



Rua Dr. Celestino, 74  
24020-091- RJ – Brasil  
Tel (21) 2629-9484  
e-mail:  
[www.uff.br/eeaac/mestrado.h  
tm](http://www.uff.br/eeaac/mestrado.htm)



EEAAC

---

# **TÉCNICA E CUIDADO NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, ES: UM ESTUDO QUALITATIVO**

**Aluna: Haldria Vale Jantorno**

**Orientador(a): Jaqueline Teresinha Ferreira**

**NITEROI**

**Agosto, 2009**



Rua Dr. Celestino, 74  
24020-091- RJ – Brasil  
Tel (21) 2629-9484  
e-mail:  
[www.uff.br/eeaac/mestrado.htm](http://www.uff.br/eeaac/mestrado.htm)



**EEAAC**

## **Técnica e Cuidado no processo de trabalho de enfermagem no programa de saúde da família em Cachoeiro de Itapemirim, ES: um estudo qualitativo**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Assistencial.

Linha de pesquisa: O contexto do cuidar em saúde

Autora: Haldria Vale Jantorno

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Jaqueline Ferreira

Niterói, 2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL ENFERMAGEM ASSISTENCIAL**

**Técnica e Cuidado no processo de trabalho de  
enfermagem no programa de saúde da família em  
Cachoeiro de Itapemirim, ES: um estudo qualitativo**

**Autora: Haldria Vale**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Jaqueline Ferreira**

**Comissão Julgadora**

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Lívia Perasol Bedin** \_\_\_\_\_

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Beatriz Guitton** \_\_\_\_\_

Niterói, 2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA ESCOLA DE  
ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
FLUMINENSE

J 353 Jantorno, Haldria Vale

Técnica e Cuidado no processo de trabalho de enfermagem no programa de saúde da família em Cachoeiro de Itapemirim, ES: um estudo qualitativo / Haldria Vale Jantorno – Niterói: [s.n.], 2009.  
110f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) -  
Universidade Federal Fluminense, 2009.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Jaqueline Teresinha Ferreira.

1. Atenção básica à saúde. 2. Saúde da família. 3. Enfermagem em  
saúde pública. I. Título.

**CDD 614.88**

## SUMÁRIO

RESUMO.....	06
ABSTRACT.....	07
INTRODUÇÃO.....	08
I – A CONSTRUÇÃO NO TEMPO E NO ESPAÇO DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM.....	12
II – ASPECTOS HISTÓRICOS DO SUS E DA ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL.....	30
III – A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM.....	50
IV – AS INTERFACES DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: ENTRE O RELACIONAL E O TÉCNICO.....	59
V – MÉTODO .....	73
VI – INTERPRETANDO OS DADOS .....	79
VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
VII – REFERÊNCIAS.....	102
ANEXOS .....	109

Jantorno, Haldria Vale, Técnica e Cuidado no processo de trabalho de enfermagem no programa de saúde da família em Cachoeiro de Itapemirim, ES: um estudo qualitativo / Haldria Vale Jantorno – Niterói: [s.n.], 2009

## Resumo

Dentro do conjunto, ações designadas a cada profissional, que pertence à Equipe de Saúde da Família (ESF), têm suas responsabilidades que são propostas pelo Ministério da Saúde (MS). Para o desenvolvimento dessas atividades, há protocolos elaborados pela Secretaria de Saúde que dão suporte/respaldo ao profissional perante seus atos. Esse projeto visa caracterizar as atividades do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) e discutir sua atuação diante da representação de suas atividades junto aos membros da equipe. A profissão da Enfermagem, na atenção básica, é uma questão atual. A proposta do estudo surgiu diante das inquietações sobre a identidade, a representação social da enfermagem e da necessidade de constatar qual o conhecimento dos nossos profissionais sobre os protocolos e como isso reflete no processo de trabalho. A política pública em foco é o Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, no município de Cachoeiro de Itapemirim, no sul do Estado do Espírito Santo, Região Sudeste do Brasil. O método de pesquisa utilizado é o tipo qualitativo, cuja técnica foi a observação participante com a elaboração de um diário de observação, além de entrevistas estruturadas e semiestruturadas com análise de discurso dos entrevistados, no período de outubro a novembro de 2007, nos 27 PSF do município. A escolha foi determinada a partir do tempo de vínculo empregatício que esses profissionais possuíam que consistia de 1 ano ou mais exercendo a profissão. Todos os enfermeiros que se encaixavam nesse perfil foram convidados, mas apenas 09 (nove) aceitaram. Os resultados da pesquisa foram: os profissionais participantes são em sua totalidade mulheres, dessas, setenta por cento (70%) encontram-se dentro da faixa etária entre 23 a 29 anos; cinquenta e seis por cento (56%) são casadas e têm filhos; verificou-se que há uma sobrecarga para o profissional enfermeiro, uma vez que todos os documentos, como fichas A, SSA2, PMA2 e as de produtividade da US estão sob sua responsabilidade; outra situação que merece destaque é que, apesar de muitos profissionais terem acesso a informações atualizadas, a maioria deles sente a necessidade de melhor aprimoramento profissional, o que deixa claro a necessidade de maiores investimentos na qualificação desses profissionais. Por outro lado, há aqueles que não apresentam o perfil para trabalhar na área de saúde pública. Espera-se que dados representativos tenham surgido para contribuir no esclarecimento do processo de trabalho do Enfermeiro perante o que preconiza o MS em sua prática cotidiana e interação com os outros profissionais que fazem parte da equipe de trabalho.

Palavras Chaves: 1. Atenção básica a saúde. 2. Saúde da família. 3. Enfermagem em saúde pública.

## Abstract

Within the whole, shares designated to each work, which belongs to the Family Health Team (ESF), have responsibilities that are proposed by the Ministry of Health (MoH). For the development of these activities, there are protocols established by the Secretary of Health, with [support / training] to support their actions. This project aims to characterize the activities of nurses in the Family Health Program (FHP) and discuss its performance before the representation of their activities with the team members. The profession of nursing in primary care is an issue today. The proposal of the study appeared in the face of concerns about identity, social representation of nursing and the need to see what the knowledge of our professionals about the protocols, and how it reflects on the work process. Public policy in focus is the Family Health Program of the Ministry of Health in the municipality of Cachoeiro of Itapemirim in southern state of Espírito Santo, southeastern Brazil. The research method used is qualitative, whose techniques were participant observation, making it a daily observation, and structured and semi structured interviews with analysis of speech of the interviewees in the period of October to November 2007, the 27 PSFs of the municipality. The questionnaire was applied to 20% of nurses that make up the 27 teams in the ESF council, chosen randomly, the only criterion of the job. It is expected at the end of the work, which representative data have emerged to help in improving the understanding of the work of the nurse to the calling MS and their daily practice and interaction with other professionals that are part of team work.

## **INTRODUÇÃO**

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, inicialmente voltado para extensão de cobertura assistencial focalizada em áreas de maior risco social. No ano de 1999, o Programa passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para organizar sistemas municipais de saúde, visando reorientar o modelo assistencial da atenção básica.

A Atenção Primária à Saúde (APS) compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação do Sistema Único de Saúde (SUS). Isto é, o acesso primário ao sistema com a implantação de postos de saúde em uma área geograficamente delimitada com uma equipe mínima de profissionais composta de médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e quatro agentes de saúde.

A assistência é dirigida à família, cobrindo todas as idades, sem distinção de gênero e busca resolver os problemas de saúde mais simples e comuns da população. A prioridade é acordada aos serviços de prevenção, puericultura, pré-natal e prevenção do câncer ginecológico. Cada equipe deve, igualmente, assumir as atividades de promoção e educação em saúde.

Os princípios de Atenção Primária em Saúde são definidos para substituir uma ótica de medicina individualizada baseada no biológico para uma medicina baseada na saúde pública. Dentro do conjunto de ações designadas pelo Ministério da Saúde, cada profissional que pertence à Equipe da Saúde da Família tem suas responsabilidades. Para o desenvolvimento dessas atividades há protocolos elaborados pela Secretaria de Saúde, dando suporte/respaldo ao profissional perante seus atos.

Este estudo visa caracterizar as atividades do enfermeiro no PSF e discutir sua atuação diante da percepção de suas atividades no cotidiano, pois cada um tem responsabilidades e autonomia perante sua equipe.



A profissão da Enfermagem na atenção básica é uma questão importante a ser discutida, pois faz parte e propicia a implementação do projeto político da Enfermagem, articulado com as demais categorias da saúde, para a definição de modelos assistenciais que incorporem a Enfermagem como prática social e que garantam uma melhoria da qualidade da assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Diante da implantação das políticas públicas universalistas e de cidadania, que constituem novas demandas à equipe médica e dos demais profissionais de saúde, insere o Projeto de Lei 25/2002 – Ato Médico, como disputa das corporações profissionais pela hegemonia e controle do mercado de trabalho. Redirecionado as atribuições e competências dos profissionais da área da saúde, criando uma angústia entre eles e a perda da identidade com essa “disputa” pela qual é representado seu papel perante a sociedade.

A Portaria GM 648/2006 redefine as competências e atribuições de profissionais do PSF, reafirmando a importância do trabalho em equipe para garantir assistência integral à população.

Em vista disto, a pertinência deste estudo justifica-se por caracterizar as atividades do Enfermeiro no PSF e seu conhecimento sobre as atividades desenvolvidas, comparando-as com o protocolo adotado pelo Município e o preconizado pelo MS e discutir a atuação diante da representação de suas atividades junto aos membros da equipe.

A política pública em foco é o Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde (MS), no município de Cachoeiro de Itapemirim/ES, município situado no sul do Estado do Espírito Santo, região sudeste do Brasil.

A cidade de Cachoeiro de Itapemirim, esta localizada no Estado do Espírito Santo, segundo informações disponibilizadas no site da Prefeitura Municipal (2006), possui os seguintes aspectos físicos e geográficos: Área - 892,9 km<sup>2</sup>;

população - 174.227 habitantes; densidade demográfica - 195,12 hab./km<sup>2</sup>; Taxa de crescimento do município de 1996 a 2000 – 3,75 % .

Esta dissertação está dividida em seis capítulos. O primeiro capítulo é uma recuperação histórica do surgimento da enfermagem como profissão, quais os personagens que deram impulso à construção da identidade desse profissional, tanto no contexto mundial como no Brasil.

O segundo capítulo trata especificamente dos aspectos político-administrativos que proporcionaram a construção do Sistema Único de Saúde, o SUS, e, conseqüentemente, do Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O terceiro capítulo trata da construção do processo de trabalho de enfermagem, bem como da importância da educação continuada para a profissão.

O quarto capítulo dedica-se às interfaces entre o relacional e o técnico no trabalho de enfermagem, aspecto importante, sobretudo, no que diz respeito à ESF.

O quinto capítulo consta o método de trabalho, tratando-se o presente estudo de uma pesquisa participante, descritiva com abordagem qualitativa, sendo realizada por meio de um estudo de campo. Os campos escolhidos foram as Unidades de Saúde da Família, sendo a população-alvo os enfermeiros das equipes Programa de Saúde da Família. Os dados foram coletados em duas fases: a primeira, por meio da observação participante, e na segunda, foi realizada a entrevista temática. Para a observação foi feito um roteiro, com as informações registradas num instrumento: o diário de campo.

O sexto capítulo refere-se à análise e à discussão dos resultados, sendo narrativas analisadas junto com os apontamentos da observação participante, cujo objetivo foi o de identificar as reações dos entrevistados em relação ao entrevistador e ao tema proposto, encontrar uma ordenação entre o discurso dos

entrevistados e o tema da pesquisa, fazer comparação entre esses discursos buscando pontos convergentes e divergentes e a forma de articulá-los ao objeto.

O capítulo final resgata os aspectos pertinentes às questões abordadas, respondendo aos objetivos propostos nesse estudo.

## **Capítulo 1 - A Construção no Tempo e no Espaço da Profissão de Enfermagem**

A enfermagem é uma profissão que surgiu do desenvolvimento e da evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. As práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência, visto que não havia, naquele momento, a aquisição de conhecimentos de enfermagem de cunho científico e sim empíricas. Num primeiro estágio da civilização, essas ações garantiam ao homem a manutenção de sua sobrevivência, estando, na sua origem, associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como pano de fundo as concepções evolucionistas e teológicas. Mas, como o domínio dos meios de cura passou a significar poder, o homem, aliando esse conhecimento ao misticismo, apoderou-se dele.

Esse período corresponde à fase do empirismo, verificada antes do surgimento da especulação filosófica que ocorre por volta do século V a.C. Essas ações permanecem, por muitos séculos, desenvolvidas nos templos que, em princípio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados.

Estudos mostram que surgimento da enfermagem como atividade profissional institucionalizada deu-se com a Revolução Industrial, no século XVIII, e culmina com o surgimento da enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX<sup>(1)</sup>.

É em um cenário de guerra e horrores que a enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia.

Acredita-se que antes do advento do modelo nightingaleano de ensino, que marcou a passagem do exercício empírico da enfermagem para a era da profissionalização, a aprendizagem se dava por imitação e acompanhamento do

prestador de cuidados por um jovem menos experiente que, assim, aprimorava-se nos conhecimentos, habilidades e atitudes para qualificá-lo para esta prática <sup>(1)</sup>.

### 1.1. Florence Nightingale

Nascida em 12 de maio de 1820, em Florença, Itália, Florence Nightingale era filha de ingleses. Vivia em um lar encantador, passava sua juventude cercada de jardins, onde o agradável convívio ensejava oportunidades para leitura, música, equitação e visitas a Londres. Florence tinha tudo isso e partilhava com pais cultos e uma talentosa irmã mais velha. Mas, não era feliz. Almejava realizar um trabalho no qual realmente pudesse usar suas forças, longe da vida de ostentação que se levava nos salões. Queria dedicar-se aos estudos, aos livros, ora em suas casas de campo, ora em Londres. Extremamente religiosa, não o era, entretanto, no estrito aspecto dogmático; o que desejava mesmo era fazer o “trabalho de Deus” – ajudar os pobres, os doentes e os menos dotados, amenizando-lhes o sofrimento e a degradação <sup>(2)</sup>.

No desejo de se realizar como enfermeira, passa o inverno de 1844 em Roma, estudando as atividades das Irmandades Católicas. Em 1849, faz uma viagem ao Egito e decide servir a Deus, trabalhando em Kaiserswert, Alemanha, entre as diaconisas. Determinada em seguir sua vocação, procura completar seus conhecimentos que julga ainda insuficiente. Visita o Hospital de Dublin, dirigido pelas Irmãs de Misericórdia, Ordem Católica de Enfermeiras, fundada 20 anos antes. Conhece as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, na Maison de La Providence, em Paris. Aos poucos, vai se preparando para a sua grande missão.

Em 1854, a Inglaterra, a França e a Turquia declaram guerra à Rússia: é a Guerra da Criméia. Os soldados encontram-se em lamentável abandono. A mortalidade entre os hospitalizados é de 40%. Florence partiu para Scutari com 38 voluntárias, entre religiosas e leigas, vindas de diferentes hospitais. Algumas enfermeiras foram despedidas por incapacidade de adaptação e, principalmente,

por indisciplina. A mortalidade decresce de 40% para 2%. Os soldados fazem dela o anjo da guarda e ela será imortalizada como a "Dama da Lâmpada" porque, de lanterna na mão, percorre as enfermarias, atendendo aos doentes.

Possuía inteligência incomum, tenacidade de propósitos, determinação, persistência e perseverança - o que lhe permitia dialogar com políticos e oficiais do Exército, fazendo prevalecer suas idéias. Dominava com facilidade o inglês, o francês, o alemão, o italiano, além do grego e latim. Durante a guerra, contrai tifo, doença infecciosa febril causada por microrganismos do gênero *Rickettsia* e, ao retornar da Criméia, em 1856, leva uma vida de inválida. Dedicou-se, porém, com ardor, a trabalhos intelectuais. Pelos trabalhos na Criméia, recebe um prêmio do Governo Inglês e, graças a esse prêmio, consegue iniciar o que para ela é a única maneira de mudar os destinos da enfermagem - uma Escola de Enfermagem, em 1859.

Após a guerra, Florence funda uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. O curso, de um ano de duração, consistia em aulas diárias ministradas por médicos.

Em 13 de agosto de 1910, com 94 anos de idade, Florence Nightingale morreu deixando florescente o ensino de Enfermagem, fazendo com que a atividade não fosse mais vista como empírica desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação reconhecida que poderia atender à necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica.

Após a criação de escolas de enfermagem no século XIX e sua difusão pelo mundo ocidental no fim do mesmo século e primeira metade do século XX, a formação passou a ser planejada e orientada para capacitação de mulheres rigorosamente selecionadas para esse fim, de quem se exigiam atributos físicos,

morais e intelectuais, previamente definidos. O enfoque das práticas de ensino era voltado ora para a capacitação profissional para assistir, ora para gerenciar. O ensino de enfermagem foi se desenvolvendo e incorporando, paulatinamente, as novas conquistas do conhecimento nas áreas da Biologia, da Epidemiologia, da Educação, da Administração entre outras, e da Enfermagem propriamente dita, que assim adquiriu o status de ciência.

Novas concepções e práticas de ensino foram se incorporando ao modelo nightingaleano original, distanciando-se do aprender a fazer sem conhecer a cientificidade do procedimento a ser realizado, com base apenas na investigação livre e na observação dos fenômenos, limitada, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos anátomo-fisiológicos. Porém, essa integração atinge somente o enfermeiro; a formação dos auxiliares e técnicos de enfermagem, iniciada em 1949 e 1966, enfatiza, até hoje, o papel assistencial <sup>(1)</sup>.

