

O GERENTE DE UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÃO TÉORICA SOBRE O USO DA CIPESC

Stéphanie Gonçalves Macêdo Rosa Dantas¹

Ana Lúcia Abrahão¹

Ândrea Cardoso de Souza¹

<https://orcid.org/0000-0002-1944-087X>

<https://orcid.org/0000-0002-0820-4329>

<https://orcid.org/0000-0002-6549-8634>

Objetivo: Ampliar o debate sobre o emprego da Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), tomando como foco a prática do gerente de Unidade de Saúde da Família (UBS). **Metodologia:** Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, sobre o cotidiano do trabalho do gerente de uma UBS, construído à luz da micropolítica do trabalho em saúde, e análise atinente ao processo de trabalho na atenção básica. **Resultado:** a reflexão aponta para um eixo condutor na dinâmica da prática do gerente. **Conclusão:** consolidar a prática do gerente associada a CIPESC consiste na adoção de processos de trabalho constituídos a partir das características singulares das necessidades do usuário.

Descritores: Saúde da Família; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em Saúde Comunitária

THE FAMILY HEALTH UNIT MANAGER: THEORETICAL REFLECTION ON THE USE OF CIPESC

Objective: Expand the debate on the use of the Classification of Collective Health Nursing Practices (CIPESC), focusing on the practice of the manager of Family Health Unit (UBS). **Methodology:** This is a theoretical-reflective study about the daily work of the manager of a UBS, built in the light of the micropolitics of health work, and analysis related to the work process in primary care. **Results:** The reflection points to a driving axis in the dynamics of the manager's practice. **Conclusion:** To consolidate the managerial practice associated with CIPESC is the adoption of work processes based on the unique characteristics of user needs.

Descriptors: Family Health; Nursing Care; Community Health Nursing.

EL GERENTE DE LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR: REFLEXIÓN TEÓRICA SOBRE EL USO DE CIPESC

Objetivo: agrandar el debate sobre el uso de la Clasificación de las Prácticas de Enfermería en Salud Colectiva (CIPESC), centrándose en la práctica del gerente de la Unidad de Salud Familiar (UBS). **Metodología:** Este es un estudio reflexivo-teórico sobre el trabajo diario del gerente de una UBS, construído a la luz de la micropolítica del trabajo de salud, y el análisis relacionado con el proceso de trabajo en atención primaria. **Resultado:** La reflexión apunta a un eje motor en la dinámica de la práctica del gerente. **Conclusión:** Para consolidar la práctica gerencial asociada con CIPESC es la adopción de procesos de trabajo basados en las características únicas de las necesidades del usuario.

Descritores: Salud de la Familia; Atención de Enfermería; Enfermería en Salud Comunitaria.

¹Universidade Federal Fluminense.

Autor Correspondente: Stéphanie Gonçalves Macêdo Rosa Dantas - Email:stephanierosadantas@gmail.com

INTRODUÇÃO

A função do gerente na unidade básica de saúde tem como objetivo contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho, em especial quando está vinculado ao fortalecimento da atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adstrita, por meio de função técnico-gerencial⁽¹⁾. Quando refletimos sobre o papel do gerente, frequentemente o atrelamos ao disparador da adoção de boas práticas pela equipe e não o consideramos como produtor de cuidado direto ao usuário.

A maioria dos cursos de qualificação de gestores e gerentes de atenção básica existentes são direcionados às questões organizacionais e funcionais do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, as questões relacionadas à gestão da clínica e do cuidado são pouco abordadas nos espaços de discussão e qualificação desses profissionais⁽²⁾. Isso ocorre em decorrência do entendimento, dos macrogestores, dos conceitos e dos modos de se produzir gestão nos serviços de saúde. Geralmente, adota-se uma perspectiva de planificação da gestão, construída a partir de relações hierárquicas, verticais, e que pouco valorizam as experiências dos gerentes para desenharem a gestão da clínica e do cuidado; tampouco consideram relevante a participação do usuário, ator chave nos processos de gestão. Afinal de contas, os serviços de saúde existem para promover a saúde dos sujeitos.

