção primária, com o uso das competências (CALLEGARI-JAQUES, 2003).

Não se esperava obter nenhuma significância estatística, mas apenas visualizar possíveis tendências em relação ao conhecimento e à utilização das competências de uma forma geral. Além de a amostra ser muito pequena, cabe lembrar que dados numéricos utilizados num estudo qualitativo não demonstram sua relevância comprovando as hipóteses estatisticamente, mas complementando as diferentes fontes de informação e oferecendo maior consistência ao estudo (SOUZA et al, 2005).

As entrevistas foram digitalmente gravadas e posteriormente transcritas. A análise de dados qualitativos é um empreendimento particularmente desafiador por três razões principais: primeiro, porque não há regras universais para análise desse tipo de dado e essa falta de procedimentos analíticos padronizados dificulta a explicação de como essas análises podem ser feitas e como as descobertas devem ser apresentadas de modo a evidenciar sua validade; segundo, devido à enorme quantidade de trabalho exigida e o desafio de organizar e



dar sentido à páginas e páginas de materiais; e o terceiro, se refere às habilidades indutivas necessárias ao pesquisador para ser capaz de discernir padrões e entrelaçá-los de um modo todo unificado (POLIT; BECK, 2011).

Por isso, o pesquisador deve estar atento e seguir *pari passo* as etapas metodológicas. A fenomenologia interpretativa é baseada na hermenêutica heideggeriana, que destaca a noção do círculo hermenêutico, processo metodológico em que, para se compreender algo, realiza-se um contínuo movimento entre as partes e o todo do texto analisado. Para interpretar os resultados de um estudo fenomenológico, o pesquisador não pode se separar dos significados do texto e precisa lutar para compreender possibilidades que este possa revelar (POLIT; BECK, 2011).

São pontos fundamentais da análise fenomenológica interpretativa: isolar as próprias visões, estabelecer uma atmosfera de confiança, encorajar a sinceridade, ouvir enquanto se prepara para fazer a pergunta seguinte, manter o acompanhamento e conter-se emocionalmente (POLIT e BECK, 2011).

Diekelmann et al (1989), citado por Polit; Beck (2011), propuseram um processo de sete etapas de análise de dados em hermenêutica, que formarão a base da análise dos dados deste trabalho, são elas:

- ler todas as entrevistas em busca de uma compreensão geral;
- escrever resumos interpretativos de cada entrevista;
- pedir a outro pesquisador que analise as entrevistas transcritas;
- voltar ao texto para solucionar qualquer discordância interpretativa;
- comparar e contrastar o texto para identificar significados comuns e práticas compartilhadas;
- deixar emergir relações entre os temas;
- apresentar um esboço dos temas e trechos exemplares e incorporar respostas ou sugestões ao esboço final.

Através da análise fenomenológica interpretativa baseada na hermenêutica heideggeriana, pretende-se responder aos objetivos propostos.

## 6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente projeto foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, recebendo o parecer de aprovado em agosto de 2011, sob o protocolo nº 11-111.

O Comitê de Ética julgou necessária a elaboração de dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido: um para os profissionais que respondessem ao questionário (APÊNDICE C), e outros para os profissionais que participassem da entrevista (APÊNDICE D).

Ambos os termos foram sempre apresentados em duas vias, sendo uma cópia entregue ao sujeito de pesquisa e outra permanecendo em poder do pesquisador. Os termos asseguram aos participantes o anonimato e confidencialidade das informações obtidas, assim como a garantia de desistência da pesquisa, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo. É importante ressaltar ainda, que não há riscos previsíveis para os profissionais participantes e que a pesquisa pretende contribuir na melhoria dos processos de trabalho em atenção primária.

Os dados serão utilizados apenas para fins desta pesquisa, permanecendo armazenados durante cinco anos e após destruídos. Serão observadas as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde, resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

## 7 TRABALHO DE CAMPO

*O trabalho de campo consiste da descrição dos passos dados pelo pesquisador ao longo do processo de coleta de dados e elaboração do trabalho final. É importante relatar as etapas realizadas, as dificuldades e facilidades vivenciadas e como os dados foram analisados.*

### 7.1 INICIAÇÃO AO CAMPO

*O primeiro contato da pesquisadora com o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) aconteceu no dia 15 de julho de 2011. Na ocasião, acompanhava o orientador José Roque á uma reunião com a coordenação do serviço para apresentação de um projeto de pesquisa. Aguardamos em uma sala que, coincidentemente, se tratava do gabinete da Enfermeira Rosângela Beatriz Pires, responsável técnica pela enfermagem do SSC. Aproveitamos a oportunidade para apresentar minha proposta de pesquisa que seria levada, naquele mesmo dia, para apreciação do Comitê de Ética da instituição. Nesse encontro, a enfermeira Rosângela mencionou a ocorrência de uma reunião mensal entre a direção e os enfermeiros e enfermeiras do SSC. Ela me deixou a par das próximas datas das reuniões, que eram 21 de julho, 18 de agosto e 15 de setembro, e me deu seu e-mail e telefone para mantermos contato.*

*Aguardei a liberação do projeto pelo Comitê de Ética, que aconteceu no dia 10 de agosto de 2011. Nesse momento, já havia passado pela banca de qualificação, estava ciente das sugestões de mudança propostas, mas em decisão conjunta com meu orientador, decidi manter a aplicação do questionário. Assim, entrei em contato com a enfermeira Rosângela e marcamos minha ida á uma reunião extraordinária que aconteceria no dia 30 de setembro. Percebi que as coisas não seriam fáceis quando, ao invés dos quase cinquenta profissionais esperados na reunião (entre residentes e enfermeiros), apenas pouco mais de dez estavam presentes. Expliquei para quem estava presente sobre a pesquisa e fui aconselhada a procurar cada unidade de saúde individualmente. E assim fiz.*

## 7.2 COLETA DE DADOS: QUESTIONÁRIO

*Iniciei ligando para as unidades, falando com pelo menos um enfermeiro de cada local, e agendando um dia da semana para comparecer no posto. No dia marcado, apresentei aos profissionais minha proposta de pesquisa, a carta de aprovação do comitê de ética, o termo de consentimento livre e esclarecido e iniciei um pequeno diálogo acerca do conteúdo do projeto. A grande maioria apresentou interesse no assunto e boa vontade em participar, mas muitos não dispunham de tempo e diziam que sua rotina era um tanto quanto apressada, mas que tentariam ajudar.*

*A logística não foi tão simples quanto pensava, pois tive que passar diversas vezes em algumas unidades até conseguir falar com a maioria dos profissionais, pois sempre havia alguém que não estava presente. Isso se deve, em parte, devido ao grande incentivo da instituição para que os profissionais participem de cursos e palestras de aperfeiçoamento, então, sempre havia algum enfermeiro ausente no momento da coleta de dados. Em determinados lugares, os instrumentos foram deixados e recolhidos em outra oportunidade, uma logística um tanto quanto arriscada, pois, como já esperava, em alguns lugares os questionários não estavam preenchidos no momento da devolução. Mesmo assim, depois de pouco mais de um mês estava com um número aceitável de questionários preenchidos.*