Apesar das dificuldades que as pioneiras da Enfermagem tiveram que enfrentar, devido à incompreensão dos valores necessários ao desempenho da profissão, as escolas se espalhavam pelo mundo, a partir da Inglaterra. Nos Estados Unidos, a primeira escola foi criada em 1873. Em 1877, as primeiras enfermeiras diplomadas começam a prestar serviços em domicílio em Nova York. Essa prática, verificada nos primórdios da profissão, era privilégio da classe mais favorecida economicamente, pois naquela época, estar enfermo e receber assistência no hospital eram sinônimos de pobreza, pois os ricos recebiam assistência em seus lares.

As escolas deveriam funcionar de acordo com a filosofia da Escola Florence Nightingale, baseada em quatro idéias-chave:

1. O treinamento de enfermeiras deveria ser considerado tão importante quanto qualquer outra forma de ensino e ser mantido pelo dinheiro público;
2. As escolas de treinamento deveriam ter uma estreita associação com os hospitais, mas manter sua independência financeira e administrativa;

3. Enfermeiras profissionais deveriam ser responsáveis pelo ensino de pessoas não habilitadas para desempenho de tal função;
4. As estudantes deveriam, durante o período de treinamento, ter residência à disposição, que lhes oferecesse ambiente confortável e agradável, próximo ao hospital.

As escolas conseguiram sobreviver graças aos pontos essenciais estabelecidos pelo o sistema Nightingale de ensino:

1. Direção da escola por uma enfermeira;
2. Mais ensino metódico, em vez de apenas ocasional;
3. Seleção de candidatos do ponto de vista físico, moral, intelectual e aptidão profissional.

Em sua proposta reformadora na arte de cuidar, Florence Nightingale preocupava-se com a origem sócio-econômica e a formação moral de suas “nurses” e a proposta da Escola de Enfermagem trazia algumas soluções corretivas para esta questão, sobretudo, quanto ao comportamento moral das enfermeiras. No que dizia respeito às candidatas ao curso, preocupavam-se com a procedência social, hábitos de vida, comportamento no espaço público e privado, proibindo a expressão da sexualidade e a vida sexual como atributos tão necessários para tornar-se enfermeira, quanto o era a formação profissional. Era preciso mudar o estigma da profissão.

O mundo moderno, entendido a partir da Revolução Industrial ao século XIX, dará lugar ao surgimento da Enfermagem Moderna na Inglaterra, através de Florence Nightingale que, mantendo as características preconizadas do arquétipo, elabora o perfil da candidata à Enfermeira: “Ter abnegação absoluta, altruísmo, espírito de sacrifício, integridade, humildade e, acima de tudo, disciplina” <sup>(3)</sup>.

Nightingale apresenta a enfermagem como uma possibilidade de identidade para as mulheres solteiras e sem filhos no século XIX. Ela era uma mulher rica, instruída e poderosa em termos de relações sociais; uma mulher que conhecia de



perto todas as instituições de saúde mais importantes da Europa e que propôs uma Reforma Sanitária que deu um significado diferente à palavra “nurse” <sup>(4)</sup>. Ser enfermeira no século XIX, num período que podemos caracterizar como pré-Florence, era ser suja, velha, bêbada, prostituta, entre outros. Como forma de controlar e mudar essa imagem da enfermeira, Florence estabelece o Boletim Moral para avaliação do comportamento e dos sentimentos da enfermeira, propício na Era Vitoriana e dentro de um esquema de normalização dos corpos e de controle da expressão da sexualidade.

Alguns autores afirmam que Florence Nightingale é o símbolo duradouro da Enfermagem. Figura endeusada, idealizada, execrada ou retomada recentemente como política, reformista, foi a feminista possível à época vitoriana. Seu nome está incluído entre os humanistas que mudaram o mundo <sup>(5)</sup>.

A entrada de Nightingale no cenário da Enfermagem fez-se pela porta do hospital inglês, enquanto a Enfermagem brasileira fez um percurso inicial pelas vias da saúde pública, atendendo a imperativos econômicos específicos, como veremos a seguir <sup>(5)</sup>.

## 1.2. A Enfermagem no Brasil

A organização da Enfermagem na Sociedade Brasileira começa no período colonial e vai até o final do século XIX.

A profissão surge como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo formado, em sua maioria, por escravos, que nesta época trabalhavam nos domicílios. Desde o princípio da colonização, foi incluída a abertura das Casas de Misericórdia, que tiveram origem em Portugal. A primeira Casa de Misericórdia foi fundada na Vila de Santos, em 1543. Em seguida, ainda no século XVI, surgiram as do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Mais tarde, Porto Alegre e Curitiba, essa inaugurada em 1880, com a presença de D. Pedro II e Dona Tereza Cristina.

No que diz respeito à saúde do povo brasileiro, merece destaque o trabalho do Padre José de Anchieta. Ele não se limitou ao ensino de ciências e catequeses. Foi além. Atendia aos necessitados, exercendo atividades de médico e enfermeiro. Em seus escritos encontramos estudos de valor sobre o Brasil, seus primitivos habitantes, clima e doenças mais comuns. A terapêutica empregada era à base de ervas medicinais, minuciosamente descritas. Supõe-se que os Jesuítas faziam a supervisão do serviço que era prestado por pessoas treinadas por eles. Não há registro a respeito.

Outra figura de destaque é Frei Fabiano Cristo, que durante 40 anos exerceu atividades de enfermeiro no Convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro (séc. XVIII). Os escravos tiveram papel relevante, pois auxiliavam os religiosos no cuidado aos doentes.

Somente em 1822, o Brasil tomou as primeiras medidas de proteção à maternidade que se conhecem na legislação mundial, graças à atuação de José Bonifácio Andrada e Silva. A primeira sala de partos funcionava na Casa dos Expostos, a qual foi fundada por Romão de Matos Duarte, em 1738, no Rio de Janeiro.

Em 1832, organizou-se o ensino médico e foi criada a primeira Faculdade de Medicina do país, na Bahia. A escola de parteiras da Faculdade de Medicina diplomou no ano seguinte a célebre Madame Durocher, a primeira parteira formada no Brasil. No começo do século XX, grande número de teses médicas foi apresentado sobre Higiene Infantil e Escolar, demonstrando os resultados obtidos e abrindo horizontes e novas realizações. Esse progresso da medicina, entretanto, não teve influência imediata sobre a Enfermagem. Assim sendo, na enfermagem brasileira do tempo do Império, raros nomes se destacaram e, entre eles, merece especial menção o de Anna Nery.

#### 1.2.1 Anna Nery: a precursora da Enfermagem no Brasil

Aos 13 de dezembro de 1814, nasceu Anna Justina Ferreira, na cidade de Cachoeira, província da Bahia. Casou-se com Isidoro Antonio Nery, enviuvando

aos 30 anos. Seus dois filhos, um médico militar e um oficial do exército, são convocados a servir a Pátria durante a Guerra do Paraguai (1864-1870), sob a presidência de Solano Lopes. O mais jovem aluno do 6º ano de Medicina oferece seus serviços médicos em prol dos brasileiros. Anna Nery não resiste à separação da família e escreve ao Presidente da Província, colocando-se à disposição de sua Pátria. Em 15 de agosto parte para os campos de batalha, onde dois de seus irmãos também lutavam. Improvisa hospitais e não mede esforços no atendimento aos feridos.

Após cinco anos, retorna ao Brasil e é acolhida com carinho e louvor. Recebe uma coroa de louros e Victor Meireles pinta sua imagem, que é colocada no edifício do Paço Municipal. O Governo Imperial lhe concede uma pensão, além de medalhas humanitárias e de campanha. Faleceu, no Rio de Janeiro, no dia 20 de maio de 1880.

Uma das mais importantes, entre as escolas de enfermagem do país, recebeu o seu nome - Escola de Enfermagem Anna Nery - e até os dias atuais é referência no gênero. Anna Nery, como Florence Nightingale, rompeu com os preconceitos da época que faziam da mulher uma prisioneira do lar.

A Escola de Enfermagem Ana Neri surge como marco de estruturação da nova profissão, num momento em que o Estado brasileiro emergente institui as suas primeiras políticas no campo da saúde, baseadas em diretrizes definidas e coordenadas por órgãos de saúde, especificamente, criados para o fim de instituir, coordenar e executar ações de saúde de cunho coletivo <sup>(6)</sup>.

Ligada ao Departamento Nacional de Saúde Pública, a escola, em 1931, é considerada oficialmente como escola-padrão, servindo de base para a equiparação dos cursos do gênero no país.

A Escola Anna Neri surgiu em 1923, e representa um marco fundamental na história da base e estruturação da enfermagem enquanto profissão, organizada sob parâmetros próprios, na produção e sistematização dos conhecimentos que subsidiam as suas atividades práticas e no estabelecimento das normas que regulam o seu exercício profissional.

As primeiras escolas do campo da saúde representaram a estratégia médica e governamental de estabelecer regras de formação e de exercício da prática das ações de saúde, de modo que a autonomia, antes existente, fosse substituída pelo controle do Governo e da categoria médica. Os médicos se estruturaram como intelectuais absolutos da classe dominante, trabalhando para criação das condições ideais do meio ambiente, exclusivamente para si mesmos, necessárias para a implantação do capitalismo e para a convivência social no espaço, de modo a manter as desigualdades de poder e de propriedade.

Nas primeiras Escolas de Enfermagem, o médico foi de fato a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia, então, decidir quais das suas funções poderiam colocar nas mãos das enfermeiras. Assim, a enfermagem surge como uma ocupação assalariada que vem atender à necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica.

Com o aumento da população, surge a necessidade de um número maior de profissionais para prestar assistência, bem como estruturar mais campos de conhecimentos que sistematizem a reflexão sobre a prática e reproduza novos conhecimentos típicos da divisão técnica do trabalho.

A estruturação de órgãos de saúde, em nível nacional e estadual, começa a acontecer no século XIX, mas só no início do século XX surge o Departamento Nacional de Saúde Pública, que representa a organização estatal que vai dar origem ao Ministério da Educação e Saúde e, posteriormente, ao Ministério da Saúde. As políticas de saúde emanadas deste órgão eram as de controle das grandes endemias e epidemias que colocavam o Brasil numa posição ameaçadora ao pleno desenvolvimento do comércio internacional.

O Brasil do início do século XX sustenta-se político-economicamente no setor agrário-exportador cafeeiro e sofre na década de 1920, as consequências da crise do capitalismo internacional. Constitui, assim, as condições para a mudança da organização da economia brasileira nos moldes da expansão do mercado capitalista internacional. Outro fato que permitiu a estruturação da economia brasileira nos moldes capitalistas foi o fim do trabalho escravo e o surgimento do trabalho assalariado, configurando-se, assim, um amplo mercado interno,

necessário à organização da economia em bases empresariais capitalistas. A vinda de operários europeus no final do século XIX e início do século XX muito contribuíram para a estruturação da classe operária brasileira, que entra no cenário político nacional constituindo organizações próprias, as Sociedades do Socorro e Auxílio Mútuo e as Uniões Operárias.

Do âmbito da classe operária se originam pressões no sentido de o Governo promover assistência aos problemas de saúde. Neste momento, surge, então, o Departamento Nacional de Saúde Pública e o Governo estatiza, em 1923, através da Lei Eloy Chaves, as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que eram organizações assistenciais independentemente dos trabalhadores, caracterizando o nascimento da Previdência Social que sofre transformações ao longo dos anos e chega à década de 1980 totalmente monopolizada pela tecnocracia e burocracia do Estado.

Porem, em uma época em que a incipiente saúde pública limitava-se à preocupação mais imediata com o saneamento urbano, e em que a prática da medicina raramente excedia o plano da intervenção personalista nas camadas mais privilegiadas da sociedade, era oficializada em 1908, no dia 5 de dezembro, a fundação da Cruz Vermelha Brasileira, cujo quadro inaugural contava com Oswaldo Cruz (1872-1917) como seu presidente de honra e Marie Rennotte como organizadora da regional paulista. Trata-se de uma instituição que se reproduziu em diversos países e que se fundamentava no objetivo de promover a solidariedade entre os homens e autoajuda contra o sofrimento e a morte, sem qualquer tipo de discriminação. Seu caráter era claramente humanitário, do tipo das instituições cristãs de auxílio aos marginalizados e desprivilegiados socialmente. Em 1912, a Cruz Vermelha Brasileira é reconhecida internacionalmente e esteve representada na 9ª Conferência Internacional de Genebra. Em 1916, o grupo feminino da Cruz Vermelha inicia um curso para preparar voluntárias para atender às emergências na Primeira Guerra Mundial. Neste mesmo ano, a organização cria também a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, subordinada ao Ministério da Guerra, com o objetivo de preparar enfermeiras, em cursos de maiores duração.

Surge a Escola da Cruz Vermelha, fundada em 1918 com o auxílio da Sociedade de Medicina, tendo como primeiro presidente Oswaldo Cruz, conhecido pelas suas realizações sanitárias.

A enfermagem, cuja origem reside nesse tipo de assistência caritativa, teve como campo de atuação a Cruz Vermelha em diversos países, que também formava pessoal de enfermagem e voluntários.

Nos tempos antecedentes, imediatos à criação das Escolas de Enfermagem no Brasil, o Governo contava com pouco equipamento de saúde, somente com alguns médicos e nenhum outro profissional qualificado no setor capaz de promover medidas curativas e preventivas aos indivíduos e às coletividades. Havia necessidade de um profissional capaz de estabelecer um elo entre o médico do consultório e as famílias para a implantação da política médica das campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz.

Em 1920, Carlos Chagas era o diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública e em 1921, em visita aos serviços de saúde dos Estados Unidos, conhece o trabalho do profissional de enfermagem, estruturado dentro dos padrões nightingaleanos. Ele percebe que este profissional da área da saúde é o elemento necessário à estratégia governamental sanitária. Foi criado, então, por Carlos Chagas e colaboradores, um programa de implantação do Serviço de Enfermeiras de Saúde Pública e uma escola, organizada nos moldes das escolas americanas que utilizavam o modelo nightingaleano. A pedido do Dr. Carlos Chagas, foi enviada para o Brasil pela Fundação Rockefeller, a enfermeira Ethel Parson para avaliar a situação da enfermagem no país e apresentar a uma solução adequada. Ambos traçam um plano para organização da enfermagem, no qual ficou estabelecido que fosse necessária a implantação de uma escola moderna, nos moldes americanos, para formar enfermeiras diplomadas e estabelecer medidas para as visitadoras do Departamento Nacional de Saúde Pública. O trabalho das visitadoras tinha como objetivo exercer vigilância no domicílio onde havia casos de tuberculose e foram treinadas emergencialmente pelos médicos do Departamento. Isto não foi suficiente - necessitando de um aperfeiçoamento - para atingir com

sucesso os objetivos do que deveria, então, ser feito pelas enfermeiras diplomadas.

### 1.3. Enfermagem: Passado – Presente – Futuro

No ano de 1875, as primeiras escolas de Enfermagem encontravam-se na Costa Leste dos Estados Unidos da América. Tornar-se uma enfermeira treinada seria um modo muito bom de sustentar-se, já que os salários eram três vezes superiores ao salário médio da mulher (no final dos anos de 1880). Para ingressar como estudante de enfermagem, as mulheres deveriam ter idade entre 25 a 35 anos (considerando que a expectativa média de vida entre os homens em 1875 era de 40 anos, essas escolas não estavam procurando por mulheres jovens); ser solteiras (estudantes casadas ou divorciadas não eram aceitas); capazes de ver e ouvir perfeitamente (medidas pelos critérios da época); ser examinadas previamente quanto à saúde de seus pés, uma vez que a estudante passaria a maior parte do tempo em pé; de bom caráter moral, atestado pela apreciação de várias testemunhas; ter disposição para morar nos quartos designados para os estudantes de enfermagem no hospital (quase sempre entre alas de pacientes); ser do sexo feminino (as escolas de enfermagem para homens surgiram em 1888).

O curso de enfermagem tinha a duração de dois anos, mas as aulas teóricas eram dadas apenas durante o primeiro ano. Todo o segundo ano era dedicado aos cuidados dos pacientes no hospital. As aulas eram ministradas à noite, para permitir às estudantes prestarem um dia inteiro de serviço ao hospital.

É surpreendente que alguém tenha entrado para o campo de enfermagem nesses primeiros anos. O trabalho era árduo. Não havia tempo para interesses ou relacionamentos exteriores. A enfermagem era realmente uma carreira de serviço e sacrifício nos primeiros anos. Mas no final dos anos 1880, ela se revela uma

carreira para pessoas inteligentes e devotas, não apenas uma ocupação para ordens religiosas ou mulheres condenadas sob livramento condicional, pacientes convalescentes e pessoas ignorantes, de moralidade baixa, como eram os enfermeiros nos anos de 1860.

As estudantes nas primeiras escolas tinham literalmente todas as horas de seu dia preenchidas durante um período de dois anos. Não havia nada semelhante a uma jornada de oito horas diárias de trabalho. As estudantes eram responsáveis 24 horas por dia pelos seus pacientes e tinham duas horas de folga. Frequentemente eram acordadas à noite para atender às necessidades dos mesmos. A cada estudante, cabia a responsabilidade de seis ou mais pacientes, dia e noite, não havia tempo livre aos domingos para comparecer a serviços religiosos. As estudantes eram avaliadas por critérios como: recato, pontualidade, higiene, aparência pessoal, administração das alas e habilidade técnica. Não podemos esquecer de citar Florence Nightingale, que é considerada a fundadora da enfermagem moderna, que em 1860 abriu o primeiro curso de treinamento de enfermagem na Inglaterra <sup>(4)</sup>.

O processo da enfermagem nos Estados Unidos e Canadá nos últimos 100 anos é realmente impressionante. Isso, considerando-se que em 1860 não havia enfermeiros treinados no país e que, em 1900, foi publicado o 1º número do *American Journal of Nursing*, por e para enfermeiros graduados.

As enfermeiras têm sido necessárias desde a história mais remota. Como se situará a profissão nos próximos 100 anos é difícil prever. Os cuidados de enfermagem continuarão a ser uma necessidade, enquanto a raça humana sobreviver. Porém, não podemos ver só o cuidado alheio e esquecer que também somos seres humanos e precisamos de cuidados para cuidar dos outros.