Outra questão que também acreditamos ser relevante para a discussão da função do gerente das unidades básicas de saúde é a seguinte: por que a gestão precisa acontecer apartada do cuidado aos usuários? Por que a agenda não contempla a atenção direta aos usuários dos serviços? Será que só é possível produzir atos de gestão adotando tecnologias leve-duras⁽³⁾ como planilhas e metas sem a participação de atores importantes como os profissionais das unidades e usuários? Esses questionamentos fazem pensar num esvaziamento da potência do “ser” ou “estar” gerente e, por isso, nos lançamos aqui na produção desta reflexão para compartilhar inquietações, para uma gestão mais próxima, voltada para um cuidado cotidiano, junto aos usuários dos serviços das unidades básicas de saúde, com potência para o uso da Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). Assim o Objetivo deste estudo foi ampliar o debate sobre o emprego da Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), tomando como foco a prática do gerente de Unidade de Saúde da Família (UBS).

MÉTODO

Trata-se de um ensaio teórico de cunho reflexivo, oriundo de estudos e debates pertinentes a dissertação de mestrado, vinculada ao Mestrado Profissional de Ensino na Saúde – MPES. O estudo tomou como princípio a forma dialógica sobre a prática e o cotidiano do gerente de unidade básica de saúde. As reflexões propostas foram embasadas na dinâmica da micropolítica do trabalho vivo, além da própria experiência dos autores na prática, da gestão/gerenciamento em enfermagem. Como não se trata de um estudo de revisão sistemática da literatura, o material utilizado foi obtido principalmente por indicação de uma das autoras. As explicações e reflexões tecidas foram apresentadas como um eixo condutor sobre o tema, assim como as impressões reflexivas dos autores.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e análise da reflexão foram tecidos à luz do conceito de micropolítica. Foram definidos dois eixos condutores da discussão que estão interligados: Micropolítica e gestão em saúde; A função do gerente e a Sistematização da Assistência em Enfermagem, especificamente o CIPESC.

Micropolítica e gestão em saúde

O conceito micropolítica, quando associado à dinâmica do trabalho em saúde, possui uma forma particular de se desenvolver que nos oferece várias dimensões, dentre elas uma dimensão complexa, a qual trataremos nesta etapa, e que diz respeito às relações que envolvem a luta diária para operar a gestão e o cuidado em saúde. Trata-se de um conceito que auxilia na análise e entendimento sobre o processo de trabalho no campo da saúde, pois permite explorar as relações sociais e de poder estabelecidas nas ações cotidianas estabelecidas entre os profissionais de saúde.

O emprego do conceito micropolítica em saúde possibilita o acompanhamento dos processos que buscam produzir o cuidar como ato de saúde, comprometido com um jogo social implicado com certas formas de produzir necessidades de saúde.

As necessidades de saúde⁽⁴⁾ estão centradas de forma segmentarizada no tecido social, a partir de linhas de diversas naturezas, que podem ser agrupadas em três tipos: linhas de segmentaridade dura, de segmentaridade flexível e as linhas de fuga. Somos produto e produzimos a partir da combinação desta forma segmentar. Na organização destas linhas de segmentação,

vamos produzindo ao mesmo tempo extratos ou planos que sustentam as nossas ações, em grupo e sociedade, como o plano político. Sobre e a partir dessas linhas, construímos nossas opções de vida, escolhas e nossa produção de trabalho, fabricadas pelas segmentariedades entrelaçadas no plano macropolítico e micropolítico⁽⁵⁾.

Nesta dinâmica de construção das necessidades de saúde, nos interessa o estudo do plano micropolítico de produção do mundo. Nestes arranjos segmentarizados, se estende a construção das relações cotidianas, porque é aí que se fabricam os territórios existenciais. É aí que ocorrem os processos de subjetivação⁽⁴⁾. Territórios existenciais – são os planos segmentados que vamos construindo para a nossa existência no mundo; diz das nossas escolhas, dos nossos desejos, da nossa forma de agir no mundo e em sociedade. É singular, pois é produzido por cada um de nós e ao mesmo tempo coletivo, pois coexistimos em sociedade no coletivo. O processo de subjetivação – é a produção em ato que nos produz como sujeitos, aquilo que se revela na combinação no imanente com o transcendente. Interno e externo. Processos que nos compõem e decompõem ao mesmo tempo e nos coloca no coletivo, na sociedade⁽⁴⁾.