*Todo esse processo teve lugar entre os meses de novembro e dezembro de 2011. Com os questionários em mãos, deu-se início à etapa de digitação e análise dos dados.*

## 7.3 COLETA DE DADOS: ENTREVISTA

*Durante a aplicação dos questionários foi possível conhecer as unidades de saúde e a grande maioria dos enfermeiros, bem como perceber especificidades do campo, o que foi determinante para a escolha dos profissionais convidados a participar da entrevista. A pesquisadora fez contato telefônico com as unidades de saúde e buscou conversar com enfermeiros que demonstraram ter bastante experiência em atenção primária. Foi agendada uma entrevista, com duração de aproximadamente 40 minutos, para que o profissional pudesse discorrer sobre o tema de pesquisa.*

*Os enfermeiros atenderam ao pedido de imediato e, em menos de um mês, todas as entrevistadas haviam sido realizadas. Os profissionais demonstraram bastante interesse no tema e muitos pediram para que ao fim do estudo a pesquisadora retornasse com os resultados.*

*A primeira entrevista aconteceu no dia 1º de março de 2012 e, nesse mesmo dia, a gravação foi ouvida na presença do orientador que buscou mostrar pontos onde a pesquisadora poderia intervir mais para chegar aos resultados. As entrevistas subsequentes transcorreram tranquilamente e quanto mais o tempo passava e a pesquisadora se ambientava na técnica de coleta, melhores eram os relatos. Assim, quando feita a décima entrevista, chegou-se à conclusão que tínhamos evidência suficiente para responder aos objetivos de pesquisa.*

*Paralelamente à realização das entrevistas ocorria o processo de transcrição, que foi realizado pela pesquisadora com o auxílio de uma bolsista de iniciação científica. Quando a última entrevista foi feita, todas as demais já estavam transcritas e impressas e isso ajudou para que se pudesse iniciar prontamente o processo de análise.*

#### 7.4 ANÁLISE DE DADOS: QUESTIONÁRIO

O questionário atingiu seu objetivo de proporcionar à pesquisadora o conhecimento do campo e dos sujeitos de pesquisa, bem como de perceber quais profissionais tinham mais experiência no campo da atenção primária e estavam dispostos a participar do estudo. Foi realizada análise estatística para descrever os sujeitos de pesquisa e identificar a média de respondentes por sexo, cor da pele e estado civil, além da média de anos que já estão formados e trabalham em serviços de atenção primária. Para isso, os dados foram digitados no programa EpiData, versão 3.1, e analisados através do programa SPSS 18.0.

Ao total foram preenchidos 27 questionários, seis deles por residentes de enfermagem, que foram excluídos da análise dos dados. Com exceção de um profissional, todos os demais eram do sexo feminino (n 20; 95%), a grande maioria de cor branca (n 17; 81%), casados ou em união (n 11; 52%). Todos possuíam pós-graduação, alguns com ênfase em saúde pública (n 11; 52%), outros em saúde da família (n 6; 28%) e outros ainda em saúde coletiva (n 3; 14%), e uma enfermeira possuía especialização em obstetrícia. A distribuição do tempo de formado variou uniformemente, mas pode-se observar que existem 6 profissionais com 20 anos ou mais de formação, o que representa 28% da amostra. A maioria trabalha na atenção

primária há menos de 10 anos (n 13; 62%) e atua no serviço de saúde comunitária do GHC pelo mesmo período (n 15; 71%).

Não se julgou necessário realizar análises bivariadas entre as variáveis independentes, através do teste de qui-quadrado de Fischer como estava previsto, pois como já se previa, as respostas continham um importante viés do que seria ‘politicamente correto’. Todas as respostas ficaram situadas entre os números 4 e 5 da Escala de Likert (concordo/concordo plenamente/sempr).

Esse viés se torna mais evidente, quando analisado que apesar dos profissionais assinalarem que aplicam as competências em seu dia-a-dia de trabalho ‘sempre’, cerca de 62% (n=14), responderam que existiam empecilhos em sua rotina de trabalho que dificultariam e, até mesmo, poderiam fazer com que as competências não pudessem ser aplicadas. As principais dificuldades relatadas estavam relacionadas com a sobrecarga de trabalho e dificuldades na estrutura física e organizacional.

Ficou claro que o instrumento quantitativo não foi capaz de apreender o real significado das competências e de seu uso pelo enfermeiro na atenção primária. Apesar disso, foi importante para reconhecer o campo e chegar ao pressuposto da fenomenologia interpretativa, que pede que o pesquisador tenha esse conhecimento antes de iniciar a coleta de dados, mesmo que depois deva manter-se imparcial (POLIT; BECK, 2011).

## 7.5 ANÁLISE DE DADOS: ENTREVISTA

A análise de dados proposta pela fenomenologia interpretativa é baseada na hermenêutica heideggeriana, que destaca a noção do círculo hermenêutico, processo metodológico em que, para se compreender algo, realiza-se um contínuo movimento entre as partes e o todo do texto analisado. Para interpretar os resultados de um estudo fenomenológico, o pesquisador não pode se separar dos significados do texto e precisa lutar para compreender possibilidades que este possa revelar (POLIT; BECK, 2011).

Assim, deu-se início ao processo de sete etapas de análise de dados proposta por Diekelmann et al (1989), citado por Polit e Beck (2011):

**- *Ler todas as entrevistas em busca de uma compreensão geral:*** após transcritas, as entrevistas foram impressas pela pesquisadora e lidas em sua íntegra por diversas vezes. Nesse processo, buscou-se elaborar uma compreensão geral sobre o tema de pesquisa,

perceber as particularidades e refletir criticamente sobre o conteúdo, chegando-se a uma percepção concreta do conteúdo das falas.

- ***Escrever resumos interpretativos de cada entrevista:*** depois de ler e se apropriar do conteúdo das entrevistas, a pesquisadora partiu para a segunda etapa na análise dos dados e redigiu o resumo interpretativo de cada entrevista.

- ***Pedir a outro pesquisador que analise as entrevistas transcritas e voltar ao texto para solucionar qualquer discordância interpretativa:*** a seguinte etapa pede que outro pesquisador analise as entrevistas e os resumos e busque, a partir do seu ponto de vista, possíveis outros significados, interpretações e informações que tenham sido negligenciadas pelo pesquisador. Assim, o material foi enviado para o Professor Doutor José Roque Junges, orientador do presente trabalho. A avaliação do orientador não destacou discordâncias interpretativas e, portanto, pula-se a etapa de voltar ao texto para solucionar problemas.