Passamos por várias transformações até o momento, e o reconhecimento da profissão vem através de muitos esforços e dedicação. Certamente, a enfermagem acompanhará as mudanças no próximo século, dessa forma, espera-se dos profissionais da área uma constante atualização a fim de que seus



conhecimentos não se tornem obsoletos. Também será valorizada a capacidade de comunicação e de promoção de relacionamentos, pois são indispensáveis à área da saúde.

Porém, deve-se incluir nesse processo evolutivo a importância da qualidade da assistência e também a da qualidade de vida no trabalho. Refletindo sobre a profissão, afastando a postura que até menos de duas décadas atrás era de total conformismo e aceitação de imposições, em que a concepção de enfermagem era vocacional/religiosa. Tal postura não é mais compatível com o modo da enfermagem que vivenciamos hoje.

Assim, procuramos justificar a importância de se fazer uma reflexão e retrospectiva desde os primórdios da enfermagem até os dias atuais, tendo a qualidade de vida do profissional Enfermeiro como forma de satisfação pessoal e no trabalho.

#### 1.4. O trabalho da Enfermagem

A prática profissional de enfermagem compreende a assistência/cuidado, educação e pesquisa e administração. Como nos ensina TRENTINI & PAIM:

“A prática assistencial/cuidado consiste no que há de mais expressivo na enfermagem, sendo este seu propósito primordial, enquanto que a prática educativa e de pesquisa são o corpo de conhecimento para o desenvolvimento da prática e o gerenciamento, a planificação e o projeto que envolve este conjunto vem sendo compreendido como administração da prática profissional de enfermagem, portanto, é a prática assistencial/cuidado que diferencia os profissionais de enfermagem dos outros profissionais da saúde”<sup>(7: 14)</sup>.

O trabalho de enfermagem se situa no contexto do setor saúde, sendo, portanto, coletivo, agregado aos demais trabalhos profissionais da saúde. Assim, o processo assistencial congrega diferentes trabalhadores, instrumentos e finalidades específicas, com um objetivo em comum, que é a saúde do paciente.

Para Leopardi, Gelbcke & Ramos a enfermagem é um trabalho complexo, combinando três ações básicas, não dissociadas, ou seja, a educação em saúde, o cuidado e a gerência dos sistemas de enfermagem.

“Educar é um processo de trabalho dirigido para a transformação da consciência individual e coletiva de saúde, de modo que as pessoas possam fazer escolhas. Cuidar é uma ação com finalidade de transformar um estado percebido de desconforto ou dor em outro estado de mais conforto e menos dor, logo, tem uma perspectiva terapêutica sobre um objeto animado, que tem uma natureza física e social. Enquanto que, gerenciar tem uma finalidade genérica de organizar o espaço terapêutico, desenvolvendo condições pra a realização do cuidado, e uma finalidade específica de distribuição e controle do trabalho da equipe de enfermagem” (8: 41).

No processo de trabalho, o cuidado tem como finalidade atender às necessidades relacionadas à manutenção da saúde como condição de sua natureza como ser vivo.

“Inicialmente, a formação de enfermeiros era voltada para a saúde pública, porém, no início dos anos vinte, os interesses da medicina clínica começaram a direcionar a profissionalização de enfermagem para o campo hospitalar, que por ter um caráter individualista e curativo, este tipo de assistência exigia uma equipe com maior número de pessoal de enfermagem. O avanço da medicina hospitalar no Brasil se amplia e progressivamente vai se tornando predominante na atenção à saúde” (9: 41).

A formação dos profissionais de enfermagem ocorre em diferentes graus, a saber: o grau de auxiliar de enfermagem, de técnico de enfermagem e de enfermeiro, que apesar de formar uma equipe com diferentes graus de conhecimento, tem atribuições semelhantes ao cuidar do paciente ou cliente. Isto contribui para que a sociedade e até mesmo a equipe de saúde não perceba a diferença entre diversas categorias da equipe de enfermagem, assim como as funções específicas de cada uma.

De acordo com Costa, Morita & Martinez, ocorre também uma divisão técnica do trabalho que opera verticalmente, com base na redistribuição das

tarefas entre profissionais de diferentes níveis de qualificação, gerando uma importante demanda de pessoal auxiliar de enfermagem <sup>(10)</sup>.

Segundo Lopes, a concentração dos enfermeiros nos hospitais propiciou a formação de outras categorias; como os auxiliares de enfermagem, acentuando assim, a divisão do trabalho em cuidado direto ao paciente, pelos auxiliares e a administração burocrática para com os enfermeiros. Esta subdivisão também faz com que a sociedade não perceba as diversas categorias da equipe de enfermagem <sup>(11)</sup>.

Para Gonzáles, a falta de valor social está concretizada nos baixos salários que expressam a desvalorização dos profissionais de enfermagem, que trazem consigo o legado de uma história calcada na submissão, abnegação, caridade e vocação para cuidar do próximo <sup>(12)</sup>.

A consolidação dos hospitais como local para diagnóstico, tratamento, cura e pesquisa de problemas de saúde dá origem ao trabalho em equipe, ficando para a enfermagem, além das funções referentes à profissão, a execução da tarefa prescrita pelo médico. Desta forma, observa-se no cotidiano hospitalar a presença de um enorme contingente de funcionários na área de enfermagem, que no trabalho diário depara-se com dificuldades inerentes ao cargo e à própria subjetividade.

A enfermagem como profissão tem como pilar a ciência, essa compreendida de modo ampliado em correntes, métodos e técnicas que vão além dos esquemas tradicionais da pesquisa e reconstrói o conhecimento apropriado ao desempenho dos profissionais. Sendo assim, Benko relata que:

“(...) os recursos humanos em enfermagem são considerados um dos fatores mais relevantes na operacionalização do sistema de assistência de enfermagem, tanto no que diz respeito aos aspectos quantitativos como qualitativo de pessoal, quanto ao que se refere à função que cada trabalhador deve desenvolver. O cálculo de pessoal deve estar de acordo com a filosofia da assistência de enfermagem pretendida quanto à quantidade de funcionários e a proporção entre as diferentes categorias que compõem a equipe de enfermagem” <sup>(13: .23)</sup>.

A enfermagem constitui-se de uma equipe formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que são categorias regulamentadas por lei e que participam de forma direta, através do cuidado individualizado e integral do processo de cura e reabilitação do paciente. O trabalho desta equipe é desenvolvido em turnos, com carga-horária estipulada de 36 horas semanais. Comumente, os turnos de trabalho são de 07h. às 13h. (manhã), da 13h. às 19h. (tarde) e 19h. Às 07h. (noite). A jornada de trabalho é preestabelecida através de escala de trabalho que atende à necessidade da instituição. Geralmente, existe uma sobrecarga de trabalho devido à disposição de recursos humanos que pode ser insuficiente ou inadequadamente distribuída entre os turnos e os setores de trabalho. As atividades de enfermagem se iniciam na passagem de plantão, ou seja, na troca de turno de trabalho.

“Os objetivos do trabalho de enfermagem são as atividades inerentes aos cuidados com o paciente e sua família. É um trabalho exigente, complexo e intencional, com particularidades, tais como: a assistência ininterrupta ao paciente nas 24 horas do dia, a necessidade de estabelecer relações interpessoais com colegas, pacientes e seus familiares, e a necessidade de regimentos, normas e rotinas pré-estabelecidas para cada serviço, dentre outros aspectos” (14: 350).

Segundo as situações vividas pelos profissionais de enfermagem, ao cuidarem de pacientes que necessitam de cuidados (físico e emocional), ficam expostos a vários riscos de ordem física e psíquica. Sendo inúmeras essas situações de risco, as quais se têm um significado personalizado para cada trabalhador. Outro aspecto diz respeito à satisfação ou à insatisfação presentes no cotidiano dos trabalhadores, sendo importante para a qualidade de vida e do trabalho. Positivamente, o trabalho de enfermagem predispõe a formação de mecanismos de defesa, de resistência ao enfrentamento, com os quais os trabalhadores buscam um relativo equilíbrio para a execução de suas tarefas.

Este estudo visa analisar o trabalhador inserido num contexto real, observando como o profissional de enfermagem se comporta ao executar o que lhe é atribuído pela organização do trabalho e como este comportamento pode interferir profissionalmente e pessoalmente.

Nesta perspectiva, as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais de enfermagem, na maioria das vezes, os forçam a realizar atividades em posturas constrangedoras. Segundo Lautert, Chaves & Moura, essas posturas inadequadas e forçadas potencializam o aparecimento de alterações músculo-articulares e a sobrecarga, tanto qualitativa como quantitativa, de trabalho produz vários sintomas de estresse psicológico e físico <sup>(15)</sup>.

A situação de assistir ao doente coloca o profissional de enfermagem em uma posição de total doação, o que muitas vezes leva o trabalhador a abdicar de sua própria saúde em benefício de seu doente. Ele deve ter preparo técnico e intelectual, ter a sua disposição recursos materiais e ter saúde física e mental para desempenhar a sua tarefa. É um trabalho que exige um estado de alerta constante e grande consumo de energia física, mental e emocional por parte do trabalhador.

Dentro deste contexto, os profissionais de enfermagem devem visar à concepção de situações de trabalho que não alterem sua saúde, locais onde possam exercer suas atividades em um plano individual e coletivo. Também, deve criar possibilidades para a valorização de suas capacidades e condições de trabalho, garantindo a manutenção de sua saúde e qualidade de vida.

## **Capítulo 2 - Aspectos Históricos do SUS e da Organização do Setor Saúde no Brasil**

Nos primeiros anos da década de 1980, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Conferência de Alma Ata, em 1978, que preconiza “saúde para todos no ano de 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) <sup>(16)</sup>.

Durante um período, o modelo de saúde no Brasil beneficiou somente uma classe, a dos trabalhadores de carteira assinada que contribuía para o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), dando-lhes direito à assistência da saúde. O atendimento a esses contribuintes era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Os demais brasileiros se submetiam a outros meios para terem acesso à saúde <sup>(17)</sup>.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde realizada em março de 1986, foi considerada um marco histórico, pois discutiu as bases que norteiam a reestruturação da saúde no Brasil. Ela contou com a participação de vários grupos populares, entre eles, profissionais de saúde, dirigentes sindicais e de órgãos públicos, intelectuais, parlamentares e representantes de diversos grupos sociais. Surgindo, então, o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Em 1987, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, estruturando-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social

consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O “resultado foi garantir na Constituição, por meio de ementa popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado” <sup>(18)</sup>.

A Constituição Federal de 1988, incorporando as propostas estabelecidas pelo movimento da reforma sanitária brasileira criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado dois anos depois pelas leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), surgiu a idéia da construção de um novo modelo de saúde. Em 1990 foi lançado o SUS, com o propósito de ser instrumento para garantir o cumprimento do artigo 196 da Constituição Federal e também acesso à promoção da saúde, à prevenção de doença e à assistência integral da saúde ao indivíduo e ao coletivo. Foi regulamentado pela lei 8.080, em 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e pela lei 8.142, em 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Os serviços privados também se integram ao SUS quando contratados para complementar ação dos serviços estatais <sup>(17)</sup>.

Com base nas diretrizes da Constituição, foram elaborados seis princípios para a construção do SUS:

- O primeiro princípio é a universalidade que garante o acesso a todas as pessoas, independentemente do sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Somente este princípio já é um grande avanço, pois ele assegura a todos os brasileiros o direito que antes privilegiava apenas uma determinada classe.

- A integralidade - outro princípio que considera o indivíduo como um todo, devendo as ações de saúde atender a promoção à saúde, proteção contra doenças, tratamento e reabilitação.
- A equidade - que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie, o serviço deverá estar atento às reais necessidades da população para favorecer a atenção e cuidados adequados, priorizando sempre a justiça social.
- A descentralização é um princípio que se entende por uma política administrativa, em que a distribuição de responsabilidade amplia-se para as três esferas do Governo (federal, estadual e municipal), sendo consolidada pela municipalização. Acredita-se que quanto mais próxima a gestão dos serviços de saúde estiver da população, mais adequada será a resolução dos agravos à saúde.
- A participação popular é outro princípio consolidado pelos Conselhos Municipais de Saúde, através deste há uma democratização nos processos decisórios dos serviços de saúde.
- O último princípio a ser citado é a hierarquização - um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos para cada caso em todos os níveis de complexibilidade do sistema.

O SUS está amparado em uma vasta legislação, cujo tripé principal é formado pela Constituição Federal de 1988, as leis 8.080 e 8.142. Em 1993, entrou em vigência a Norma Operacional Básica 01/96 (NOB-SUS 01/96). Seu objetivo é de regulamentar o processo de descentralização e organização do SUS para os estados e municípios, através de recomendações do Conselho Nacional de Saúde <sup>(20)</sup>. Após a criação da NOB-SUS 01/69, a descentralização passou a ser regida por comissões intergestoras: tripartite na esfera federal, bipartite na esfera estadual. A partir da criação dessas duas comissões, firmou-se o processo de descentralização, transferindo, principalmente para os municípios, de forma intensa, a responsabilidade e recursos para a operacionalização do SUS. A



avaliação e controle das ações e serviços de saúde são de competência dos gestores federal, estadual e municipal (LEI 8.080/90): avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; relação com os prestadores de serviços; qualidade da assistência e satisfação dos usuários e resultados e impactos sobre a saúde da população.

Em 26 de janeiro de 2001, foi promulgada a portaria nº. 95, referente às Normas Operacionais de Atenção à Saúde (NOAS/SUS). Esta amplia a responsabilidade dos municípios na atenção básica, define o processo de regionalização da assistência, fortalece a capacidade de gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação de estados e municípios.

A descentralização, ou seja, a ampliação da responsabilidade dos municípios, a regionalização e a organização do SUS são elementos fundamentais para seu avanço. Os estados passam da função de meros mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual, também ocorre à substituição da municipalização (atomização) pela regionalização (otimização). Acredita-se que a NOAS/SUS atualiza e regulamenta a assistência, levando em consideração os avanços já obtidos e destacando os desafios a serem superados no processo de consolidação e aprimoramento do SUS <sup>(20)</sup>.

## 2.1. Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) contribuiu no processo decisório da RSB, por intermédio da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1978, em Alma Ata, Rússia, que propôs a APS como um fator determinante das transformações sociais em busca de uma sociedade mais justa e igualitária, com a declaração “saúde para todos no ano de 2000”. Assim, a APS foi definida como sendo:

“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 por eles e 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” (21: .14).

Os componentes essenciais desse processo foram: educação em saúde, distribuição de alimentos e nutrição adequada, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e fornecimento de medicamentos necessários (22).

Atualmente, têm sido apresentadas três interpretações da APS:

1. Atenção Primária Seletiva que visa o entendimento de um programa focalizado em pessoas extremamente carentes, onde há tensões e desordem social, utilizando tecnologia simples e de baixo custo;

2. Atenção Primária à Saúde como nível primário dos sistemas e dos serviços de saúde, ou seja, em uma visão mais ampla, atuando de forma decisiva como estratégia de reorganização de todo o sistema de serviços de saúde, visando à satisfação das necessidades, demandas e representações da população com os serviços de saúde;

3. Atenção Primária à Saúde como uma estratégia de reorganização sanitária, orientando a origem da medicina comunitária, buscando estabelecer novas relações com o indivíduo, a família e a comunidade, tendo como alvo a coletividade.

A APS, considerada como estratégia de reorganização de todo o sistema de serviços de saúde, é uma forma singular de apropriar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema, visando à satisfação das necessidades, demandas e representações da população, em uma rede integrada de serviços de saúde. Assim, as atividades relacionadas à promoção a saúde e à prevenção de doenças não são priorizadas. Observando a necessidade da reorganização deste modelo,

buscou-se criar uma estratégia para revertê-lo, através das experiências locais e da contribuição da população no cuidado com a saúde.

Com base nesse entendimento, a fim de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), foi lançado em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Ceará. Posteriormente, em 1994, criou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo objetivo era reorganizar e reordenar o sistema de saúde, visando ampliar o acesso de forma igualitária para a população.

### 2.3. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Quando pensamos em serviço de Saúde Pública, logo associamos aos chamados postos de saúde ou centros de saúde. Eles foram pensados como “porta de entrada” de um sistema público de serviços de saúde a partir da década de 1970, com a proposta de Atenção Primária à Saúde. Criados para atender à crescente necessidade de saúde da população, produzida pelos problemas decorrentes da urbanização e do empobrecimento, entre outros.

Era necessário, nesse contexto, estender a assistência à saúde para toda a população. Essa extensão da assistência à população constituiu-se, mais tarde, como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade do atendimento, ou seja, a garantia de que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços, em todos os níveis do sistema de saúde, sejam esses básicos ou mais complexos <sup>(23)</sup>.

A criação dos postos e centros de saúde representou uma inovação institucional. Apesar de cercados por carência de recursos materiais e de trabalhadores de saúde qualificados, além de utilização eleitoreira de políticos e a falta de eficiência operacional, esses novos serviços vão assumindo importância central na estratégia de combate às doenças infecciosas e parasitárias sem, no

entanto, garantir um cuidado integral na própria unidade ou um controle mais abrangente dos determinantes das condições de saúde da população <sup>(24)</sup>.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado oficialmente pelo Ministério da Saúde, em 1991, para somar-se aos esforços voltados à redução dos graves indícios de mortalidade infantil e materna. Neste cenário, o PACS contribuiu de maneira significativa para interiorização de profissionais enfermeiros.

Inicialmente, o programa estava centrado em pequenos municípios que se caracterizavam pela precariedade dos indicadores e pela insuficiência de oferta e de organização de seus serviços. Muitos desses municípios não tiveram nenhum profissional de saúde residente no local. Dessa forma, foi decisivo o envolvimento dos enfermeiros na implantação do PACS. A própria formação dos profissionais de enfermagem contribuiu para que se avançasse nas ações, que passavam a caracterizar-se como emérito de um futuro movimento de transformação do modelo assistencial.