Na produção das nossas necessidades de saúde estamos imersos em territórios existenciais e processos de subjetivação intensa e é nesta dimensão que a discussão da micropolítica da gestão em saúde se destaca pela importância do trabalho vivo, presente em cada ato de cuidado. No âmbito da saúde, o consumo dos atos em saúde pelo usuário do serviço ocorre no exato momento da produção da ação viva. Esse encontro é um espaço intercessor de relações, no qual tanto o trabalhador quanto o usuário e/ou população carregam cada qual a sua necessidade⁽⁵⁾. Assim, é impossível não se modificar diante das relações, não se consegue sair de um espaço de diálogo e comunicação da mesma forma que se entrou⁽⁶⁾.

Inevitavelmente o processo em que está imerso o gerente, dada a própria organização e adoção do modelo assistencial hegemônico, encontra-se fragmentado com atos desconexos e cada vez mais complexos, devido à incorporação tecnológica no ato cuidador, o que pode vir a revelar relações de poder e disputa, nas quais se formalizam microprocessos. Tais microprocessos se organizam por meio dessas relações, revelando estruturas extremamente complexas, social e subjetivamente determinadas, que impactam diretamente na gestão e

no cuidado em saúde. Ações que o gerente opera no seu cotidiano. O exercício da liderança pelo gerente precisa perpassar três esferas distintas: o conhecimento de si, o objetivo comum e a relação com o outro. É necessário perceber que o processo de liderança só terá sentido se todos os envolvidos reconhecerem seus papéis nos cenários e em si mesmos⁽⁶⁾.

A função do gerente e a Sistematização da Assistência em Enfermagem

Pensar um reposicionamento do exercício da função gerente requer a adoção de um conceito ampliado de saúde, que coloque a clínica em questão e potencialize o cuidado na sua dimensão micropolítica, com seus territórios existenciais em atos vivo. Por outro lado, as ações assistenciais em seu formato atual reduzem o sujeito, tornando-o objeto de sua intervenção, valorizando a doença e seus impactos biológicos, em detrimento do sujeito que sofre.

No sentido de ampliar a noção de saúde, para além dos atos relativos à doença, é necessário que a clínica também passe a abarcar os aspectos subjetivos e sociais da vida dos sujeitos, sua dinâmica micropolítica. É necessário superar o apagamento das outras dimensões do sujeito (existencial, subjetiva e social), operado pela clínica em seu contexto contemporâneo. Sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica⁽⁷⁾.

Defendemos a noção de clínica como clínica ampliada, isto é, um modo de fazer saúde⁽⁸⁾, sendo uma clínica centrada nos sujeitos, que considera a doença como parte de suas existências e não a sua totalidade. Uma noção de clínica compreendendo o indivíduo e seus problemas de saúde, inseridos em um território e em redes sociais (família, espaços de trabalho e de convivência) e que se abre para perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento⁽⁹⁾.

A perspectiva de uma clínica ampliada na prática do gerente convoca um olhar, uma atitude mais próxima do cuidar micropolítico e da dinâmica da enfermeira. Neste sentido, o conceito de Processo de Enfermagem introduzido na literatura nacional durante o século passado pela enfermeira, professora livre-docente Wanda de Aguiar Horta, nos aponta alguns desafios para a função de gerente que busca trabalhar na micropolítica da gestão e do cuidado indissociadamente, pois, “o Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas

e interrelacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (...). Pode-se definir o Processo de Enfermagem como: 1) um instrumento tecnológico de que lançamos mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional; ou 2) um modelo metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem”⁽¹⁰⁾.

Nesta perspectiva de uma prática centrada nas necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, passamos a compreender o processo saúde-doença como aquilo que resulta da forma como a sociedade se organiza e como os grupos sociais reproduzem-se, em termos de suas condições de trabalho e vida, em uma dinâmica inter-relacionada. O processo de Enfermagem passa a ter a execução completa de seu modo de fazer⁽¹¹⁾, além de viabilizar a autonomia profissional, a partir da execução completa de seu modo de fazer⁽¹¹⁾.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), associada à prática do gerente na sua dimensão micropolítica, auxilia na análise sobre as intervenções, ao estimular o raciocínio clínico e epidemiológico do processo saúde-doença e das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e grupos sociais, com apoio para organizar as condições necessárias à realização do cuidado.