Pretende-se, para o futuro, levar os dados obtidos neste trabalho para discussão em grupo para que possam ser visualizados outros caminhos e percepções, diferentes das já destacadas.

- ***Comparar e contrastar o texto para identificar significados comuns e práticas compartilhadas:*** muito se fala em vínculo entre profissional e usuário como base para qualquer ação no campo da atenção primária, isso devido às características do campo de trabalho relacionadas à integralidade, à longitudinalidade e ao contexto.

Através do vínculo:

- *o profissional se sente mais seguro, consegue compreender melhor o que acontece com o usuário, adentra seu contexto de vida e pode realizar as intervenções;*
- *entende melhor a situação e pode fazer com que o usuário perceba questões importantes;*
- *faz com que o usuário se sinta seguro, se melhora a abordagem;*
- *pode-se estabelecer a conversa e o entendimento baseado no contexto em que esse sujeito está inserido;*
- *se pode orientar, acompanhar, conversar, entender e aconselhar, pois o contexto orienta a abordagem profissional e o vínculo auxilia no alcance dos objetivos terapêuticos.*

As competências são definidas como um rol de atribuições e habilidades do enfermeiro é o saber agir do profissional, necessário no processo do cuidar em atenção

primária para trabalhar outras questões aquém da clínica e perceber cada um dentro do seu contexto. As competências são um processo em constante construção.

A competência ética é construída com base em diferentes valores, princípios, fontes e experiências:

- *o profissional se utiliza do conhecimento, da formação, da experiência, do enfrentamento das situações;*
- *formação pessoal, familiar, infância, criação, graduação, pós-graduação, protocolos, bases de dados, legislação, conhecimento e experiência, é um conjunto de coisas;*
- *estudo e experiência profissional. Esse saber agir tem base na vida, no dia-a-dia, no conhecimento adquirido, no estudo e na capacitação;*
- *vem do berço, dos valores que trazemos, da formação, do dia-a-dia e do conjunto de regras que orienta nossa profissão;*
- *vem da experiência, dos momentos de reflexão, da formação, da convivência, da troca;*
- *através da formação, da experiência, dos valores pessoais, dos encontros e espaços de discussões em equipe;*
- *a formação e a experiência são acionadas, e a experiência confere maior segurança ao trabalhador e o apoio da equipe garante a prestação do cuidado de qualidade;*
- *é construída no espaço teórico, que é a universidade, e a partir da experiência profissional que a prática proporciona. A prática propicia a vivência de situações concretas e a teoria, a base para o saber ser profissional;*
- *formação teórica de qualidade e na prática interdisciplinar, proporcionada pela educação permanente;*
- *construído a partir da teoria, da prática e da continuidade;*
- *valores pessoais, que determinam a abordagem, a forma como se trabalha, a partir da formação, da experiência, dos espaços de reflexão.*

A graduação entra nesse processo de construção como:

- *promotora do saber teórico, caminho, referência;*
- *espaço de construção de competência clínica com papel mais teórico;*
- *para embasar todo o processo de tomada de decisão oriunda da prática profissional;*

A experiência se destaca como:

- *promotora da construção e desenvolvimento das competências, pois traz oportunidades de aprendizado, garantindo maior segurança para o trabalhador no desenvolvimento de suas funções;*
- *traz maturidade, tolerância e olhar crítico;*



Os valores e princípios pessoais também fazem parte desse processo de construção e aparecem descritos como:

- *a base da construção da competência ética, porque sustenta o modo como o profissional age;*
- *comprometimento e dedicação; respeito e empatia;*
- *a criação, a educação e a convivência familiar constroem o caráter e te ensinam como se relacionar com as outras pessoas;*
- *a competência ética depende da carga pessoal e moral de cada profissional;*
- *vivências culturais, familiares, diálogo e questionamento;*
- *do berço, da educação e do respeito que se aprende em casa;*
- *lembrando que os valores do profissional nunca devem se sobrepor aos valores do usuário;*

A educação permanente é vista como o espaço ideal para promover a construção da competência ética em atenção primária:

- *importante espaço de construção de competência, pois traz a proximidade com a prática e relaciona o aprendizado com o dia-a-dia. Um espaço multidisciplinar onde o enfermeiro pode refletir sobre todas as questões que estão implicadas em seu campo de trabalho refletindo em qualidade;*
- *espaços onde os profissionais podem trabalhar todas as questões de ordem ética que aparecem nos casos mais complicados, como questões sociais e de manejo da equipe;*
- *trabalhar com questões problemáticas vivenciadas pela equipe e/ou partir de problemas que acontecem no cotidiano geram uma mudança de comportamento, quando o profissional é convidado a pensar numa ação que faz cotidianamente ele consegue refletir e melhorar pela experiência, mudar seu comportamento e não continuar reproduzindo mecanicamente uma prática já instituída;*
- *um espaço que oportuniza a reflexão acerca do agir profissional;*
- *desenvolvem no profissional as habilidades de saber ouvir, respeitar e levar em conta a participação dos usuários na tomada de decisão;*
- *espaço promotor de competências, pois faz com que os profissionais sejam protagonistas de sua própria demanda, ou seja, identifica lacunas, falhas e necessidades e atua no sentido de qualificar a atuação profissional;*
- *proporcionam uma reflexão crítica dos profissionais acerca dos casos mais complexos, que exigem mais competências. Trazer a prática para a reflexão contribui para a melhoria da qualidade do cuidado, é a oportunidade de perceber diferentes visões acerca de um assunto, obtendo um consenso do que seria a melhor solução, o profissional não age sozinho e, por*

*consequência, se sente mais seguro. Possibilita um contínuo reabastecimento dos conhecimentos, permitindo mudanças e aprimoramento;*

- proporciona a reflexão, auxilia o profissional e garante maior segurança no desempenho de suas ações;*
- abre espaço à discussão e não permite que os profissionais sejam absorvidos pela demanda;*
- empoderam o profissional, motivam a equipe e garantem mais segurança ao saber agir;*
- utilizam tanto da teoria quanto da prática para trabalhar questões vivenciadas no dia-a-dia de trabalho e buscar a melhoria da qualidade da assistência;*
- espaço onde pode-se lembrar o que é isso, o que é ética na nossa profissão;*
- espaço onde as demandas possam ser compartilhadas com a equipe de saúde. Espaço de debate e reflexão, que permite que o profissional retome e possa enxergar situações do dia-a-dia sob outra perspectiva, contando com o apoio da equipe para poder, inclusive, mudar suas ações para melhor, aprender com a vivência. Isso se traduz em qualidade e esse é o principal objetivo da educação permanente, promover a reflexão e a mudança de atitude.*

Importante destacar que, quando solicitado que os profissionais relatassem um caso eticamente problemático vivenciado em sua experiência de trabalho, todos os exemplos contemplaram questões de relacionamento seja ele familiar, com os colegas de trabalho ou com o sistema de saúde. Nenhum exemplo trouxe uma questão técnica para ser discutida. Isso corrobora para o fato de que a ética não está nos protocolos de atendimento, ela permeia as decisões subjetivas e está intimamente relacionada com a qualidade do cuidado em saúde.