O PACS passou por uma crise devido ao consenso a respeito das limitações como instrumento suficiente para provocar mudanças efetivas na organização dos serviços básicos de saúde. Esse modelo configurava ainda como curativo que privilegiava uma medicina de alto custo, exercida de forma verticalizada e acessível apenas a uma parcela restrita da população.

#### 2.4. Estratégia da Saúde da Família

Diante da necessidade de consolidar a saúde devido aos embates políticos, o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu, em 1994, para suprir as insuficiências do SUS, onde ocorriam excessivos gastos com os serviços e a importância do estilo de vida, da biologia humana e dos fatores ambientais. Nesse contexto, o PSF foi sugerido para agregar, ainda, os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade e intersetorialidade, além da

vigilância em saúde. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que tem possibilitado às equipes maior compreensão do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções, que vão além de práticas curativas.

O PSF substituiu um modelo de assistência curativa-hospitalocêntrica por ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, além de ações de vigilância epidemiológica e sanitária realizadas no nível primário de atenção à saúde priorizando melhoria na qualidade de vida da população. Os dados são positivos: de 2002 a 2007, o número de equipes no PSF aumentou de 16.700 para 27.146. São mais de 86 milhões de brasileiros atendidos em 5.110 municípios. “O Ministério da Saúde reconhece no PSF importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar” <sup>(17)</sup>. Então, passou a ser denominado de Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A Estratégia Saúde da Família tem como proposta estabelecer o estímulo à municipalização e a descentralização da saúde, com base nos princípios da integralidade, universalidade e equidade, priorizando as ações de prevenção e recuperação da saúde do indivíduo, família e da comunidade de forma integral e contínua <sup>(25)</sup>.

As ações são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, um enfermeiro, um médico generalista, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. “O Ministério da Saúde incluiu o cirurgião dentista, o auxiliar do cirurgião dentista e o técnico em higiene dental na ESF, em dezembro de 2000” <sup>(26)</sup>. Esta equipe torna-se responsável por uma área com, aproximadamente, 600 a 1000 famílias ou de 2.400 a 4.500 pessoas. Profissionais como assistentes sociais, psicólogos, dentistas, nutricionistas e outros poderão ser incorporados ou formar equipes de apoio de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Os profissionais que integram a ESF possuem atribuições que são desempenhadas em regime de

dedicação integral e com uma visão generalista em conjunto com a comunidade, permitindo enfrentar os diversos problemas de saúde.

De acordo com Tavares:

“O Ministério da Saúde criou a ESF, para construir um modelo de saúde mais humanizado, como meio de organizar a atenção básica no município, consistindo num modelo centrado no atendimento familiar, onde equipes multiprofissionais passam a atender nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos domicílios. As unidades, por sua vez, têm seu funcionamento reorganizado segundo os princípios de saúde da família, e passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente de um determinado número de indivíduos e famílias, que morem no território de atuação dessas equipes. Isso possibilita a criação de vínculos e a atitude de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (26: .7).

Sousa ressalta que a ESF:

“É considerada como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tendo demonstrado potencialidade para provocar um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção vigente. E que suas diretrizes apontam para uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e ações de saúde, possibilitando a racionalidade na utilização dos demais pontos do sistema e ampliando os resultados positivos nos indicadores de saúde dos indivíduos/famílias/comunidade pelas equipes cuidadoras” (27: .23).

A Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha com maior capacidade de ação para atender as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. Contribuindo assim para uma maior proximidade dos profissionais constituintes com a população do bairro. “A função da USF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade” (20).

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/SUS, 2001), editada pela portaria do Ministério da Saúde, em 25 de janeiro de 2001, determina que existam áreas prioritárias para o acompanhamento que regra as principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pelas equipes de ESF:

- Ações de Saúde da Criança;
- Ações de Saúde da Mulher;
- Controle de Hipertensão Arterial;
- Controle do Diabetes Mellitus;
- Controle da Tuberculose;
- Programa de Eliminação da Hanseníase;
- Promoção da Saúde Mental.

#### 2.4.1. Questões sociais e políticas da ESF

Apesar de todos os esforços em preservar e promover a dignidade humana, a história está repleta de horrores e violações, tais como: falta de assistência à saúde, à moradia, ao desemprego, à educação e ao lazer. A dignidade humana é um direito e um dever do início ao fim da vida, não importando se estamos como profissionais ou pacientes. A ESF reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade, equidade e participação da comunidade.

Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) representam um elemento fundamental dentro deste processo de transformação, sendo, portanto, imprescindível sua existência. No Brasil, os SILOS vêm se configurando como Distritos Sanitários. A Lei Federal Nº. 8080, de 1990, explicita, no momento da organização dos municípios, a organização de distritos: “de forma a integrar e articular recursos, técnicos e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde”.

O conceito de distrito sanitário mais trabalhado é o proposto por Emiko e Fonseca é:

“Processo social de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, referido pela estratégia da reforma sanitária, direcionado no sentido da eficiência e eficácia social, da equidade e da democratização e que se manifesta no espaço operativo, no qual se estabelecem

relações transacionais entre as instituições de saúde, sob gestão de uma autoridade sanitária local e reorientada de acordo com certos princípios organizativo-assistenciais e os conjuntos sociais, com seus problemas, delimitados por um território-processo” (28: .233).

Entretanto, não nos referimos a uma instância meramente topográfica e burocrática de divisão territorial. Se assim fosse, seria de muito fácil execução, bastaria ter um mapa, uma caneta e uma concepção estática de distrito de saúde, que qualquer um poderia proceder a divisão em distritos em poucas horas. Mas, em suma, seria apenas uma descentralização de serviços e não de poder de planejamento e resolução.

Percebemos que para o programa de assistência atingir a total eficiência e eficácia, é necessário que se construa uma equipe de saúde constituída de vários profissionais, abrangendo inúmeros segmentos, ou seja, a proposta de humanização da assistência à saúde tem grande valor para a conquista de melhor qualidade no atendimento ao usuário e de melhores condições de trabalho para a equipe multidisciplinar. Segundo Carmona:

“A ESF enfatiza o exercício de práticas de humanização, como atividades de visita e internação domiciliar realizadas pela equipe de saúde da família. O programa, além de proporcionar assistência à saúde, também tem como missão promovê-la, por meio de discussões com as organizações comunitárias, possibilitando à população reconhecer seu papel como agente modificador das condições de saúde e do ambiente em que vive” (29: 10).

A região Nordeste é a que possui a maior concentração de equipes de ESF em funcionamento; é o pólo mais importante quanto à abrangência do programa, com 43,56%. O Sudeste é a segunda região que apresenta o maior número de equipes, tendo 34,08% de profissionais. Essas duas regiões abrangem quase 80% dos profissionais que atuam no PSF no Brasil. As demais regiões têm a seguinte distribuição: 11,95% no Sul, 6,07% no Norte e 4,34% no Centro-Oeste. Segundo dados da Secretaria de Saúde de São Paulo, a ESF Paulista é hoje o maior programa do Brasil, o único dessa modalidade na América Latina e no mundo, que tinha como meta atender seis milhões de paulistanos até 2004.



Mesmo diante de tantas dificuldades, a ESF é um programa inovador em seu aspecto de relação interativa entre os profissionais e as comunidades, por isso, é considerado um projeto complexo. O objetivo do programa, entre outros, é a promoção da saúde e prevenção de doenças. Portanto, é necessário planejar, prever e preparar as regiões, os profissionais e as comunidades para uma vida melhor, sempre com o objetivo de alcançar excelentes resultados e transformações, reduzindo a mortalidade infantil, alterando positivamente os indicadores de saúde e proporcionando à população acesso a um serviço mais humano.

Nesse sentido, a ESF favorece a confiança do paciente no profissional e permite a obtenção de prestígio social junto à comunidade. Constrói um caminho para o resgate da autoestima dos profissionais de saúde, mesmo que eles, em alguns casos, trabalhem em condições desfavoráveis, com pouca infraestrutura, transporte inadequado e falta de acesso à informação técnico-científica.

O art.196 da Constituição de 1988 estabelece que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” <sup>(30:40)</sup>.

Assim, a proposta organizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) cria princípios e diretrizes que levam responsabilidades ao Estado na promoção de condições fundamentais de saúde à população.

Vale ressaltar que não se deve apenas focar ao tratamento de patologias, mas priorizar as condições de vida que estão ocasionando o adoecimento de uma determinada população.

#### 2.4.2. Dimensões e Níveis de Competências da Estratégia da Saúde da Família.

Para uma atuação plena do exercício dos profissionais de saúde na ESF não é só necessária a competência técnica, o conhecimento da construção SUS, o

surgimento do PACS e da própria ESF e de suas atribuições dentro deste novo programa. É inegável que a formação de uma equipe constituída por profissionais que demonstrem pensamento crítico-situacional e capacidade de resolução de problemas combinados com a habilidade técnico-científica é vital para o fortalecimento da posição da organização no mercado de assistência à saúde.

“A estratégia de trabalho do PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexibilidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistências universais, integrais, equânimes, contínuas e, acima de tudo, resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de risco, aos quais ela está exposta, e nele intervindo de forma apropriada” (31: 51-52)

O Funcionamento da Unidade de Saúde da Família tem como base algumas diretrizes operacionais e conceitos próprios para o seu funcionamento.

- Adscrição da clientela – cada unidade é responsável pelo cadastro e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a uma área (território de abrangência). Cada unidade de saúde da família pode atuar como uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Uma equipe é responsável por uma área onde residam entre 600 a 1000 famílias, com um limite máximo de 4500 habitantes.
- Cadastramento – as equipes deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, de acordo com a área territorial que foi preestabelecida para a adscrição.
- Integralidade e hierarquização – a unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, chamado atenção básica. Necessita estar vinculada à rede de serviços, de forma que seja garantida atenção integral aos indivíduos e às famílias e que sejam asseguradas

a referência e a contrarreferência para níveis superiores de complexidade.

- Equipe multiprofissional – cada equipe é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais como dentistas, assistentes sociais e psicólogos, podem ser incorporados às equipes ou formar equipe de apoio <sup>(31 p.10)</sup>.

A abordagem multiprofissional é a proposta indicada para o atendimento na ESF, levando-se em consideração alguns princípios conforme nos descreve Paulino <sup>(31)</sup>:

- O enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- A integralidade da atenção;
- A ênfase na prevenção, sem descuidar do atendimento curativo;
- O atendimento nas clínicas médicas e clínicas cirúrgicas (pequenas cirurgias);
- O atendimento nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia / obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica (pequenas cirurgias ambulatoriais);
- A parceria com a comunidade;
- As possibilidades locais.

O autor coloca, ainda, que para a equipe da ESF desenvolver essas atividades, necessita-se de suporte de gerenciamento por meio dos níveis de competências, distribuídos nos três poderes: nacional, estadual e municipal.

- Nível Nacional:

O gerenciamento e a organização da ESF competem ao Ministério da Saúde, com as seguintes atribuições:

- Estabelecer normas e diretrizes que definam os princípios da ESF;
- Definir mecanismos de alocação de recursos federais para implantação e manutenção das UBSF, segundo a lógica do financiamento do SUS;
- Negociar com a Comissão Intergestores Tripartite os requisitos específicos e prerrogativas para implantação e/ou implementação da ESF;
- Acompanhar e avaliar a implantação e os resultados da ESF nos Estados e Municípios;
- Assessorar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere à elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações;
- Articular, com as Universidades e Instituições de Ensino Superior (IES), a introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação e especialização;
- Incentivar a criação de uma rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção do conhecimento em saúde da família;
- Promover articulações com as outras instâncias da esfera federal, visando garantir a consolidação da ESF;
- Identificar recursos técnico-científicos para o processo de controle e avaliação de resultados e de impacto das ações desenvolvidas pela equipes de ESF;
- Contribuir para o incremento da gestão plena da atenção básica nos municípios, visando à reorientação do modelo assistencial;
- Identificar a estrutura das parcerias com organizações governamentais e não governamentais.

- Nível Estadual:

Compete às Secretarias Estaduais de Saúde definir, em sua estrutura organizacional, qual setor terá a responsabilidade de articular a ESF, cabendo-lhe o papel de interlocutor com o Ministério da Saúde e municípios, bem como as seguintes atribuições:

- Participar, junto ao Ministério da Saúde, da definição das normas e diretrizes da ESF;

- Planejar, acompanhar e avaliar a implantação da ESF em seu nível de abrangência;

- Negociar com a Comissão Intergestores Bipartite, os requisitos específicos e prerrogativas técnicas e financeiras para implantação e ou implementação da ESF;

- Integrar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para a equipe da ESF no que se refere à elaboração, execução, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações;

- Articular, com as Universidades e IES a introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação e / ou especialização;

- Participar de rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção do conhecimento em Saúde da Família;

- Promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua área de abrangência;

- Promover articulações com as outras instancias de esfera estadual, visando garantir a consolidação da ESF;

- Identificar recursos técnico-científicos para o processo de controle e avaliação de resultados e de impacto das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família;

- Contribuir para o incremento da gestão plena da atenção básica nos municípios, visando à reorientação do modelo assistencial;

- Identificar e estruturar parcerias com organizações governamentais e não-governamentais;

- Prestar assessoria técnica aos municípios para a implantação e desenvolvimento da ESF.

- Nível Municipal:

Como espaço de execução da ESF, esse nível define a melhor adequação dos meios e condições operacionais, cabendo-lhe as seguintes competências:

- Elaborar o projeto de implantação da ESF;

- Eleger áreas prioritárias para a implantação do projeto;

- Submeter o projeto à aprovação do Conselho Municipal de Saúde;

- Encaminhar o projeto para Parecer da Secretaria de Estado da Saúde e Comissão Intergestores Bipartite;

- Selecionar e contratar os profissionais que comporão a ESF;

- Promover com apoio da SESA a capacitação das equipes Saúde da Família;

- Implantar o sistema de informações e avaliação da ESF;

- Acompanhar e avaliar sistematicamente o desempenho das Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF);

- Inserir o financiamento das ações das UBSF na programação ambulatorial no município, definindo a contrapartida municipal;

- Garantir a infraestrutura/funcionamento da rede básica necessária ao pleno desenvolvimento das ações da ESF;

- Definir os serviços responsáveis pela referência e contrarreferência das UBSF.

Seguindo os passos das dimensões da ESF, após as competências, distribuídas nos poderes nacional, estadual e municipal, a implantação da ESF, segundo o Ministério da Saúde, é operacionalizada no município com a coparticipação do nível estadual, possuindo várias etapas, seguindo de acordo com a realidade de cada município diante do sistema de saúde <sup>(32)</sup>.

Diante das etapas da implantação vale ressaltar:

- Sensibilidade e divulgação:

É considerada a primeira etapa de discussão dos princípios e diretrizes da ESF e suas bases operacionais, visa disseminar as idéias centrais da proposta. É fundamental que os gestores, profissionais de saúde e a população possam compreender que ESF é uma proposta de assistência básica de acordo com as diretrizes operacionais e os aspectos de reorganização das práticas de trabalhos <sup>(33)</sup>.

- Adesão:

Nesse paralelo estão envolvidos o Município e o Estado. O Município decide optar pela ESF enquanto estratégia de reorganização do seu modelo de atenção básica, no qual deverá elaborar projeto para implantação das equipes nas UBSF, sempre observando os elementos fundamentais do modelo Saúde da Família.

Diante da elaboração do projeto de implantação da ESF organizado pelo Município e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, o Estado submete a proposta de adoção da ESF à apreciação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite. Considerando apto nesse nível, será realizado o cadastramento da UBSF, segundo regulamento da Norma Operacional de Assistência em Saúde (NOAS) <sup>(31)</sup>.

Para o Estado, nesse processo cabe, através de assessorias às atividades de planejamento, acompanhamento e avaliação das Unidades Saúde da Família, a corresponsabilidade pela implantação da ESF, bom como o processo de capacitação e educação dos profissionais envolvidos.

- Recrutamento, seleção e contratação da Equipe da Saúde da Família:

Com a definição dos profissionais que compõe a Equipe da Saúde da Família, o município, contando com a assessoria da SESA e de outras instituições de formação de recursos humanos, define o processo seletivo que poderá ser utilizado, isoladamente ou associado entre elas: prova escrita/prova prática/prova teórica-prática/entrevistas/análise de currículo, levando em consideração os aspectos de assistência integral a família.

- Capacitação das equipes:

No treinamento, os membros da Equipe da ESF devem ser informados sobre as características da integração do município no SUS, seu tipo de gestão frente às normas vigentes no funcionamento do SUS e deverão ser contemplados os princípios operacionais da ESF.

As Equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para:

- Atuar nas áreas já definidas como estratégicas: controle de tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, eliminação de hanseníase, ações de saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal;
- Prestar atenção integral e contínua a todos os membros da família da população adscrita à UBSF, em cada uma das fases de seu ciclo de vida;
- Ter consciência do compromisso de dar atenção integral também aos indivíduos saudáveis da comunidade;
- Participar do processo de planejamento das ações de saúde em sua área de abrangência, tendo por base o



conhecimento da realidade social, econômica, cultural e o perfil epidemiológico da população, com enfoque estratégico;

- Ter capacidade de agir em sintonia com os demais integrantes da equipe, individualmente e em grupo, compreendendo o significado do trabalho em equipe, o seu papel e o sentido da complementaridade das ações no trabalho em saúde <sup>(31 p.132)</sup>.

### Capítulo 3 - A Construção Do Processo De Trabalho Na Enfermagem

O conceito de processo de trabalho foi desenvolvido por Karl Marx em O Capital (Volume I, Parte Terceira, Cap. V) <sup>(34)</sup>. Segundo esse autor, os elementos componentes do processo de trabalho são: (1) o trabalho propriamente dito, uma atividade adequada a um fim; (2) o objeto de trabalho, a matéria sobre a qual se aplica o trabalho; e (3) os meios de trabalho. Ao analisarmos o surgimento da profissão da enfermagem, observamos que o processo de trabalho desta profissão é uma construção histórica e social.