Um exemplo de SAE que tem sido utilizada no Brasil na área da Atenção Básica é a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®), organizada pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). Tal classificação representa a unificação de todos os sistemas de classificação de elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) disponíveis na área em âmbito profissional⁽¹²⁾.

Tendo em vista a necessidade de identificar e incluir termos associados à Atenção Básica e como contribuição da enfermagem brasileira à CIPE®, foi delineado e executado o Projeto Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) no Brasil, especificamente no município de Curitiba de 1996 a 2000. Esse Projeto contribuiu para a prática de Enfermagem na Atenção Básica⁽¹³⁾.

As terminologias padronizadas de enfermagem no cotidiano profissional brasileiro ainda são pouco utilizadas, apesar dos seus benefícios. Os registros dos enfermeiros ainda são realizados sem ter como base alguma classificação⁽¹⁴⁾. A experiência de Curitiba com a CIPESC comprovou que é possível a utilização da linguagem CIPE na Atenção Básica como uma ferramenta para sistematizar a prática de enfermagem em saúde coletiva e, conseqüentemente, para aumentar a visibilidade e o reconhecimento profissional do enfermeiro⁽¹⁵⁾.

A CIPESC, associada à micropolítica da gestão em saúde, propõe benefícios na relação direta com o diagnóstico e tratamento dos usuários, pois possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas, produzindo uma escuta com potencial de auxílio para o próprio usuário descobrir os motivos de seu adoecimento, por exemplo⁽⁹⁾. Novos modos e formas de produzir saúde e tratar a doença são necessários no exercício profissional da atenção básica. É preciso romper com o imaginário da doença como o centro do fazer clínico que subtrai o sujeito desse processo.

Limitação do estudo

A limitação do estudo diz respeito a tratar-se de um artigo de reflexão que necessita verificação na prática da Atenção Básica.

CONCLUSÃO

A participação do gerente na produção de atos de cuidado junto ao usuário na unidade/serviço caracteriza outros modos de se fazer gestão. Uma gestão que valoriza o cuidar. Defendemos, assim, que não tomamos por “menor” ou “melhor” a produção de cuidado pelo gerente. Apenas a consideramos uma atividade intrínseca da gestão da clínica e do cuidado em saúde.

A CIPESC é potente para a formação e qualificação de enfermeiros brasileiros comprometidos com o desenvolvimento do SUS. Operar com a CIPESC, na perspectiva da qualificação, consiste numa estratégia de Educação Permanente (EP).

Contribuição dos autores: SGMRD: planejamento, execução e confecção do manuscrito; ALA: desenho, revisão crítica e revisão final do artigo; ÂCS: revisão crítica e revisão final do artigo.

Financiamento: Conselho Federal de Enfermagem

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
- 2 Bloise MS. Os gerentes de unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
- 3 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 4 Deleuze G. Espinosa: Filosofia Prática. São Paulo: Escuta; 2002.
- 5 Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/ Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
- 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em : < <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf/view>> [acesso em 2019 jun 14]
- 6 Pereira LA, Ramos AM, Schallenberger CD, Vaz MC, Barlem ELD. Liderança em Enfermagem: abordagem ecossistêmica com impacto no cuidado. *Enferm Foco* [Internet]. 2018; 9 (3): 66-70. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1351/463pdf>
- 7 Campos GWS. Guerreiro AP. Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 8 Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 9 Cunha GT. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 10 Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 16];13(1):188-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>
- 11 Santos MG, Bitencourt JVOV, Silva TG, Frizon G, Quinto AS. Etapas do Processo de Enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm Foco* [Internet]. 2017; 8 (4): 49-53. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1032/416pdf>
- 12 Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE Versão 1.0 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. São Paulo: Algor Editora; 2007.
- 13 Nichiata LYI et al. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/32.pdf>. [acesso em 2019 jun 14]
- 14 Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta paul. Enferm.*, São Paulo, v. 18, n. 1, mar; 2005.
- 15 Nobrega MML, Garcia TR. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Brasil. *Rev Bras Enferm*, v. 58, n. 2, p. 227-230, mar.-abr; 2005.

RECEBIDO: 14/06/2019

ACEITO: 10/09/2019