Isso está diretamente ligado ao contexto de trabalho, ou seja, à realidade da atenção primária, que diferencia muito as questões éticas discutidas em um ambiente hospitalar e em um ambiente de cuidados primários. Por isso, a bioética e a competência ética precisam ser exploradas e construídas nesse contexto de atenção, que busca reorientar o modelo de atenção em saúde.

A atenção primária:

- realidade de atendimento que requer habilidades mais intelectuais do que propriamente técnicas do profissional;*
- perpassa toda a questão do acompanhamento, do cuidado longitudinal e, apesar de não ter situações críticas, o malefício de uma conduta não ética pode ser igual ou maior;*
- se lida com a privacidade do paciente ao mesmo tempo em que se solicita ajuda do agente comunitário de saúde. A longitudinalidade e a integralidade aumentam a responsabilidade do enfermeiro nesse sentido;*

- *espaço de atuação onde as relações são muito próximas, a responsabilidade é longitudinal e o cuidado está imerso no contexto de cada indivíduo;*
- *realidade de trabalho muito dinâmica, muitas demandas fogem da assistência protocolada, ou seja, vão além das questões técnicas;*
- *a questão do contexto demanda tempo, conversa, apoio e entendimento, deixando a assistência mais complexa e permeada por questões éticas importantes.*

Trabalhar a questão da competência ética se faz necessária para ajudar os profissionais a resolver grande parte das questões que permeiam sua realidade de trabalho e, com isso, se traduzir em qualidade. Ainda mais porque:

- *a ética não é senso comum, presume-se que todos saibam o que é e saibam agir com ética, mas muita gente não sabe, não consegue identificar;*
- *muitas vezes, a ética é tida como um saber inerente ao profissional e acaba não sendo trabalhada de forma específica nos serviços de saúde, como se fosse uma coisa introjetada, mas se fosse trabalhada a partir de casos, de situações do cotidiano, de como a ética entra nesses processos, se poderia evitar muitas situações de conflito, que acabam trazendo prejuízos para o paciente e para a equipe.*

**- Deixar emergir relações entre os temas:** o processo de construção das competências é abordado pelos entrevistados de forma semelhante. A maioria destaca o papel da formação inicial e da prática profissional como base para a construção da competência ética.

A formação inicial, vivenciada na graduação, traz o saber teórico, que será a base do saber ser e do saber agir do profissional, sob o qual o enfermeiro vai construir sua conduta. A experiência entra no processo de construção como promotora das competências, pois traz oportunidades de aprendizado, garantindo maior segurança para o trabalhador no desenvolvimento de suas funções. Assim, a prática propicia a vivência de situações concretas e a teoria, a base para o saber ser profissional.

Todas as entrevistas corroboram para o fato de que a educação permanente se apresenta como a melhor proposta de espaço promotor e construtor da competência ética na atenção primária. As justificativas passam pelo fato comum deste tipo de educação estar baseada na realidade do serviço de saúde e abordar temas que permeiam a prática profissional, o que proporciona um espaço de reflexão crítica acerca das ações profissionais e permite que os sujeitos observem, relatem, reflitam e construam em cima de questões vivenciadas e, com isso, possam aperfeiçoar a prática e melhorar a qualidade da atenção.

As características dos serviços de atenção primária favorecem as percepções descritas acima pela própria realidade de atenção à saúde, baseada na integralidade e na longitudinalidade, sempre levando em conta o contexto onde o usuário está inserido. Isso presume que o profissional faz da competência ética a base de sua atuação, pois sempre busca resolver os problemas de saúde respeitando a individualidade, as especificidades e o contexto de cada usuário ou membro da equipe.

- *Apresentar um esboço dos temas e trechos exemplares e incorporar respostas ou sugestões ao esboço final:* depois de finalizada a etapa anterior, chegou-se à proposta dos temas finais, a serem abordados na elaboração do artigo científico resultante da pesquisa. Nesse ínterim, buscou-se responder aos objetivos de pesquisa, assim segue:

**TEMA 1:** o processo de construção das competências e os diferentes valores, princípios e fontes utilizados.

*[...muito vem da formação pessoal, familiar, infância, criação e tal, muito a gente desenvolve, ou busca desenvolver na graduação e pós-graduação e em serviço, no fazer...Entrevista 2].*

*[Pra mim uma coisa se vem de berço, a questão ética né, a outra a gente tem toda uma formação, a gente tem disciplinas de ética, a gente aprende o que deve e...dentro do dia-a-dia de trabalho a gente também vai se percebendo...o dia-a-dia nos dá experiência na verdade, nos dá tolerância, tu fica com o olho mais crítico, teu ouvido escuta o que os outros não conseguem escutar, né, tu faz uma leitura então diferente. Entrevista 4].*

*[Eu acho que a gente tem na universidade, nos espaço teórico a gente tem todo o embasamento teórico, mas a prática...nos apresenta situações concretas, né, assim, tu trabalhando na questão teórica tu trabalha no imaginário, né, de como seria...na prática, no cotidiano, tu tem um ser humano na tua frente, né, tu tem alguém que tem sentimentos, alguém que tem uma família, alguém que tá inserido num contexto, numa cultura, alguém que extrapola muito o que o papel e o estudo te apresenta...A ética vem de vivências culturais, familiares, eu acho que vem do contexto do diálogo, do contexto do questionar...vem da família, vem da cultura, vem da vida...Entrevista 8].*

**TEMA 2:** a educação permanente como espaço promotor de reflexão crítica e construtor da competência ética.

*[...o legal disso é que é uma educação permanente, parte de alguma problemática vivenciada pela equipe, não é algo que a gente vai lá pra uma capacitação num tema que é social pra todo mundo, né, então é algo do cotidiano, é algo que aconteceu...acho que tu partir de problemas que acontecem no cotidiano gera uma mudança de comportamento melhor do que, né, se tu discutir sobre um tema mais geral. **Entrevista 2**].*

*[...procura que todos possam ser protagonistas, assim, nesse processo e que seja assim, educação permanente mesmo...os temas vem pela necessidade, muito pela necessidade, então quando a gente identifica que tem uma lacuna ou ocorreu alguma falha ou a gente vê que tá mais frágil em algum assunto...**Entrevista 5**].*

*[...aparentemente é uma coisa que é inerente à pessoa e que a gente tem que saber como agir nas situações éticas, hã, como se fosse uma coisa que a gente saísse bem preparado da graduação, mas a gente não sai totalmente preparado. A gente tem muita capacitação nos programas, saber como atende uma criança com asma, uma gestante, um hipertenso, fazer vacina, mas a gente, a parte ética é muito raro...**Entrevista 7**].*

*[...tu retoma, a gente pode, acho que, se enxergar nas situações né, enfim, tu vai refletir nas tuas ações, como é que tu agiu, dependendo do caso, né, o que poderia de repente ser modificado pras próximas vezes ou pra mesma situação, né. **Entrevista 10**].*

## **DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os dados referentes a esta pesquisa serviram de base para elaboração da presente dissertação de mestrado. Pretende-se publicá-los em revista científica da área: Interface.