Uma vertente do trabalho leigo de enfermagem foi o das mulheres parteiras, curandeiras e práticas, que assistiam os indivíduos por meio de uma atividade de caráter profissional não institucionalizado e sem qualquer fundamentação de cunho científico. Além, dos cuidados prestados por mães e escravas aos filhos e aos incapacitados nos domicílios. Sem contar o trabalho dos feiticeiros e sacerdotes das sociedades tribais, que incluía um auxílio global aos indivíduos necessitados de assistência à saúde.

Dada a importância quantitativa, qualitativa e histórica do trabalho das parteiras e dos práticos religiosos e leigos no campo das atividades de enfermagem, a análise da institucionalização destas práticas precede a da institucionalização da enfermagem como campo do saber na área da saúde <sup>(6)</sup>.

Entre as primeiras vertentes do trabalho da Enfermagem, organizado como serviço reconhecido socialmente, destaca-se o caritativo e assistencial aos indivíduos visando ao cuidado do corpo e da alma. Esta enfermagem, que teve algum desenvolvimento na era cristã, fazendo parte da assistência prestada por monges e ordens religiosas femininas, vive a transição para o capitalismo um período de decadência (de 1500 a 1860) não acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico que se deu nos demais campos do conhecimento.

Por um longo período de tempo, os hospitais funcionaram como espaços caritativos de abrigo às pessoas economicamente mais desfavorecidas e, em sua maioria, eram mantidos pela Igreja Católica.

No entanto, a mudança dos valores cristãos de autoajuda, como forma de purificação da alma em busca dos benefícios divinos e de vida simples sem acumulação de riquezas, para os novos valores protestantes fundados na busca dos benefícios terrenos, valorizando o esforço individual para conquistar ascensão social e glorificando os bem-sucedidos na vida profissional e material, ocorreu como parte do processo de ascensão social da burguesia, como classe economicamente dominante e de desenvolvimento das forças produtivas que gerou a Revolução Industrial e o capitalismo como modo de produção hegemônico.

Dentro da história ainda podemos verificar que todos os cursos da área da saúde da época eram ministrados por médicos, eles determinavam os currículos, os pré-requisitos para ingresso nos cursos, concediam diplomas e estabeleciam normas para o exercício da profissão; neste sentido os profissionais se formavam e eram controlados pelo médico.

Estas formas de atuação ganharam mais respaldo com a estruturação do modo capitalista de produção, em que a divisão técnica do trabalho é hierarquicamente organizada pela supremacia do trabalho intelectual do médico sobre o de características manuais dos demais profissionais da saúde.

“A hegemonia médica no setor saúde é verificada na sociedade brasileira e mundial, é o fenômeno de apropriação do saber de saúde dos povos, transformando-o em saber médico. (...) esta relação orgânica dos médicos foi construída através das classes dominantes, onde exerceu e exerce o controle sobre o processo de profissionalização nos demais profissionais da saúde e ainda assumem cargos gerenciais nas instituições de saúde que lhes permitem atender aos interesses econômicos hegemônicos mantendo o *status quo* destes profissionais” (6: 144).

Logo, os hospitais funcionam como espaços terapêuticos e deixam de ser “abrigo para os pobres” e os médicos passam a ocupar as chefias das Instituições de saúde. A equipe de enfermagem será subordinada a eles durante a execução do seu trabalho.

Ainda dentro do processo de trabalho, cabe-nos ressaltar a importância dos administradores no desenvolvimento da profissão. Verificou-se que nos Estados Unidos, Taylor desenvolveu experiências destinadas a aumentar a produtividade de seus trabalhadores mediante eficiência no nível operacional e, baseado nelas, propôs métodos e sistemas de racionalização do trabalho fundamentado em três princípios: interferência e disciplina do conhecimento operário sob o comando da gerência, seleção e treinamento – não se desejam qualidades profissionais, mas habilidades pessoais específicas para atender às exigências do trabalho – e planejamento e controle pela gerência. <sup>(35; 36)</sup>

Taylor e seus seguidores tinham como proposta básica o aumento da produção pela eficiência do trabalho; preconizavam a especialização do operário e a padronização das atividades e tarefas por eles desenvolvidas <sup>(35)</sup>. Surgiu a supervisão funcional, de acordo com a especialização do empregado, ocorria também a especialização da supervisão. Com isso, o operário passava a saber cada vez menos do todo que constituía o seu trabalho, para aprimorar na parte que lhe cabia.

Se o mesmo ocorre dentro de uma equipe de enfermagem, a consequência pode ser uma experiência trágica, pois o elemento executor, ou seja, o membro da equipe de enfermagem, que se distancia do todo, da assistência de enfermagem de forma holística, para se fixar em partes. A assistência torna-se fragmentada e sem a repercussão benéfica ideal.

É como formar um profissional distanciado da realidade social, apartado dos problemas que afligem a população, com formação humanística deficiente, centrado na retenção de informações, atuando de maneira tecnicista em relação ao processo saúde e doença.

Em 1916, Fayol, engenheiro e administrador francês, complementa o trabalho desenvolvido por Taylor, propondo a racionalização da estrutura administrativa que gerencia o processo de trabalho com base nos princípios da unidade de comando, da divisão do trabalho, da especialização e da amplitude de

controle <sup>(37, 35, 38)</sup>. Fayol e seus seguidores criaram a Teoria Clássica, que visava à eficiência da organização como uma estrutura rigidamente hierarquizada, estática e limitada <sup>(37)</sup>. Tal organização possuía seis funções: técnica, comercial, financeira, de segurança, contábil e administrativa. A função administrativa era definida através das seguintes vertentes: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar.

A relação da teoria proposta por Fayol, bem como a proposta por Taylor foi uma experiência com consequência e repercussão negativa para a equipe de enfermagem, pois nas instituições de saúde, a estruturação rigidamente hierarquizada estabelecia subordinação integral de um indivíduo a outro e de um serviço a outro <sup>(37,35)</sup>. As pessoas e as relações interpessoais não eram devidamente consideradas, as propostas de trabalho resultavam em atividades rotineiras com avaliações exclusivamente quantitativas. Assim, a preocupação com a quantidade de trabalho desenvolvido era maior do que com a qualidade. O desenvolvimento do pessoal de enfermagem e do próprio serviço ficava, assim, comprometido.

Alguns estudos realizados sobre produtividade no ambiente de trabalho demonstraram que o rendimento estava relacionado à motivação para o mesmo <sup>(36)</sup>. Conforme Ferreira, o Liberalismo Econômico pressupõe a existência de uma ordem natural para os fenômenos econômicos, a qual tende ao equilíbrio pelo livre jogo da concorrência e da não-intervenção do Estado <sup>(39)</sup>. Trata-se das correções liberais propostas pelo Taylorismo. Estas se identificam com o Movimento de Relações Humanas e o Enriquecimento de Cargos em relação à concepção do homem no trabalho, relacionada à motivação, à sociabilidade e à aspiração de que o trabalho se torne um instrumento de realização pessoal; a divergência se dá quanto à participação dos trabalhadores no diagnóstico dos problemas e na implementação de soluções.

### 1.1. O valor institucional na construção da educação profissional permanente

Para envolver-se com as mais variadas formas de atualização, é preciso que os profissionais estejam motivados e atentos para se manterem informados, tendo ainda o apoio da instituição que pertencem, no sentido de proporcionar-lhes condições e incentivo para que isso ocorra.

Toda instituição necessita de profissionais cada vez mais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos, por isso é relevante a realização de um trabalho contínuo com os funcionários, integrando-os na própria função e no contexto institucional.

Muitas vezes ocorre uma insatisfação, ou mesmo uma desmotivação por parte do profissional em relação à postura institucional, visto que, há muitas instituições não incentivam as saídas para o estudo ou atualizações e até as dificultam. Isso leva a entender que muitas delas têm maior preocupação com os resultados imediatos do trabalho dos profissionais, não priorizando as necessidades de atualização para a melhoria de seu desempenho.

Nenhuma instituição ou pessoa pode se considerar plenamente atualizada e se acomodar, pois o obsolescimento é constante e requer dinamismo, sendo necessária a atualização dos conhecimentos.

O desafio das organizações é investir e reter os seus recursos humanos, visto que, somente por meio do desenvolvimento das pessoas pode-se assegurar a qualidade do atendimento ao cliente e a sobrevivência da instituição neste cenário de mudanças e competitividade.

Segundo Lucon e Marin, a enfermagem necessita de colaboração institucional, tanto no incentivo salarial como na promoção de condições, para que as atividades desenvolvidas por seus profissionais ocorram num contexto que contemple crescimento e desenvolvimento profissional, visando sempre uma melhoria na qualidade da assistência prestada <sup>(40)</sup>.

A enfermagem como prática social da área da saúde, por ser uma profissão dinâmica, histórica e socialmente determinada, vem sofrendo contínuas transformações ante as novas exigências ocorridas no âmbito social e nas organizações de saúde, sendo a principal delas, a gestão de pessoas, em que os funcionários são considerados numa relação de parceiros e colaboradores da

instituição. As organizações bem sucedidas se dão conta de que precisam do profissional, como parte de suas atividades para efetivar todas as ações do cuidar. E é para esse aspecto que se deve voltar a nossa atenção, pois se acredita que é o trabalho humano que determina o diferencial da qualidade do atendimento.

Portanto, as organizações de saúde e seus profissionais precisam procurar a melhor maneira de ampliarem os conhecimentos. Desta forma, a educação e a aprendizagem contínua configuram-se como práticas indispensáveis. Segundo Bezerra, a educação continuada é entendida como um processo que busca propiciar ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacitação profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social <sup>(41)</sup>.

Os profissionais de saúde, em geral, ao completarem sua formação inicial de graduação universitária estão capacitados para começar o exercício profissional e têm caminhos que apontam para um processo de educação continuada durante sua vida profissional.

Alguns autores, analisando a política de educação continuada, alertam para as tendências dos serviços de enfermagem buscar modelos de programas que, muitas vezes, são dissociados da realidade, e que nem sempre alcançam os resultados esperados. Essa avaliação é feita pelos próprios elementos do serviço e pelos resultados da assistência prestada <sup>(40,41,42)</sup>.

Os autores destacam, ainda, que por parte dos enfermeiros da educação continuada, existe vontade de capacitar o pessoal para melhorar esta qualidade da assistência.

Diante desta realidade, torna-se necessária a revisão da prática e a adequação da mesma a uma realidade social comprometida com a ética e com o resgate da cidadania. Para tanto, é necessário a existência de profissionais qualificados, visto que eles irão lidar com o processo saúde-doença em indivíduos e na coletividade.

Considerando, ainda, que o conhecimento em saúde é um processo bastante dinâmico e flexível, torna-se imprescindível que o profissional esteja

sempre em busca desse conhecimento, atualizando-se de forma contínua, para não se perder no contexto atual e na evolução das práticas.

Segundo Trofehrn et al., a educação continuada para o pessoal de enfermagem é de necessária premência para melhorarmos nossa prática. Prática esta ainda impregnada de empirismo e marcada por contradições e conflitos e que tenta ser definida com base na construção de um conhecimento especializado próprio <sup>(42)</sup>. Um aspecto importante nesta prática é o fato de ser exercida por um grupo heterogêneo, a começar do próprio nível de formação que varia do elementar ao universitário, tornando imprescindível o desenvolvimento de programas de educação que venham a contribuir para a melhoria da qualidade de assistência à saúde, preparando esses profissionais para dar sua contribuição à sociedade.

Os autores afirmam que fazer educação continuada em enfermagem é uma necessidade presente e urgente nas instituições de saúde. Competência profissional e humana devem caminhar juntas. É preciso criar meios adequados para o resgate das potencialidades da pessoa e a promoção do seu desenvolvimento como ser integral. Essa é a possibilidade única que se entreabre de crescimento, além da qualidade, a flexibilidade e a competitividade da organização, em um contexto sempre mais complexo, em que o diferencial passa a ser, não tanto a tecnologia, e sim o profissional enquanto ser humano <sup>(40, 41, 42)</sup>.

Segundo Péres e Silva, a Educação Avançada contribuirá para o aperfeiçoamento das habilidades e capacidades dos egressos para que num futuro próximo desempenhem suas funções profissionalmente de forma eficaz e eficiente <sup>(43)</sup>.

### 3.2. Importância e necessidade de superação profissional

É necessário ter consciência de que técnicas e modelos têm vantagens e desvantagens e que se tornam ultrapassados quando as necessidades para as quais foram criadas desaparecem e que a mudança é uma constante <sup>(44)</sup>. Tal



afirmação se aplica tanto à instituição quanto ao profissional nela inserido. Depende de cada um de nós querermos evoluir, autogerenciar com sucesso a nossa carreira profissional, autoavaliar nossas atitudes, ter iniciativa, tomada de decisão, autodesenvolvimento, desempenho, liderança e postura para a qualidade <sup>(45)</sup>. Para que uma organização possa apresentar padrões satisfatórios de trabalho é fundamental que exista um serviço bem estruturado e fundamentado numa administração eficiente <sup>(46)</sup>.

Quanto aos aspectos gerenciais, é fato que o mercado exige da enfermagem maior competência, responsabilidade, autonomia de julgamento e decisões que garantam a qualidade da assistência de enfermagem a um menor custo <sup>(47)</sup>. Os aumentos são constantes e estão relacionados, principalmente, aos rápidos avanços da tecnologia, e é da competência da enfermagem a participação em custos. Como a enfermagem está diretamente envolvida no tratamento dos diferentes estágios do binômio saúde/doença, cabe à categoria uma série relativamente grande e complexa na função do controle dos custos que envolvem as suas ações.

O mercado, no contexto atual, exige que o profissional seja polivalente, multiquificado, tenha habilidades de desenvolver capacidade de diagnóstico, de solucionar problemas e de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de atuar em equipe e enfrentar situações em constantes mudanças.

Devido às exigências que tal mercado impõe ao profissional, propondo um cenário de mudanças constantes, é necessário que este esteja fundamentado em pilares de cunho científico e não empírico para exercício profissional. É importante que o trabalhador esteja construindo ininterruptamente uma imagem positiva de seu perfil profissional, e para isso, é exigido de si esforço e dedicação constantes: um investimento pessoal, que lhe trará subsídios para manter-se atualizado e acompanhar o mercado no contexto atual <sup>(48)</sup>.

Peres e Silva afirmam que a educação avançada, entendida como sistema educativo amplo e dinâmico da aprendizagem, tem como objetivo elevar o nível acadêmico e o desenvolvimento profissional, complementando a formação básica

e implementando a formação especializada com aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades em seu campo de ação <sup>(43)</sup>.

## Capítulo 4 - As Interfaces do Processo de Trabalho da Enfermagem: entre o Relacional e o Técnico

A partir da vivência e das experiências como profissional de enfermagem, bem como estudos filosóficos, entendo hoje a Enfermagem como uma prática relacional no mundo do cuidar em saúde quando lida com seus pares. Mas, ao se relacionar com o cliente, família e/ou comunidade, a(o) enfermeira(o) marca sua presença profissional quando expressa nesse cuidar um caráter dialógico e não somente técnico.

No cotidiano das práticas de saúde, os aspectos relacionais e técnicos não são facilmente distinguíveis. Ao aspecto curativo, se fixa acima de tudo, o prestígio do saber científico, enquanto o cuidado está mais relacionado à simplicidade do saber empírico. Esta dicotomia é um elemento não negligenciável da profissionalização dos trabalhadores da área da saúde.

A língua inglesa possui dois termos para diferenciar o aspecto relacional e o técnico em relação aos profissionais da saúde, são eles: *to care* e *to cure*, respectivamente. *To care* implica certos valores e sentimentos: cuidado, engajamento, interesse, respeito e atenção. *To cure* está relacionado à técnica, aos procedimentos formais do atendimento ao doente.

Sobre este aspecto, Francine Saillant refere-se à existência de uma divisão artificial entre *cure/care* uma vez que os seus limites são indeterminados:

“Não se vai muito além das distinções entre *cure* e *care* para falar de uma técnica demasiada e de pouco humano. Como se não existissem técnica no humano e como se a técnica se definisse excluindo o humano e a humanidade”<sup>(49: 05)</sup>.

O *expert*, legitimado pelo saber científico, deve fazer a distinção entre seu trabalho com aqueles que têm conotação “doméstica”. *To cure*, supõe, portanto,

tanto uma ciência quanto uma prática. Já *to care* é uma ação que se desenvolve no cotidiano, ou seja, supõe intuição e proximidade.

Isto é um verdadeiro desafio nas instituições hospitalares que impõem normas em relação ao tempo (horários, rotatividade de pessoal), espaços (deslocamentos, confinamento, promiscuidade), dependência hierárquica (graus variáveis de autonomia), de circulação de informação (escritos, formulários) e da execução dos atos propriamente ditos (protocolos).

O paradigma do *caring* teve um papel essencial de catalisador da identidade para o mundo da enfermagem. Ele permitiu legitimar o aspecto relacional do cuidado. Assim, este paradigma do *caring* e seus derivados permitiram aos profissionais de enfermagem lutar simbolicamente contra a invasão da técnica, de desenvolver uma linguagem transponível na humanização da saúde. Humanizar a saúde para os enfermeiros significou frequentemente reduzir a parte do *cure* e da técnica ou em abrandar suas aplicações de forma a dar lugar às dimensões relacionais do cuidado, de colocar o ser antes da máquina, mesmo sabendo que a máquina é inevitável.