A divulgação dos resultados para os profissionais participantes da pesquisa e para a instituição de referência será realizada através de uma palestra programada, onde todos os profissionais, independente de ter feito parte da pesquisa ou não, serão convidados a comparecer. Assim como será elaborado um relatório que ficará em mãos do gestor de cada unidade e permanecerá à disposição dos profissionais.

Além disso, os resultados deste estudo serão apresentados em Congressos Científicos e eventos da área, como o VII Encontro Luso-Brasileiro de Bioética e o X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Também será disponibilizada uma via impressa para o Centro de Documentação do GHC, para consulta de possíveis interessados.

## REFERÊNCIAS

ALLMARK, Peter. Can the study of ethics enhance nursing practice? **Journal of Advanced Nursing**, v. 51, n. 6, p. 618-624, 2005.

ANDREWS, Diane R. Fostering ethical competency: an ongoing staff development process that encourages professional growth and staff satisfaction. **The journal of continuing education in nursing**, v. 35, n. 1, p. 27-33, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 2.488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 21 de outubro de 2011a. Disponível em <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em <<http://www.cosemsrn.org.br/arquivo/informa/aumento/manual.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 154**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 24 de jan. de 2008. Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação para a melhoria da qualidade. Qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/Manual%20Preliminar.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)> Acesso em: 16 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução 196**, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. In: Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em 06 de maio 2011.

BITENCOURT, Cláudia Cristina. **Gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais**. 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CALLEGARI-JAQUES, Sidia. **Bioestatística, princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens das redes de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.14, n.3, p.877-906, 2007.

CHALONER, C. Ethics in nursing: the way forward. **Nursing Standart**, v.21, n.38, p.40-41, 2007.

CONILL, Eleonor M. Ensaio historic-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, Supl 1, p.S7-S27, 2008.

CORBELLINI, Valéria L. et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.4, p.555-60, 2010.

CORTINA, Adela; MARTÍNEZ, Emilio. **Ética**. 2ª edição. São Paulo: Loyola, 2009.

COSTA, Lígia Barros; BARROSO, Maria Grasiela T. Convergência de saberes e conhecimentos de enfermagem no cuidado à família. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.10, n.1, p.330-2, 2006.

COSTA, Roberta Kaliny de S.; MIRANDA, Francisco Arnoldo N. Sistema Único de Saúde e da Família na formação acadêmica do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.2, p.300-4, 2009.

DATASUS. **Indicadores de Saúde** – número de famílias cadastradas no Programa de Saúde da Família em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. 2011. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

DIEKELMAN, 1989 apud POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidência para a prática da enfermagem. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FAIRCHILD, Roseanne M. Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. **Nursing Ethics**, v.17, n.3, p.353-362, 2010.

FERNANDES, Maria de Fátima P. Evolução filosófica da ética. In: OGUISSO, Taka e ZÓBOLI, Elma. **Ética e bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole, 2006.

FERNANDES, Maria de Fátima P.; FREITAS, Genival F. de. Fundamentos da ética. In: OGUISSO, Taka e ZÓBOLI, Elma. **Ética e bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole, 2006.

FERNANDES, Léia Cristiane L.; MACHADO, Rebel Z.; ANSCHAU, Geovana O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supl 1, p.1541-1552, 2009.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed: Bookman, 2009.



GHC. Disponível em:

< <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=5>>. Acesso em 24 jun. 2012.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena M. de. Atenção Primária à Saúde. In: \_\_\_\_\_ et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GRACIA, Diego. **Pensar a bioética: metas e desafios**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2010.

HADDAD, Jerusa G. V.; ZÓBOLI, Elma L. C. P. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. **O mundo da saúde**, v.34, n.1, p.86-91, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades** – Porto Alegre, Rio Grande do Sul. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 11 abr. 2011.

KAVATHATZOPOULOS, Jordanis. The use of Information and Communication Technology in the Training for Ethical Competence in Business. **Journal of Business Ethics**, v. 48, p.43-51, 2003.

MACIOCCO, Gavino; STEFANINI, Angelo. From Alma-Ata to the Global Fund: the history of international health policy. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.7, n.4, p.479-486, 2007.

MATUMOTO, Silvia et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am Enfermagem** [internet], v.19, n.1, [8 telas], 2011.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf)>. Acesso em: 13 mai. 2011.

McIVER, John P.; CARMINES, Edward G. **Unidimensional Scaling**. London: SAGE publications, 1981.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de S.; ASSIS, Simone G. de; SOUZA, Edinilza R. de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MORETTI-PIRES, Rodrigo O.; BUENO, Sonia Maria V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.4, p.439-44, 2009.

PAGANINI, Maria C.; EGRY, Emiko Y. The ethical component of professional competence in nursing: An analysis. **Nursing Ethics**, v. 18, n. 4, p. 571-582, 2011.

PAIM, Jairnilson da Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_ et al. O sistema de saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet Series**, 2011. Disponível em

<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem.** 7ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, Marise N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2002.

REY, Bernard. **As competências transversais em questão.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

SILVA, Roseli Ferreira da; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.33, n. 3, p.207-216, 1999.

SORTA-BILAJAC, Iva et al. How nurses and physicians face ethical dilemmas – the Croatian experience. **Nursing Ethics**, v.18, n.3, p.341-355, 2011.

SOUZA, Edinilsa Ramos de et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, Maria Cecília de S.; ASSIS, Simone G. de; SOUZA, Edinilza R. de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SPORRONG, Sofia K. et al. Developing ethical competence in health care organizations. **Nursing Ethics**, v.14, n.6, [12 telas], 2007. Disponível em <<http://nej.sagepub.com/content/14/6/825>>. Acesso em: 8 ago. 2011.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

VÁZQUEZ, Adolfo S. **Ética.** 25ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

WEIRICH, Claci Fátima et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.2, p.249-57, 2009.

WITT, Regina R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública.** 2005. 366p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-01062005-102741/pt-br.php>>. Acesso em: 16 fev. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata.** Geneva, WHO, 1978. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>> Acesso em: 3 fev. 2011.

ZARIFIAN, Philippe. **Objetivo Competência - por uma nova lógica.** São Paulo: Atlas, 2001.

ZOBOLI, Elma Lourdes C. P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica ampliada. **O mundo da saúde**, v.33, n.2, p.195-204, 2009.

\_\_\_\_\_. **Bioética e Atenção Básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2003.

ZÓBOLI, Elma Lourdes C. P.; FORTES, Paulo Antônio de C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1690-1699, 2004.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

<b>APÊNDICE A - UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS</b>	
<b>Pesquisa:</b> Competências do(a) enfermeiro(a) na atenção primária: saberes e práticas.	
<b>Pesquisadora:</b> Rafaela Schaefer. <b>Orientador:</b> José Roque Junges.	
Nº Questionário: _____ Data da entrevista: ____/____/____	Nquest ____ __ Dentrevi ____/____/____
<b>Identificação</b> Unidade de Saúde: _____ Data de nascimento ____/____/____      Sexo: (0) masculino (1) feminino Qual sua cor ou raça? (0) branca (1) parda/mulata (2) negra (3) amarela (4) indígena (5) outra _____ Qual seu estado civil? (0) solteiro(a) (1) casado(a) (2) em união (3) divorciado(a) (4) viúvo(a) (5) outra _____ Possui pós-graduação? (0) sim (1) não Em que? _____ Tempo de formação: ____ anos Há quanto tempo trabalha com Atenção Primária? ____ anos Há quanto tempo trabalha no Serviço de Saúde Comunitária do GHC? ____ anos	UnidSaud ____ Nasc ____/____/____ Sexo ____ Raça ____ Estcivil ____ Posgrad ____ Emque ____ Tempform ____ Tempatenprim ____ TempGHC ____
<p>Gostaríamos de analisar o nível de concordância dos profissionais em relação à <b>importância</b> das diferentes competências requeridas pelo(a) enfermeiro(a) no seu cotidiano de trabalho em atenção primária e, quais destas competências se <b>efetivam</b>, nas ações da prática profissional. Caso você concorde em participar, peço que preencha o questionário abaixo assinalando com um <b>X</b> a alternativa que melhor expressa a sua opinião. Procure não deixar nenhuma questão em branco.</p>	
<b>1. COMPETÊNCIA:</b> buscar na ética os valores e princípios para sua atuação.  <b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente  <b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	ConcCompet1 __ __  UsoCompet1 __ __
<b>2. COMPETÊNCIA:</b> promover comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo.  <b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente  <b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	ConcCompet2 __ __  UsoCompet2 __ __
<b>3. COMPETÊNCIA:</b> responsabilizar-se pela atenção à saúde e contribuir para sua organização.  <b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente  <b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	ConcCompet3 __ __  UsoCompet3 __ __

<p><b>4. COMPETÊNCIA:</b> identificar-se com o trabalho.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet4 __ __</p> <p>UsoCompet4 __ __</p>
<p><b>5. COMPETÊNCIA:</b> utilizar instrumentos de comunicação e estabelecer relacionamento.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet5 __ __</p> <p>UsoCompet5 __ __</p>
<p><b>6. COMPETÊNCIA:</b> saber ouvir o usuário.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet6 __ __</p> <p>UsoCompet6 __ __</p>
<p><b>7. COMPETÊNCIA:</b> organizar seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet7 __ __</p> <p>UsoCompet7 __ __</p>
<p><b>8. COMPETÊNCIA:</b> integrar a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet8 __ __</p> <p>UsoCompet8 __ __</p>
<p><b>9. COMPETÊNCIA:</b> trabalhar com a perspectiva de vigilância epidemiológica.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet9 __ __</p> <p>UsoCompet9 __ __</p>
<p><b>10. COMPETÊNCIA:</b> conhecer a comunidade, com ela estabelecer e manter vínculos.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b></p>	<p>ConcCompet10 __ __</p>

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	UsoCompet10__
<p><b>11. COMPETÊNCIA:</b> desenvolver ações de prevenção e proteção da saúde.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet11__</p> <p>UsoCompet11__</p>
<p><b>12. COMPETÊNCIA:</b> identificar os problemas de saúde.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet12__</p> <p>UsoCompet12__</p>
<p><b>13. COMPETÊNCIA:</b> priorizar os casos urgentes.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet13__</p> <p>UsoCompet13__</p>
<p><b>14. COMPETÊNCIA:</b> trabalhar com a rede de serviços de saúde.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet14__</p> <p>UsoCompet14__</p>
<p><b>15. COMPETÊNCIA:</b> demonstrar capacidade técnica.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet15__</p> <p>UsoCompet15__</p>
<p><b>16. COMPETÊNCIA:</b> adotar uma perspectiva interdisciplinar no trabalho.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet16__</p> <p>UsoCompet16__</p>
<p><b>17. COMPETÊNCIA:</b> ser capaz de assumir a gerência e gestão dos serviços de saúde.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b></p>	<p>ConcCompet17__</p>

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	UsoCompet17__
<p><b>18. COMPETÊNCIA:</b> ser capaz de organizar-se e atuar coletivamente.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b>            (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b>            (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet18__</p> <p>UsoCompet18__</p>
<p><b>19. COMPETÊNCIA:</b> trabalhar com grupos.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b>            (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b>            (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet19__</p> <p>UsoCompet19__</p>
<p><b>20. COMPETÊNCIA:</b> respeitar e interagir com diferentes culturas.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b>            (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b>            (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet20__</p> <p>UsoCompet20__</p>
<p><b>21. COMPETÊNCIA:</b> articular a educação em saúde à sua prática cotidiana.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b>            (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b>            (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet21__</p> <p>UsoCompet21__</p>
<p><b>22. COMPETÊNCIA:</b> realizar atendimento integral dentro dos princípios do SUS.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b>            (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b>            (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet22__</p> <p>UsoCompet22__</p>
<p><b>23. COMPETÊNCIA:</b> demonstrar capacidade de acolhimento e sensibilidade.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b>            (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b>            (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet23__</p> <p>UsoCompet23__</p>
<p><b>24. COMPETÊNCIA:</b> reconhecer-se em contínua formação.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b>            (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b></p>	<p>ConcCompet24__</p>

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	UsoCompet24__
<p><b>25. COMPETÊNCIA:</b> conhecer o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet25__</p> <p>UsoCompet25__</p>
<p><b>26. COMPETÊNCIA:</b> demonstrar conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet26__</p> <p>UsoCompet26__</p>
<p><b>27. COMPETÊNCIA:</b> saber coletivizar os seus conhecimentos.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet27__</p> <p>UsoCompet27__</p>
<p><b>28. COMPETÊNCIA:</b> coordenar a equipe de enfermagem.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet28__</p> <p>UsoCompet28__</p>
<p><b>29. COMPETÊNCIA:</b> planejar e sistematizar a assistência de enfermagem.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet29__</p> <p>UsoCompet29__</p>
<p><b>30. COMPETÊNCIA:</b> supervisionar e apoiar a equipe de enfermagem.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet30__</p> <p>UsoCompet30__</p>
<p><b>31. COMPETÊNCIA:</b> promover a saúde de indivíduos, família e comunidade.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b></p>	<p>ConcCompet31__</p>