No entanto, mesmo que a palavra “cuidado” esteja amplamente relacionada às profissões de saúde e elevada ao nível de conceito na profissão da enfermagem (através das teorias do *caring* e outras), alguns grupos profissionais se apropriam do conceito referindo-se, por exemplo, à estética ou às terapias corporais do bem-estar (eu penso aqui aos cuidados da pele, aromaterapia, massoterapia). Há, igualmente, as diversas formas de ajuda, como os psicólogos e os trabalhadores sociais prestando atendimento em locais cada vez mais diversificados, além das clínicas e das instituições, como no trabalho realizado na rua, nos campos de refugiados, nas periferias, nas vilas. É o caso do cuidado das crianças, do acompanhamento das pessoas adultas não doentes, aos próprios doentes, aos deficientes físicos, aos idosos autônomos e aos que perderam a autonomia. E, sem esquecer o contexto da vida doméstica, em que todo um

conjunto de ações é colocado em prática pelas mulheres jovens e idosas, segundo seus hábitos de gênero e a divisão social do trabalho.

Nas sociedades ocidentais, o cuidado está essencialmente relacionado às mulheres em razão da divisão sócio-sexual do trabalho e da posição de submissão das mesmas. Isso porque lá, os cuidados foram colocados no plano informal, cotidiano, mas ao mesmo tempo, considerados essenciais à reprodução biológica. No entanto, como bem cita Francine Saillant, nós sabemos que esta parte banal do cuidado e, porque não, de sua não valorização, é somente fruto da ideologia mercantil que só vê o produtivo e o econômico na produção das coisas e não na produção da vida. Esta questão é pouco debatida na enfermagem <sup>(49)</sup>.

Cabe aqui lembrar a escala hierárquica existente no sistema hospitalar ocidental: os recém-formados a serviço dos *experts*, as enfermeiras a serviço dos médicos. Aos médicos compete à parte diagnóstica, a prescrição de tratamentos, em que o aspecto técnico é um critério de valorização da profissão.

Os pressupostos relacionais, conforme nos coloca Lopes e Silva, são construídos a partir de experiências, de vivências durante os atendimentos. Portanto, consideram: *a escuta ativa* - que é o engajamento no sentido de estar "com", tentando desenvolver no outro o sentimento de "ser compreendido"; *a aceitação do outro*, além do que se pensa ou do que ele diz, que permite desenvolver uma aceitação compreensiva e não normativa; *a empatia*, que é o esforço para compreender os sentimentos das outras pessoas e não apenas suas ideias; *a confiança*, que é construída no desenrolar da relação de consulta e se desenvolve a partir de uma tomada de consciência das próprias emoções do profissional e do manejo adequado na direção da ação terapêutica e, por fim, *a ausência de julgamento* que, acredita-se, pode tornar-se forte aliada no sentido de que julgar negativamente uma conduta do paciente nem sempre resulta no desencadeamento de atitude adequada e de adesão à terapêutica <sup>(50)</sup>.

Nesse sentido, o desenvolvimento da capacidade de empatia merece destaque. Essa capacidade requer esforço, pois certas situações de atendimento

mobilizam sentimentos e inquietudes. O esforço está em não reagir às situações adversas no lugar do paciente e, sim, em estar próximo e ajudá-lo no enfrentamento e reformulação do problema que se apresenta. Nesse caso, é necessário ter presente que a atitude de mudança é resultado da reformulação que o paciente elabora sobre sua situação. A importância da empatia na relação de cuidado reflete-se positivamente na comunicação profissional-paciente e facilita o processo dinâmico de negociação terapêutica.

Segundo Geneviève Paicheler, a aproximação dos auxiliares de enfermagem (situados mais abaixo ainda da hierarquia profissional hospitalar) com os indivíduos se dá quando estão desenvolvendo as tarefas íntimas e quotidianas <sup>(51)</sup>. Estes profissionais, por sua vez, procuram tirar um proveito destas tarefas ou as repassam para outros (técnicos, auxiliares de limpeza, por exemplo) não valorizando o processo relacional daquele momento <sup>(52)</sup>.

Aaron Cicourel observa os mesmos aspectos na divisão de tarefas entre médicos recém-formados e *experts*. Os recém-formados passam mais tempo a examinar os doentes, enquanto que os *experts* se dedicam ao diagnóstico e às decisões relativas ao tratamento. Essas situações resultam da atmosfera de competição e avaliação constante das competências médicas <sup>(53)</sup>. Assim, observamos que as tarefas ligadas à escuta e aos contatos físicos são destinadas a outras categorias profissionais.

Esta oposição entre as categorias profissionais nos faz pensar em uma oposição entre dois tipos de saberes: saber da experiência, do vivido, versus saber do *expert*, do especialista. Ela não é assim tão antagônica quanto parece. Por exemplo, o médico, mesmo que se interesse somente pela doença para a realização de uma intervenção, em algum momento deverá lembrar (mesmo que isto não lhe agrade) de que essa doença diz respeito a um ser humano singular e que toda a ação deverá ser individualizada. Por outro lado, os profissionais mais próximos das práticas de cuidado também deverão se informar sobre o processo de adoecimento do doente, e a doença em questão. Os dois têm como objetivo o

cuidar do ser humano doente, os caminhos é que são diferentes. Um dissocia e objetiva, o outro solidariza e singulariza.

Mas uma mesma condição é necessária para a obtenção da cura ou do bem-estar do doente: que eles estejam centrados na situação específica daquele ser humano. Assim, estas perspectivas são, antes de tudo (ao menos teoricamente), mais complementares que contraditórias <sup>(53)</sup>. Neste sentido, a profissão da enfermagem é certamente uma profissão situada no cruzamento da técnica e do cuidado. Na verdade, o trabalho em saúde depende de uma combinação de variáveis na *maitrise* do técnico, *to cure* e do relacional, *to care*.

Neste sentido, podemos encontrar duas formas clássicas de prestação de serviços em saúde: ajuda, mais próxima ao cuidado e intervenção, mais próxima à técnica. Isso vai depender de como os profissionais representam seus usuários no cotidiano. Podemos admitir que elas sejam decorrentes da história individual de pressões e constrangimentos das instituições ou da sociedade de maneira geral.

A enfermagem é uma profissão particularmente comprometida com estas questões, uma vez que atuam na promoção, prevenção e recuperação de pessoas, em que se cruzam aspectos técnicos e relacionais.

De fato, a prática profissional de enfermagem é muito complexa, pois como nos ensina Leopardi et al., a enfermagem é um trabalho que combina três ações básicas, não dissociadas, ou seja, a educação em saúde, o cuidado e a gerência dos sistemas de enfermagem<sup>(8)</sup>.

“Educar é um processo de trabalho dirigido para a transformação da consciência individual e coletiva de saúde, de modo que as pessoas possam fazer escolhas. Cuidar é uma ação com finalidade de transformar um estado percebido de desconforto ou dor em outro estado de mais conforto e menos dor, logo, tem uma perspectiva terapêutica sobre um objeto animado, que tem uma natureza física e social. Enquanto que, gerenciar tem uma finalidade genérica de organizar o espaço terapêutico, desenvolvendo condições para a realização do cuidado, e uma finalidade específica de distribuição e controle do trabalho da equipe de enfermagem” <sup>(8: 41)</sup>.

O trabalho de enfermagem se situa no contexto de um trabalho coletivo, agregado ao trabalho dos demais profissionais da saúde. Assim, o processo assistencial congrega diferentes trabalhadores, instrumentos e finalidades específicas com um objetivo comum que é a saúde do paciente. De acordo com Gonçalves, existem alguns tipos de trabalho que não podem ser mensuráveis na forma de um produto <sup>(54)</sup>. Esse é o caso do trabalho em saúde, que apresenta uma peculiaridade como os demais no setor de serviços: seu produto atende a necessidades não-materiais.

A formação dos profissionais de enfermagem ocorre em diferentes graus, a saber: o grau de auxiliar de enfermagem (este não mais em processo de formação- categoria em extinção), de técnico de enfermagem e de enfermeiro, que apesar de formar uma equipe com diferentes níveis de conhecimento, tem atribuições semelhantes ao cuidar do paciente. Este fato contribui para que a sociedade e até mesmo a equipe de saúde não percebam a diferença entre diversas categorias da equipe de enfermagem, assim como as funções específicas de cada uma.

De acordo com Costa et al., ocorre também uma divisão técnica do trabalho que opera verticalmente, com base na redistribuição das tarefas entre profissionais de diferentes níveis de qualificação, gerando uma importante demanda de pessoal auxiliar de enfermagem <sup>(10)</sup>.

Gostaríamos de lembrar aqui a escala hierárquica existente no sistema hospitalar ocidental: os recém-formados a serviço dos *experts*, as enfermeiras a serviço dos médicos. Aos médicos compete a parte diagnóstica, a prescrição de tratamentos em que o aspecto técnico é um critério de valorização dessa profissão. Eles manifestam uma grande ambivalência em relação a tudo o que é ligado ao “relacional” de seus pacientes. Tais questões são delegadas ao pessoal mais abaixo da escala hierárquica. Isto aparece nitidamente quando estes profissionais reivindicam uma prática mais “humana” com os pacientes e procuram definir um território específico de intervenção a fim de adquirir sua autonomia em



tudo o que se situa fora das atividades realizadas sob o controle médico. Segundo alguns autores, é justamente esta reivindicação que lhes aproxima das auxiliares de enfermagem (situadas mais abaixo ainda da hierarquia profissional hospitalar), as quais as tarefas íntimas e quotidianas são ainda mais próximas do doente (51,53)

Apesar dessas divisões, não se pode esquecer que a essência da enfermagem é o cuidado ao ser humano (individual ou coletivo) atuando, em hospitais ou unidades de saúde, por meio de equipes no desenvolvimento de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, através do cuidado individualizado e integral.

Os objetivos do trabalho de enfermagem são as atividades inerentes aos cuidados com o paciente e sua família. É um trabalho exigente, complexo e intencional, com particularidades, tais como: a assistência ininterrupta ao paciente nas 24 horas do dia, a necessidade de estabelecer relações interpessoais com colegas, pacientes e seus familiares, e a necessidade de regimentos, normas e rotinas preestabelecidas para cada serviço, dentre outros aspectos <sup>(14)</sup>.

Manter a ordem, organização do serviço de enfermagem é um verdadeiro desafio para as instituições de saúde, pois impõe normas em relação ao tempo (horários, rotatividade de pessoal), espaços (deslocamentos, confinamento, promiscuidade), dependência hierárquica (graus variáveis de autonomia), de circulação de informação (escritos, formulários) e da execução dos atos propriamente ditos (protocolos).

Mas se no hospital estes papéis são mais facilmente identificáveis, como se dá este processo no contexto da ESF?

Em 1994, a ESF, inicialmente denominada Programa de Saúde da Família, foi definida como

"Um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária"  
<sup>(55)</sup>

Um novo manual enfatiza a reorientação da assistência e o caráter substitutivo do programa que possibilitaria uma mudança das práticas centradas nos princípios da vigilância à saúde. Essa ideia do PSF como modelo para o conjunto da rede consolida-se em documentos mais recentes <sup>(56,57,58)</sup>.

A organização da equipe multiprofissional neste programa visa quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais. Desta forma, responsabiliza cada uma das equipes por um conjunto de problemas bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los. Isso ocorreria por meio de vinculação de cada uma delas com certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos. Ou seja, a equipe deve integrar os aspectos relacionais e técnicos na sua prática. Neste contexto, observa-se que o enfermeiro é particularmente preocupado por estas questões.

As atividades do enfermeiro incluem programação, formação de grupos terapêuticos, realização de visitas domiciliares, internações domiciliares, atendimento diário, entre outras.

#### 4.1. O Cuidado na prática de enfermagem

A essência da enfermagem é o cuidado do ser humano (individual ou coletivo) atuando por meio de equipes no desenvolvimento da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Segundo Trentini e Paim:

“A prática assistencial/cuidado consiste no que há de mais expressivo na enfermagem, sendo este seu propósito primordial, enquanto que a prática educativa e de pesquisa são o corpo de conhecimento para o desenvolvimento da prática e o gerenciamento, a planificação e o projeto vêm sendo compreendidos como administração da prática profissional de enfermagem. Portanto, é a prática assistencial/cuidado que diferencia os profissionais de enfermagem dos outros profissionais da saúde” <sup>(7:14)</sup>.

Da mesma forma, Beck ressalta que os objetivos do trabalho de enfermagem em relação aos cuidados são inseparáveis do paciente e sua família. É um trabalho exigente, complexo e intencional, com particularidades, tais como: a assistência ininterrupta ao paciente nas 24 horas do dia, a necessidade de estabelecer relações interpessoais com colegas, pacientes e seus familiares, e a necessidade de regimentos, normas e rotinas pré-estabelecidas para cada serviço, dentre outros aspectos <sup>(14)</sup>.

Mas, quais as qualidades de um cuidador? É importante constatar que elas não são dadas “naturalmente”, isto é, pressupõe-se que ele pertença a uma determinada faixa etária (sobretudo, terceira idade), a um sexo (feminino) e a um tipo de personalidade (altruísta). Pode-se falar também de uma virtude moral, como se chamava no século XIX e percebemos, portanto, que é uma aquisição cultural, estável e regulada <sup>(49)</sup>.

O autor chama a atenção, ainda, sobre o caráter central da dimensão relacional no cuidado, pois se trata de uma questão de identidade e de reconhecimento <sup>(49)</sup>.

E é em torno de tal questão que atualmente convergem interesses científicos, educativos, clínicos, sindicais e corporativos. Ser reconhecido na sua singularidade, seu valor e sua identidade é uma busca pessoal, coletiva, legítima e essencial para o sentimento de existência e, principalmente, para o reconhecimento social. Segundo o autor, o paradigma do *caring* teve um importante papel de catalisador da identidade para o mundo da enfermagem. Ele permitiu nomear e, principalmente, afirmar a parte do relacional no cuidado. Assim, este paradigma e seus derivados permitiram a tais profissionais lutarem simbolicamente contra a invasão da técnica, de desenvolver uma linguagem transponível à humanização da saúde. Humanizar a saúde para os enfermeiros significa reduzir a parte do *cure* e da técnica ou em abrandar suas aplicações de forma a dar lugar às dimensões relacionais do cuidado, de colocar o ser antes da técnica, sem, no entanto, menosprezá-la.

De fato, a ideia atual de “humanização da saúde” demanda do profissional que converta a dimensão econômica e técnica de seu trabalho em dimensão relacional. Segundo Ferreira, esta ideia juntamente com a de acolhimento e integralidade se inscrevem nestes campos de competência do PSF <sup>(55)</sup>. Desta forma, podemos destacar a importância do trabalho do enfermeiro neste programa integrado à família, tendo por missão fazer acompanhamento básico, prestando atenção integral à saúde (ações de promoção, prevenção e reabilitação) da população de área de responsabilidade de casa equipe.

No entanto, Schimith e Silva Lima criticam a priorização do cuidado pelos enfermeiros, como, por exemplo, analisam o processo de trabalho na equipe do Programa de Saúde da Família identificando as responsabilidades do enfermeiro como um todo. As autoras destacam o papel dessas responsabilidades “em um novo modo de agir em Saúde Pública”, uma vez que ela desenvolve prioritariamente atividades educativas coletivas, ou seja, enfocando prioritariamente os aspectos da promoção da saúde e do cuidado <sup>(59)</sup>.

Verifica-se que os momentos de consulta individual são escassos e restringem-se à coleta do exame citopatológico, de forma que seu potencial não está sendo plenamente utilizado nos serviços de saúde. Da mesma forma, ela não é uma referência para as auxiliares de enfermagem que recorrem ao médico em situações difíceis, indicando a perpetuação do modelo médico hegemônico.

Já Cecílio afirma que quando o enfermeiro escolhe desenvolver atividades de prevenção e promoção em detrimento às atividades clínicas, é em função de uma visão “purista”, de realidade baseada na vigilância à saúde, defendendo que a mesma deveria ter mais atividades assistenciais, de maneira a diminuir as filas, que é um fator de “desumanização” na relação com os usuários <sup>(60)</sup>.

Gonzáles afirma que a falta de valor social está caracterizada “nos baixos salários que expressam o desprestígio dos profissionais de enfermagem, que trazem consigo o rastro de uma história baseada na abnegação, caridade e vocação para cuidar do próximo” <sup>(12)</sup>.

Ou seja, segundo os dois autores citados acima, os aspectos do cuidado são destinados, principalmente, às enfermeiras em detrimento da técnica, comprometendo a sua legitimidade profissional.

Merhy, ao contrário, defende que o ato de cuidar é um dos nós críticos dos serviços de saúde e que deverá ser associado à experiência individual <sup>(61)</sup>.

Acredita-se que no processo de trabalho da enfermagem, o cuidado tem como finalidade atender as necessidades relacionadas à manutenção da saúde como condição de sua natureza como ser vivo e que isto não implica negligência da técnica.

A situação de assistir o doente coloca o profissional de enfermagem em uma posição de total doação, o que muitas vezes leva o trabalhador a abdicar de sua própria saúde em benefício de seu doente. O profissional de enfermagem deve ter preparo técnico e intelectual, ter a sua disposição recursos materiais e ter saúde física e mental para desempenhar a sua tarefa. É um trabalho que exige um estado de alerta constante e grande consumo de energia física, mental e emocional por parte do trabalhador.

Dentro deste contexto, os profissionais de enfermagem devem visar à concepção de situações de trabalho que não alterem sua saúde, locais onde possam exercer suas atividades em um plano individual e coletivo, encontrando possibilidades de valorização de suas capacidades e condições de trabalho adaptados às suas características fisiológicas e psicológicas, garantindo deste modo, a manutenção de sua saúde e qualidade de vida.

Positivamente, o trabalho de enfermagem predispõe a formação de mecanismos de defesa, de resistência ao enfrentamento, com os quais os trabalhadores buscam um relativo equilíbrio para a execução de suas tarefas.

#### 4.2. A Técnica e a prática da enfermagem

Para Nogueira, o processo de trabalho em saúde é marcado por uma “técnica” ou “direcionalidade técnica” que é inerente a qualquer processo de trabalho humano<sup>(62)</sup>.