(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	UsoCompet31__
<p><b>32. COMPETÊNCIA:</b> articular a educação em saúde à sua prática cotidiana.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet32__</p> <p>UsoCompet32__</p>
<p><b>33. COMPETÊNCIA:</b> coordenar ações educativas na unidade sanitária e comunidade.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet33__</p> <p>UsoCompet33__</p>
<p><b>34. COMPETÊNCIA:</b> realizar consulta de enfermagem.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet34__</p> <p>UsoCompet34__</p>
<p><b>35. COMPETÊNCIA:</b> promover educação continuada em enfermagem.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet35__</p> <p>UsoCompet35__</p>
<p><b>36. COMPETÊNCIA:</b> atuar com autonomia.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet36__</p> <p>UsoCompet36__</p>
<p><b>37. COMPETÊNCIA:</b> prestar cuidado domiciliar de enfermagem.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>ConcCompet37__</p> <p>UsoCompet37__</p>
<p><b>38. COMPETÊNCIA:</b> utilizar pensamento crítico-reflexivo.</p> <p><b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente</p> <p><b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b></p>	<p>ConcCompet38__</p>

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	UsoCompet38__
<b>39. COMPETÊNCIA:</b> desenvolver, participar e aplicar pesquisa.	
<b>Qual sua concordância em relação à importância desta competência?</b> (1) Discordo plenamente (2) Discordo (3) Indiferente (4) Concordo (5) Concordo plenamente	ConcCompet39__
<b>Com que frequência você, efetivamente, faz uso desta competência em sua rotina de trabalho?</b> (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	UsoCompet39__
O que você considera ser o maior empecilho para o <b>não</b> desenvolvimento e/ou a <b>não</b> utilização das competências no dia-a-dia de trabalho?  (1) Não considero haver empecilhos para o desenvolvimento e a utilização das competências.  (2) Considero haver empecilhos para o desenvolvimento e a utilização das competências que são (ex: sistema de saúde, rotina de trabalho, ensino, sobrecarga, etc). Explique:  <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	DesCompet__
Existe alguma competência, que você considera importante e, que não faz parte da listagem acima? Se sim, por favor, descreva-a abaixo:  <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

## APÊNDICE B – ENTREVISTA

### ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

#### COMPETÊNCIAS DA ENFERMAGEM EM GERAL

##### CASO 1

Uma gestante de 18 anos vem até a Unidade de Saúde para iniciar o Pré-Natal. Quando realiza os exames de rotina, o teste sorológico para HIV dá positivo. Ela aceita realizar o tratamento adequado para prevenir a transmissão vertical, mas não quer que a família e o companheiro saibam de sua situação.

##### CASO 2

Você enfrenta dificuldade quando precisa recorrer ao processo de referência e contra-referência. Existe uma usuária que espera há 3 meses pelo resultado de sua mamografia. Essa paciente pertence ao grupo de risco para o desenvolvimento de câncer de mama e apresenta 3 nódulos no seio direito.

#### COMPETÊNCIA

O que entende por competência.  
 Como constrói.  
 Como utiliza.  
 Dificuldades/Empecilhos.  
 Quais considera mais importantes.

PERGUNTA: COMO A ÉTICA ENTRA NESSAS COMPETÊNCIAS?

#### ÉTICA

O que entende por ética.  
 Onde e quando a ética perpassa a rotina de trabalho.  
 Construção da competência ética.  
 O que entende por um enfermeiro eticamente competente.  
 Quais fontes podem contribuir para a construção da competência ética.  
 Qual papel da experiência profissional nesse processo de construção.  
 Por que a competência ética é importante.  
 Situações que pedem auxílio da competência ética.

#### EDUCAÇÃO

Papel da educação

ENCERRA A ENTREVISTA COMO UM CASO CITADO PELO ENTREVISTADO

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I

A enfermeira **Rafaela Schaefer**, aluna do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS sob orientação do Prof. José Roque Junges está propondo a pesquisa **“Competências do(a) enfermeiro(a) na Atenção Primária: Saberes e práticas”** a ser realizada com enfermeiros(as) dos postos de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Será a responsável pela apresentação do presente termo e obtenção do consentimento.

O presente estudo busca realizar a interlocução entre as competências e o contexto de trabalho dos(as) enfermeiros(as) atuantes na atenção primária. Pretende-se reconhecer os elementos éticos e comunicacionais utilizados pelos profissionais no desenrolar de suas atividades, verificar o grau de concordância dos profissionais em relação à importância de cada competência e reconhecer sua percepção acerca da operacionalização prática das competências éticas e comunicacionais. Espera-se que a pesquisa contribua para operacionalizar o conceito de competências na enfermagem e colabore na melhoria dos processos de trabalho na atenção primária, em consonância com os princípios do SUS.

Para a realização desta pesquisa, os(as) enfermeiros(as) dos postos de saúde comunitária do GHC serão convidados a preencher uma ficha de documentação, para posterior descrição, e a responder um questionário, com perguntas fechadas, para estimar o grau de concordância dos sujeitos em relação à importância de cada competência. Numa segunda etapa serão selecionados de 12 a 15 enfermeiros(as) com maior tempo de formação e serviço aos quais será feita uma entrevista episódica, gravada em áudio, que buscará compreender como essas competências são desenvolvidas nas diversas situações que permeiam a realidade de trabalho deste profissional.

Você como enfermeiro(a) está sendo convidado(a) a participar da primeira etapa desta pesquisa através do preenchimento de uma ficha de documentação e de um questionário, o que levará em torno de 15 minutos e poderá ser realizado na própria unidade de saúde. Sinta-se totalmente livre em participar ou não. Você tem a garantia de receber todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa e que se você tiver custos eles serão de responsabilidade exclusiva do pesquisador. Os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos e destruídos após o término da pesquisa. Você tem a total garantia da confidencialidade sobre as informações repassadas ao pesquisador e seu nome nunca vai

aparecer quando os resultados forem publicados em revistas científicas. É importante ressaltar que não há riscos previsíveis para os profissionais.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, você pode chamar **Rafaela Schaefer** no telefone (51)93682370, e-mail [rafaelaschaefer@hotmail.com](mailto:rafaelaschaefer@hotmail.com). Para qualquer pergunta sobre seus direitos como participante deste estudo você pode chamar o orientador **José Roque Junges**, no telefone (51)97673133, e-mail [roquejunges@hotmail.com](mailto:roquejunges@hotmail.com).

Para qualquer dúvida ética você pode entrar em contato com **Daniel Demétrio Faustino da Silva**, Coordenador Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51)33572407, endereço Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com o sujeito de pesquisa e a outra com a pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_(enfermeiro(a)) declaro que entendi os objetivos e procedimentos da pesquisa e aceito participar.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) enfermeiro(a)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora: Rafaela Schaefer

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II

A enfermeira **Rafaela Schaefer**, aluna do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS sob orientação do Prof. José Roque Junges está propondo a pesquisa **“Competências do(a) enfermeiro(a) na Atenção Primária: Saberes e práticas”** a ser realizada com enfermeiros(as) dos postos de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Será a responsável pela apresentação do presente termo e obtenção do consentimento.

O presente estudo busca realizar a interlocução entre as competências e o contexto de trabalho dos(as) enfermeiros(as) atuantes na atenção primária. Pretende-se reconhecer os elementos éticos e comunicacionais utilizados pelos profissionais no desenrolar de suas atividades, verificar o grau de concordância dos profissionais em relação à importância de cada competência e reconhecer sua percepção acerca da operacionalização prática das competências éticas e comunicacionais. Espera-se que a pesquisa contribua para operacionalizar o conceito de competências na enfermagem e colabore na melhoria dos processos de trabalho na atenção primária, em consonância com os princípios do SUS.

Para a realização desta pesquisa, os(as) enfermeiros(as) dos postos de saúde comunitária do GHC serão convidados a preencher uma ficha de documentação, para posterior descrição, e a responder um questionário, com perguntas fechadas, para estimar o grau de concordância dos sujeitos em relação à importância de cada competência. Numa segunda etapa serão selecionados de 12 a 15 enfermeiros(as) com maior tempo de formação e serviço aos quais será feita uma entrevista episódica, gravada em áudio, que buscará compreender como essas competências são desenvolvidas nas diversas situações que permeiam a realidade de trabalho deste profissional.

Você como enfermeiro(a) está sendo convidado(a) a participar da segunda etapa desta pesquisa respondendo à uma entrevista, que levará em torno de 1 hora e deverá ser realizada em uma sala ou local onde não haja circulação de pessoas, para evitar interrupções. Sinta-se totalmente livre em participar ou não. Você tem a garantia de receber todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa e que se você tiver custos eles serão de responsabilidade exclusiva do pesquisador. Os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos e destruídos após o término da pesquisa. Você tem a total garantia da confidencialidade sobre as informações repassadas ao pesquisador e seu nome nunca vai

aparecer quando os resultados forem publicados em revistas científicas. É importante ressaltar que não há riscos previsíveis para os profissionais.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, você pode chamar **Rafaela Schaefer** no telefone (51)93682370, e-mail [rafaelaschaefer@hotmail.com](mailto:rafaelaschaefer@hotmail.com). Para qualquer pergunta sobre seus direitos como participante deste estudo você pode chamar o orientador **José Roque Junges**, no telefone (51)97673133, e-mail [roquejunges@hotmail.com](mailto:roquejunges@hotmail.com).

Para qualquer dúvida ética você pode entrar em contato com **Daniel Demétrio Faustino da Silva**, Coordenador Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51)33572407, endereço Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com o sujeito de pesquisa e a outra com a pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_(enfermeiro(a)) declaro que entendi os objetivos e procedimentos da pesquisa e aceito participar.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) enfermeiro(a)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora: Rafaela Schaefer

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ARTIGO CIENTÍFICO**



## REFERÊNCIAS

ALLMARK, Peter. Can the study of ethics enhance nursing practice? **Journal of Advanced Nursing**, v. 51, n. 6, p. 618-624, 2005.

ANDREWS, Diane R. Fostering ethical competency: an ongoing staff development process that encourages professional growth and staff satisfaction. **The journal of continuing education in nursing**, v. 35, n. 1, p. 27-33, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde: 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 21 de outubro de 2011.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 48-51, 2009.

CORBELLINI, Valéria L. et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.4, p.555-60, 2010.

COSTA, Roberta Kaliny de S.; MIRANDA, Francisco Arnoldo N. Sistema Único de Saúde e da Família na formação acadêmica do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.2, p.300-4, 2009.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

GRACIA, Diego. Ethical case deliberation and decision making. **Med Health Care Philos**, v. 6, n. 3, p. 227-33, 2003.

GRADY, Christine et al. Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? **Am J Bioeth**, v. 8, n. 4, p. 4-11, 2008.

GHC. Disponível em:

< <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=5>>. Acesso em 24 jun. 2012.

HADDAD, Jerusa G. V.; ZÓBOLI, Elma L. C. P. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 1, p. 86-91, 2010.

JUNGES, José Roque et al. Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. **Rev Bioét (Impr)**, v. 20, n. 1, p. 97-105, 2012.

KAVATHATZOPOULOS, Iordanis. The use of Information and Communication Technology in the Training for Ethical Competence in Business. **Journal of Business Ethics**, v. 48, p.43-51, 2003.

MATOS, Eliane e PIRES, Denise E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 338-46, 2009.

MEDEIROS, Adriane C. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010.

MERHY, Emerson E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de S.; ASSIS, Simone G. de; SOUZA, Edinilza R. de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MORETTI-PIRES, Rodrigo O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.153-66, 2009.

MORETTI-PIRES, Rodrigo O.; BUENO, Sonia Maria V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.4, p.439-44, 2009.

O'LEARY, Kevin J. et al. Improving teamwork: impact of structured interdisciplinary rounds on a medical teaching unit. **J Gen Intern Med**, v. 25, n. 8, p. 826-32, 2010.

PAGANINI, Maria C.; EGRY, Emiko Y. The ethical component of professional competence in nursing: An analysis. **Nursing Ethics**, v. 18, n. 4, p. 571-582, 2011.

PAIM et al. O sistema de saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet Series**, 2011. Disponível em <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

PERES, Cássia R. F. B. et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev Esc Enferm da USP**, v. 45,n. 4, p. 905-11, 2011.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidência para a prática da enfermagem**. 7º ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTOS, Roniélha M.; RIBEIRO, Liliane da C. C. Percepção do usuário da Estratégia de Saúde da Família sobre a função do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 4, p. 709-15, 2010.

SILVA, Luiz A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 3, p. 557-61, 2010.

SILVA, Jaqueline A. M.; PEDUZZI, Marina. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011.

SPORRONG, Sofia K. et al. Developing ethical competence in health care organizations. **Nursing Ethics**, v. 14, n. 6, [12 telas], 2007.

WITT, Regina R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**. 2005. 366p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-01062005-102741/pt-br.php>>. Acesso em: 16 fev. 2011.

WOODS, Martin. Nursing ethics education: are we really delivering the good(s)? **Nursing Ethics**, v. 12, n. 1, p. 5-18, 2005.

ZÓBOLI, Elma Lourdes C. P. **Bioética e Atenção Básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2003.

ZÓBOLI, Elma Lourdes C. P.; FORTES, Paulo Antônio de C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1690-99, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n6/28.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2012.