A enfermagem como profissão tem como pilar o conhecimento científico, este compreendido de modo ampliado em correntes de métodos e técnicas que vão além de esquemas tradicionais de pesquisa e reconstrói o conhecimento apropriado ao desempenho dos profissionais. Sendo assim, Benko dá a seguinte definição:

“Os recursos humanos em enfermagem são considerados um dos fatores mais relevantes na operacionalização do sistema de assistência de enfermagem, tanto no que diz respeito aos aspectos quantitativos como qualitativos de pessoal, quanto aos que se referem à função que cada trabalhador deve desenvolver”<sup>(13: 23)</sup>.

No que diz respeito à ESF, a atuação do enfermeiro é de grande relevância, pois é através desse profissional que ocorre a supervisão e coordenação das ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de Auxiliares de Enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções, além das atribuições definidas pela NOAS (Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde)<sup>(63)</sup>. Assim, compete exclusivamente ao Enfermeiro:

1 – Realizar assistência integral aos indivíduos e famílias na Unidade Saúde da Família e, quanto indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários;

2 – Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e, conforme Protocolos ou outras normativas técnicas, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pelos gestores estaduais, municipais ou pelo Distrito Federal.

O estudo de Silva confirma que historicamente a enfermeira tem assumido, preferencialmente, funções de gerência e administração nos serviços de saúde. Em sua pesquisa em um município do interior baiano, o autor observou que a enfermeira acaba mediando as relações, não só entre os trabalhadores da equipe, mas também destes com a coordenação municipal de forma automática, sem ser formalmente demandada a ela esta função <sup>(64)</sup>.

Por outro lado, Pedrosa e Teles identificaram que as enfermeiras consideram as atividades relacionadas à gerência das Unidades Básicas de Saúde como um fator de independência e controle da situação <sup>(65)</sup>.

#### 4.3. A junção entre o Relacional e o Técnico no trabalho de Enfermagem

É importante aqui refletir sobre os aspectos relativos à construção de uma competência específica no que concerne ao *to cure* e *to care* relativos aos enfermeiros. A tentativa de constituição da identidade destes profissionais se funda na comparação entre diversas profissões compreendidas pelo “humano” e pela relação com a técnica. Estas lógicas levantadas aqui são somente aspectos essenciais que se distinguem nitidamente por contraste. É necessário precisar que colocá-las em evidência desta forma não implica nenhum julgamento de valor, nem o privilégio de uma lógica em relação à outra.

Na verdade, o trabalho em saúde depende de uma combinação de variáveis, da *maitrise* do técnico e do relacional. Sobre estes aspectos, Francine Saillant e Eric Gagnon referem-se à existência de uma divisão artificial entre *cure/care*, uma vez que seus limites são indeterminados:

“Não se vai muito além das distinções entre *cure* e *care* para falar de uma técnica demasiada e pouco humana. Como se não existisse técnica no humano e como se a técnica demasiada se definisse independentemente do humano, independentemente da humanidade” <sup>(66)</sup>.

No quotidiano das práticas de saúde, os aspectos relacionais e técnicos não são facilmente distinguíveis. Ao aspecto curativo, se fixa acima de tudo o prestígio de saber científico, enquanto que o cuidado estaria mais relacionado à simplicidade do saber empírico. Esta dicotomia é um elemento não negligenciável da profissionalização em saúde.



## Capítulo 5 - Método de Trabalho

A escolha de uma situação da realidade vivenciada para pesquisar não surge do nada. Tudo o que pesquisamos está relacionado com nossa vida prática, foi algo que nos chamou a atenção durante nosso cotidiano, estar inserido num contexto real. Conforme nos aponta Bedin, o pesquisar envolve uma postura de interrogar a realidade, problematizando-a e procurando construir explicações que signifiquem avanço no e para o processo de conhecimento <sup>(67)</sup>.

Para Minayo, conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros, sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida <sup>(68)</sup>.

“Compreender uma situação em que interagem seres humanos com intencionalidade e significados subjetivos requer levar em consideração diferentes posições, opiniões e ideologias mediante as quais os indivíduos interpretam os fatos e os objetivos e reagem nas diferentes situações” <sup>(68: 45)</sup>.

Para compreensão do nosso interrogar sobre a temática proposta, estamos apresentando sua dimensão como bem define Minayo:

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. <sup>(68: 21)</sup>.

A análise qualitativa requer uma metodologia sensível às diferenças, aos acontecimentos, aos imprevistos, à mudança e ao progresso, às manifestações observáveis e aos significados latentes.

Para Saul, o propósito da pesquisa qualitativa é compreender a situação,

objeto de estudo mediante a consideração das interpretações e aspirações daquelas que nela atuam para posteriormente agrupar os dados <sup>(69)</sup>.

Concordamos quando Santos Filho se refere à pesquisa qualitativa como:

“Um processo de compreensão, em geral, em dois níveis. O primeiro é o da compreensão direta ou apreensão imediata da ação humana sem qualquer interferência consciente sobre a atividade. No segundo nível, que é mais profundo, o pesquisador procura compreender a natureza da atividade em termos do significado que o indivíduo dá à sua ação”. <sup>(70: 43)</sup>

Acredita-se que a abordagem qualitativa torna-se pertinente para este estudo, pois por meio deste método conseguiremos desvelar o cotidiano dos enfermeiros, captando as contradições, os desafios e as respostas que suas atividades trouxeram e trazem. Dessa forma, poderemos contribuir para a construção de um novo paradigma na tentativa de deixarmos de ver o homem como uma máquina, fazendo com que ocorra uma interação de corpo, mente e meio ambiente, estudadas e tratadas numa perspectiva mais abrangente, embasadas pela dimensão dos valores éticos.

A abordagem qualitativa, conforme nos aponta Mattar, visa prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa em perspectiva e é completado por Lakatos e Marconi, quando relatam que a pesquisa é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. <sup>(71, 72)</sup>

Esta escolha se fundamentou na utilização de uma estratégia que correspondesse às dimensões e à dinâmica das relações que apreendemos numa pesquisa que tem como objetivo a assistência em seus vários prismas: concepções e valores, entre outros e pela possibilidade de realizar uma reflexão fundamentada, não separada da prática.

Pretendemos através dessa opção metodológica, caracterizar as atividades do enfermeiro no PSF e discutir sua atuação diante da percepção de suas atividades junto aos membros da equipe.

Utilizamos como forma de abordagem técnica do trabalho de campo, a coleta de dados através de entrevistas individuais por meio de um roteiro estruturado e semiestruturado (ANEXO I), procurando obter informações contidas nas falas dos atores sociais.

Além das entrevistas, trabalhamos com a observação participante, que segundo Gil, é o processo pelo qual se pode manter a presença do observador numa situação social com a finalidade na qual foi realizada a investigação científica<sup>(73)</sup>. O observador está em relação face-a-face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cotidiano natural, colhe os dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo, modificando e sendo modificado por ele.

Tivemos, ainda, como fonte de estudos, subsidiando nossa pesquisa, a análise dos programas de saúde, proposto pelo Ministério da Saúde. Esta diversidade de fontes nos abriu possibilidades de interpretação dos dados e nos permitiu melhor compreender nosso objeto de estudo.

Foi utilizado como cenário da pesquisa as Unidades de Saúde da Família, localizadas no município de Cachoeiro de Itapemirim, região sul do estado do Espírito Santo. Tivemos ótima recepção por parte da Secretaria de Saúde do Município, garantindo ao entrevistador o direito de efetuar o trabalho com os profissionais da rede básica de saúde, que se enquadram na linha de pesquisa.

Obedeceu-se os aspectos éticos, conforme a Portaria nº 196/96 do Ministério da Saúde do Brasil, que regulamenta os critérios para a pesquisa com seres humanos. (ANEXO 2)<sup>(74)</sup>.

Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética na pesquisa da Universidade Vila Velha – ES, com o parecer de número 32/2007.

Entende-se por pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou parte dele, incluindo o manejo de informações ou materiais<sup>(16)</sup>.

Atendendo às exigências éticas e científicas descritas na resolução 196/96, a realização da pesquisa se deu através do consentimento livre e esclarecido dos

(as) enfermeiros (as) participantes da pesquisa conforme o documento em anexo. (Anexo III)

A aceitação livre e esclarecida é a anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulações, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que possam acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa <sup>(16)</sup>.

Atualmente, o município conta com: 42 enfermeiros, 27 médicos, 284 agentes comunitários de saúde, 42 equipes, distribuídos por 25 PSFs e 17 PACs

Os participantes foram 20% dos Enfermeiros que faziam parte da equipe que trabalha nas unidades de saúde em estudo. A escolha foi determinada a partir do tempo de vínculo empregatício que esses profissionais possuíam, que consistia de 1 ano ou mais exercendo a profissão. Todos os enfermeiros que se encaixavam nesse perfil foram convidados, mas apenas 09 (nove ) deles aceitaram.

O entrevistador observou uma resistência por parte desses profissionais, acredita-se que a não aceitação deve-se ao fato dos profissionais sentirem-se ameaçados, já que estariam expondo o seu trabalho e o ambiente no qual atuam, alegando que o entrevistador estaria ali para passar as informações à secretaria de saúde e que isso poderia afetar o cargo que ocupavam, conforme foi dito por uma das entrevistadas ao pesquisador – “seria um espião” para saber se “eu” enfermeira, estou trabalhando direito.

Outro ponto que abalou os entrevistados foi a posição do entrevistador dentro do município, ele coordena o único Curso de Bacharelado em Enfermagem, e a maioria dos profissionais atuantes no município são formados pela Instituição de Ensino Superior, e também por almejam uma vaga como professor. Portanto, segundo os entrevistados, se fosse colocado e/ou observado algo que não agradasse o entrevistador, poderia causar transtorno para um futuro ambiente de trabalho.

Após determinação do grupo de participantes, o entrevistador, durante uma reunião com os sujeitos participantes, colocou detalhadamente os objetivos do estudo e explicou seu papel como entrevistador ao longo da observação das atividades dos enfermeiros e para tanto era necessário a cooperação do grupo.

A coleta de dados foi realizada no próprio local de trabalho dos sujeitos participantes, isto é, na própria unidade e no horário de trabalho.

As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2007 e tiveram duração variável, desde vinte minutos à uma hora, de acordo com as características dos entrevistados, pois, permitimos que os mesmos seguissem seus próprios rumos narrativos. Ao final de cada entrevista, o pesquisador fazia uma síntese dos principais pontos abordados, validando as respostas anteriormente mencionadas. Todas as entrevistas foram gravadas

Para análise dos dados, fizemos a transcrição das entrevistas. Estas foram de grande importância para o pesquisador, pois, tornou-se o elo entre os entrevistados e a pesquisa propriamente dita. Por isso, nos detivemos ao fato de realizarmos as transcrições literalmente, o que nos possibilitou uma aproximação maior com nossos entrevistados.

Após as transcrições das entrevistas, passamos por quatro momentos, conforme sugere Martins: primeiro, fizemos a leitura das transcrições sem buscar ainda qualquer interpretação ou identificar qualquer elemento, a fim de chegar a um sentido geral do que está sendo descrito. No momento em que o sentido é obtido, reiniciamos a leitura do texto, focalizando o que está sendo pesquisado. Após obtermos inicialmente as palavras-chaves, passamos a percorrer todas procurando analisar o significado contido nelas, isto é, as que mais se enquadram na pesquisa elaborada; finalmente, tivemos a síntese<sup>(75)</sup>.

Esse processo possibilitou uma ordenação entre o discurso dos entrevistados e o tema da pesquisa, buscou-se os pontos convergentes e divergentes e a forma de articulá-los ao objeto, permitindo assim observar as atitudes, valores, crenças e tendências em relação ao objeto.

Para discussão dos resultados, dividiu-se o estudo em dois momentos, no primeiro foi possível identificar esse profissional por meio da idade, do tempo de formação, das especialidades e experiência profissional e chamamos de Identificando o Profissional Enfermeiro.

Em seguida, procedeu-se a categorização das falas, que consistiu em isolar os elementos do discurso e impor certa organização às mensagens, investigando o que cada um tem em comum com o outro, ou então, isolando-os, segundo os temas propostos previamente.

As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Procura-se estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos; caracterizar as atividades do enfermeiro no PSF e discutir sua atuação diante da percepção de suas atividades junto aos membros da equipe. Esse processo possibilitou a elaboração de duas categorias, conforme se segue:

1. PSF: processo técnico X relacional: foi desenvolvido a partir dos dados de observação das atividades dos enfermeiros, bem como dos questionamentos relacionados com o processo de trabalho no cotidiano.
2. Questão Gerencial - um problema de interpretação: nessa categoria, mostram-se as atribuições gerenciais dos enfermeiros. Entre esses, destacam-se a liderança, a capacidade de promover consensos, a negociação e a programação estratégica como promoção, recuperação, reabilitação e de atenção direta aos indivíduos, famílias, grupos sociais e ambientes, condições necessárias para solucionar problemas e satisfazer a população em sua necessidade de saúde.

## Capítulo 6 – Interpretando os Dados

Foi utilizado como cenário da pesquisa as Unidades de Saúde da Família, localizadas no município de Cachoeiro de Itapemirim, região sul do Estado do Espírito Santo.

A cidade de Cachoeiro de Itapemirim, esta localizada no Estado do Espírito Santo, segundo informações disponibilizadas no site da Prefeitura Municipal (2006), possui os seguintes aspectos físicos e geográficos: Área - 892,9 km<sup>2</sup>; população - 174.227 habitantes; densidade demográfica - 195,12 hab./km<sup>2</sup>; Taxa de crescimento do município de 1996 a 2000 – 3,75 % .

A população-alvo foi integrada por 20% dos profissionais enfermeiros que atuam nas equipes do Programa de Saúde da Família deste município, com tempo de formação igual ou superior a 1 ano. Atualmente, o município conta com: 42 equipes, sendo distribuídas em 27 PSFs e 17 PACs, contando com 42 enfermeiros, 27 médicos, 284 agentes comunitários de saúde.

Os participantes foram 09 (nove) Enfermeiros que fazem parte das equipes que trabalham nas unidades de saúde em estudo e que aceitaram participar do estudo.

No contexto da ESF, surge a necessidade de um profissional que seja responsável pela condução do processo desse trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS). O enfermeiro é indicado e/ou eleito para a função devido a sua capacidade de direcionamento das ações com responsabilidade, articulando através da negociação política, os recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos, de acordo com as necessidades da população do território.

O enfermeiro desenvolve seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na UBSF, junto à equipe de profissionais e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cuidado e tratamento, bem como planejamento e gerenciamento das atividades da UBSF.

Faveri et al. salientam que:

“O conhecimento direto e pessoal que o enfermeiro deve ter do paciente e dos membros da equipe é uma ferramenta importantíssima para o exercício da função administrativa. Este conhecimento possibilita que ele agregue os princípios da administração às realidades de cada situação, além de capacitá-lo para a utilização das habilidades de cada membro da equipe para o melhor atendimento das necessidades dos pacientes”<sup>(76: 34)</sup>.

Rodrigues ressalta que:

“Os enfermeiros que buscam a sua qualificação profissional têm a compreensão de ser a promoção da saúde o eixo norteador do seu trabalho, bem como a valorização e defesa dos direitos de cidadania, fazendo assim a ligação da saúde como um direito da vida que é o nosso bem maior”<sup>(77: 74)</sup>.

O enfermeiro que trabalha neste programa necessita de uma fundamentação teórica para poder executar todas as funções mencionadas na NOAS 2001 e prestar um cuidado com qualidade para o cliente, família e comunidade. Não se pode negar que o cuidar que o enfermeiro disponibiliza ao cliente, por muitas vezes, se valida de um cuidado a si mesmo.

No que se referem aos exercícios das atribuições gerenciais do enfermeiro, os mesmos devem contar com alguns instrumentos apropriados para orientar a tomada de decisões. Entre esses, destacam-se a liderança, a capacidade de promover consensos, a negociação e a programação estratégica. Essa última compreende as ações destinadas a determinar, com certa racionalidade, o tipo, número e destino dos serviços de promoção, recuperação, reabilitação e de atenção direta aos indivíduos, famílias, grupos sociais e ambientes, condições necessárias para solucionar problemas e satisfazer a população em sua necessidade de saúde<sup>(78)</sup>.

Na sequência, apresentamos a partir das categorias de análise definidas, a identificação dos profissionais enfermeiros, bem como as atividades por eles desenvolvidas durante seu processo de trabalho.

## 1. Identificando o Profissional Enfermeiro

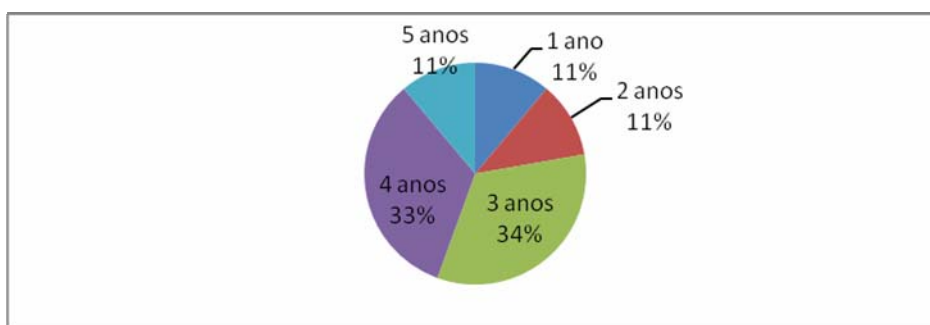


Conforme os dados obtidos no estudo, verificou-se que os profissionais participantes na pesquisa são, em sua totalidade, mulheres. Destas, 70% encontram-se dentro da faixa etária entre 23 a 29 anos, 29,75% entre 30 a 32 anos e 0,25% com idade de 40 anos. Cinquenta e seis por cento (56%) são casadas e têm filhos.

Estes dados permitem dizer que estas profissionais são jovens, estão iniciando sua carreira profissional, e ainda têm muito pela frente para desenvolver seus verdadeiros potenciais.

De acordo com o gráfico 1, dos enfermeiros entrevistados, 67% estão formados entre 3 a 4 anos.

Gráfico I: Tempo de formado



Fonte: Entrevista com Enfermeiros do PSF, Município de Cachoeiro de Itapemirim-ES (2008)

A formação acadêmica permite que o graduado em enfermagem tenha os conhecimentos básicos essenciais ao exercício da profissão, sendo válido ressaltar que o novo profissional necessita de um preparo científico que o torne generalista, sem especialidade precoce, a partir do qual será capaz de continuar seu aprendizado, tendo consciência da necessidade e da importância de se aperfeiçoar continuamente.

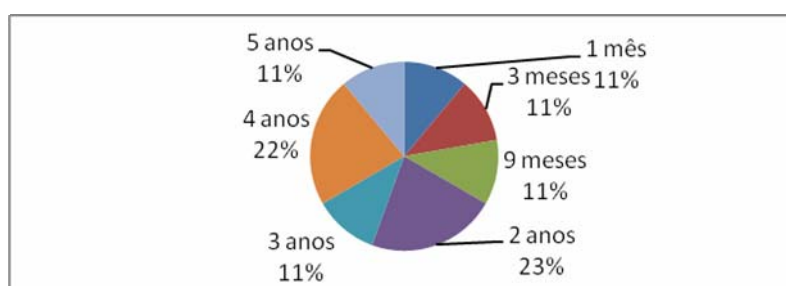
De acordo com o Ministério de Estado da Educação, no uso de suas atribuições, Portaria nº 3019, de 21 de Dezembro de 2001, artigo 2º, o graduando em Enfermagem, na fase de conclusão do curso, deve apresentar o perfil de um

enfermeiro generalista com formação humanística e crítica, pautada em princípios éticos e legais. A base é o processo saúde-doença e seus determinantes biológicos, sociais, políticos e culturais; bem como o contexto epidemiológico do país para atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano, da família e da comunidade, visando responder às necessidades de saúde da população e consciente da importância da formação continuada.

Após concluir a graduação, o enfermeiro tem ainda a opção de ampliar seus conhecimentos, frequentando um curso de pós-graduação, desenvolvendo habilidades e capacidades que o permitam desempenhar suas atividades da melhor forma, em seu campo de ação profissional; assim como alcançar uma formação científica em nível mais elevado, tal como mestrado, doutorado, pós-doutorado etc.

Conforme nos aponta o gráfico 2, os profissionais continuam se dedicando na busca de novos conhecimentos, atualização profissional, mesmo não sendo na Saúde pública, apenas 17% dos entrevistados têm ou fazem Pós-graduação específica em PSF.

Gráfico 2: Qualificação Profissional



Fonte:

Entrevista com Enfermeiros do PSF, Município de Cachoeiro de Itapemirim-ES (2008)

Entrevista com

O fato de a maior parte dos enfermeiros optarem por uma pós-graduação em Enfermagem do trabalho, (28%) está diretamente relacionado à grande

concentração de empresas de extração de granito na região em que se localiza o Município de Cachoeiro de Itapemirim (ES), sendo, portanto, um importante mercado de trabalho, bem como as indústrias petrolíferas que estão crescendo no sul do Estado.

Não importa o tipo de estudo que esse profissional faça e sim o aprimoramento, a atualização dos conhecimentos. Para tanto, ele precisa envolver-se com as mais variadas formas de atualização, é preciso que estejam motivados e atentos às oportunidades que possam surgir.

Péres e Silva afirmam que a educação avançada é entendida como sistema educativo amplo e dinâmico da aprendizagem e tem como objetivo elevar o nível acadêmico e o desenvolvimento profissional, complementando a formação básica e implementando a formação especializada, com aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades em seu campo de ação, a fim de alcançar seu bem-estar na sociedade <sup>(39)</sup>.

Toda instituição necessita de profissionais cada vez mais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos, por isso é relevante a realização de um trabalho contínuo com os funcionários, integrando-os na própria função e no contexto institucional; essas instituições podem proporcionar condições e incentivo para que isso ocorra.

Em Cachoeiro existe essa possibilidade de aprimoramento profissional, juntamente com parcerias do Estado e com empresas educacionais, em que há convênios e o funcionário pode atualizar seus conhecimentos por meio de bolsas que giram em torno de 5% a 100% de desconto.

A forma pela qual os enfermeiros, que atuam em organizações de cuidados de saúde, estão autogerindo seus destinos profissionais tem repercussão direta na construção da imagem pessoal no mercado de trabalho. Toda forma de aquisição de novos conhecimentos é válida, seja no domínio de idiomas, na participação de

eventos científicos, no hábito de praticar leitura da área, entre outras, pois influenciam diretamente no perfil do bom profissional.

Atualmente, a competência técnica, atualização e liderança são características essenciais ao perfil do profissional requisitado pelo mercado de trabalho. Algumas literaturas ressaltam que a competência técnica e o profissionalismo projetam a imagem ideal do profissional numa sociedade que atualmente valoriza o conhecimento e a competência. Entendemos que para o exercício da profissão de enfermeiro no PSF, isso é particularmente essencial (7;26;28).

Após a adesão do Município à implantação dos PSF, definindo o número de equipes, sua área de atuação (abrangência), vem outra etapa igualmente importante: o processo de recrutamento, seleção e qualificação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família <sup>(79)</sup>.

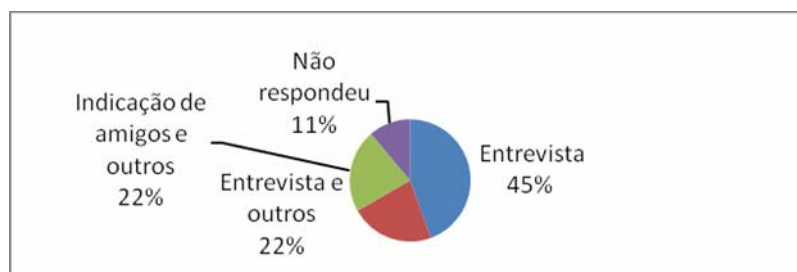
Para evitar transtornos político-administrativos no processo de seleção dos candidatos em atuar na atenção à saúde da família, o Ministério da Saúde orienta que o conselho municipal de saúde nomeie uma comissão composta por profissionais com experiência em organização de serviços básicos de saúde para realizar e acompanhar o processo de seleção para que todos os passos sejam bem definidos, não deixando dúvidas quanto a sua lisura <sup>(79)</sup>.

Constatamos, porém, no gráfico 3 que 45% dos entrevistados afirmaram que participaram de entrevista feita pelo secretário da saúde ou pelo coordenador do PSF, não seguindo a orientação proposta pelo Ministério da Saúde, ou seja, não sendo formada uma comissão responsável pela contratação dos candidatos.

Diante desse fato, verificou-se uma preocupação entre os profissionais, pois não existe estabilidade no setor quando há mudança de gestor na secretaria de saúde, conforme relata uma entrevistada:

*“(...) de quatro em quatro anos podemos ser demitidos. Então alguns enfermeiros procuram um “padrinho” para garantir o emprego.” (enf. C)*

Gráfico 3: Processo de seleção dos enfermeiros no PSF



Fonte:Entrevista com Enfermeiros do PSF, Município de Cachoeiro de Itapemirim-ES (2008)

São vários os fatores que compõem esse cenário, desde a índole de alguns gestores públicos e de algumas empresas que atuam nesse mercado, até a cultura que hoje ainda predomina em muitos órgãos públicos quanto à aplicação do instrumento de seleção de candidatos a um cargo público.

A premissa é de que o concurso público e o preenchimento de cargos devem ser compostos com características voltadas ao atendimento da sociedade, que é permanente, e não do gestor, que está temporariamente no Poder.

O concurso público flexibiliza-se, conforme a natureza e a complexidade do cargo, para, por metodologia prática, buscar no mercado o profissional mais adequado para o exercício das atribuições definidas, tendo em conta não somente o conhecimento, mas também as atitudes e as habilidades consideradas importantes para a prestação de um serviço qualificado ao cidadão e à sociedade.

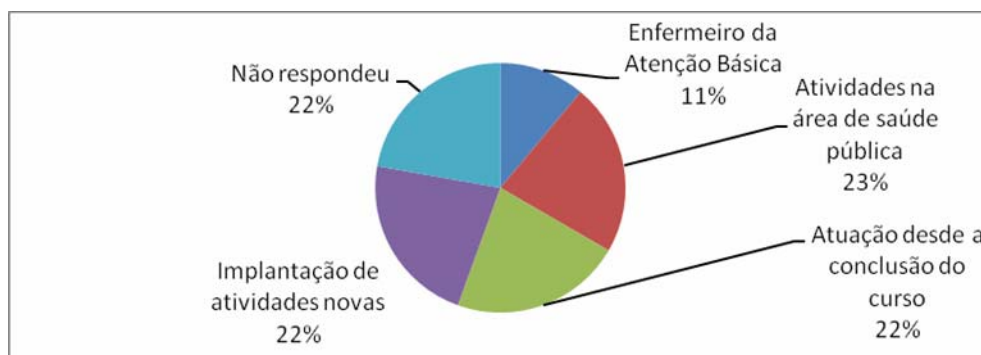
O obstáculo para que o concurso público seja efetivo não é jurídico, ao contrário, a Constituição Federal impõem a sua flexibilização; o obstáculo é cultural mesmo. Os gestores públicos precisam modernizar os procedimentos que envolvem os processos de recrutamento e de seleção de pessoas. É preciso

investir na eficiência da metodologia para alcançar a eficácia do resultado, mesmo que os procedimentos exijam certo tempo para a sua aplicação <sup>(80)</sup>.

Após o ingresso dos profissionais no setor público, ocupando o cargo destinado, observou-se que (gráfico 4) eles trabalham na área de PSF desde a conclusão de seus cursos superiores em Enfermagem e se mantêm dentro das atividades, apesar da mudança de setores e de função.

Sabe-se que no PSF várias são as atividades que devem ser desenvolvidas pelos profissionais Enfermeiros, e estes vêm ocupando cargos e desenvolvendo atividades diferenciadas no decorrer do seu processo de trabalho.

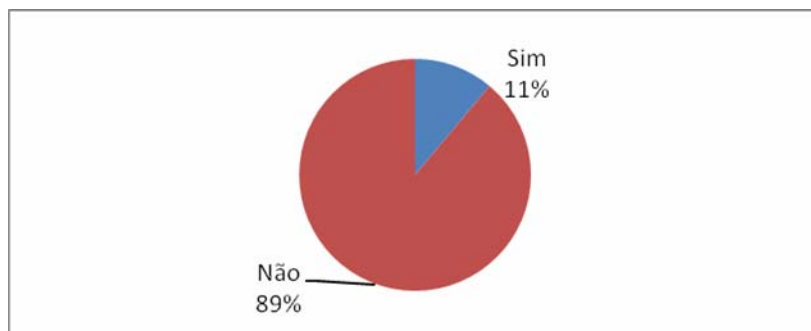
Gráfico 4: trajetória do enfermeiro dentro do trabalho do PSF



Fonte: Entrevista com Enfermeiros do PSF, Município de Cachoeiro de Itapemirim-ES (2008)

Quando questionados sobre as atividades paralelas desenvolvidas fora desse vínculo, de atenção à saúde no PFS (gráfico 5), verificou-se que 89% não têm outra ocupação, pois justificam que a carga horária semanal de trabalho é de 40 horas, com jornada diária de 8 horas, significando na prática, dedicação integral à Saúde da Família.

Gráfico 5: Atividade paralelas exercidas pelo enfermeiro do PSF



Fonte: Entrevista com Enfermeiros do PSF, Município de Cachoeiro de Itapemirim-ES (2008)

Esse é um dos pontos principais do PSF: contar com profissionais que se dedicam efetivamente no trabalho, todos os dias da semana. Desta forma, podem conhecer pessoalmente cada paciente, saber onde fica a casa de cada um, quem são os seus parentes, qual é a sua história de vida e de saúde. Para conseguir essa integração com a comunidade, que é fundamental à Saúde da Família, é necessário o regime de dedicação integral.

“É condição essencial, para o êxito da Saúde da Família, que todos eles trabalhem 8 horas por dia, o que dá 40 horas por semana”<sup>(70)</sup>.

Porém, mesmo com essa exigência de dedicação exclusiva, 11% dos entrevistados desenvolvem atividades paralelas, atuando como docentes, geralmente à noite, justificando como fator de realização profissional/pessoal e pelo prazer de ensinar.

## 2. PSF: processo técnico X relacional

O PSF estrutura-se em uma unidade de saúde, com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, em território definido, onde desenvolve suas ações. Integra-se numa rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando-se a

referência e contrarreferência para os diversos níveis do sistema, de problemas identificados na atenção básica.

Analisando as posições emergentes de setores ligados ao PSF, ou seja, oficial, acadêmico e campos da prática, é possível identificar ambivalências, diferenças, contradições e insuficiências na forma de efetuar a abordagem da família. Na maioria das vezes, a família é abordada de forma parcial ou identificada através de representantes e substitutivos, ou ainda, como referência genérica no âmbito das políticas sociais e/ou é tomada como problema e transformada em objeto terapêutico.

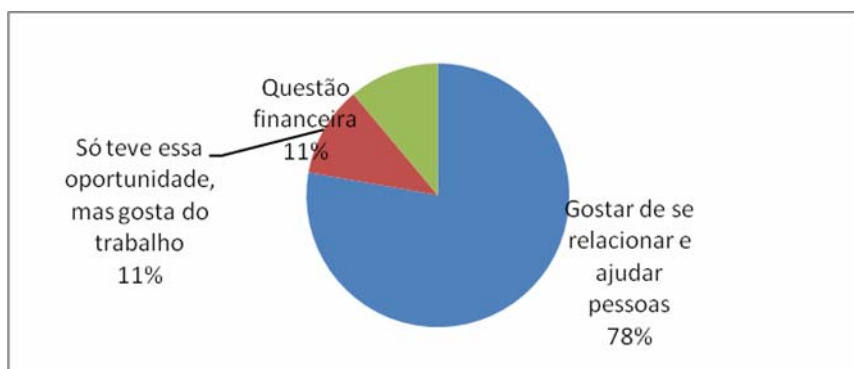
A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços, como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde. Ressalta-se que essa inclusão não decorreu de entendimento e convicção pactuadas; viu-se que a família chega à atenção primária de saúde impulsionada por diferentes e conflitantes representações e motivações, daí as facilidades de se produzirem contradições <sup>(81)</sup>.

Mencionar a família como foco central da atenção básica de saúde não garante que isso se concretize no PSF real. Nesse cenário, os diferentes atores podem trabalhar com múltiplas abordagens de família, produzindo-se o entendimento de que se fala e cuida de um mesmo objeto <sup>(82)</sup>.

No que se refere à escolha da área de Saúde da Família como atuação profissional, a maioria (78%) dos entrevistados (gráfico 6) relatam gostar de se relacionar e ajudar pessoas e compreendem que o PSF é o contexto ideal para isto. Entendem que o Cuidado não é só a Técnica, é elemento primordial para o desempenho da profissão e para eles, o PSF é um contexto ideal para o exercício dessa prática.



Gráfico 6: Motivo da escolha de trabalho em PSF



Fonte: Entrevista

com Enfermeiros do PSF, Município de Cachoeiro de Itapemirim-ES (2008)

Uma pequena percentagem (11%) se refere à falta de outras oportunidades e a questão financeira.

Em Cachoeiro do Itapemirim, apesar de não ser regime celetista, trabalhar no PSF é mais atrativo devido à melhor remuneração, conforme nos afirmam os profissionais em seus relatos:

*“Eu tenho muito prazer em fazer o que eu gosto, a remuneração é melhor do que no hospital e aqui paga em dia (isso é muito importante. Temos dificuldade sim, mediante material e insumos, porém conseguimos levar nosso trabalho a sério e com qualidade.”* (Enf D).

*“Mesmo com todas as dificuldades de trabalhar como enfermeira, desenvolver todo o processo organizado pelo MS, eu prefiro ficar na prefeitura, pois no hospital tem os mesmos problemas, mas aqui paga melhor.”* (Enf. B)

*“Desde a faculdade, eu queria trabalhar na saúde pública, independentemente do fator financeiro, eu gosto de trabalhar com a população, isso me faz bem, me realiza profissionalmente. Eu sei que falta muito para chegar a 100%, mas eu estou trabalhando para isso.”* (Enf. F)

A Estratégia de Saúde da Família - ESF é uma das alternativas para reorganização da oferta de serviços de saúde e a proposta insere-se no âmbito do debate em torno das opções para reorientação do modelo assistencial vigente, predominantemente hospitalocêntrico e curativo.

Por essa razão, entre outras, o trabalho com famílias, na área de enfermagem tem sido visto como um desafio, que torna necessário aos profissionais aprender a pensar na família e passem a desenvolver práticas diferenciadas no contexto da saúde e da doença, estabelecida a partir da realidade da própria família e contribuindo para construção de conhecimento de enfermagem na área.

A principal mudança com a proposta da ESF é no foco de atenção, que deixa de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação. Isso implica aprendermos a lidar com este novo recorte, tomando agora a família como objeto de trabalho, identificando instrumentos e saberes que possam transformar nossa prática assistencial em direção a uma pautada nos princípios éticos, morais e levando a uma maior autonomia dos usuários, possibilitando a esse profissional desenvolver um trabalho humanizado <sup>(50)</sup>.

Assim, a ideia de “humanização da saúde” demanda do profissional que converta a dimensão econômica e técnica de seu trabalho em dimensão relacional. Nossa abordagem compartilha com essa análise, por entender que a proposta dos profissionais do ESF e toda a ideia corrente de “humanização da saúde” se inscrevem nesses campos de competência.

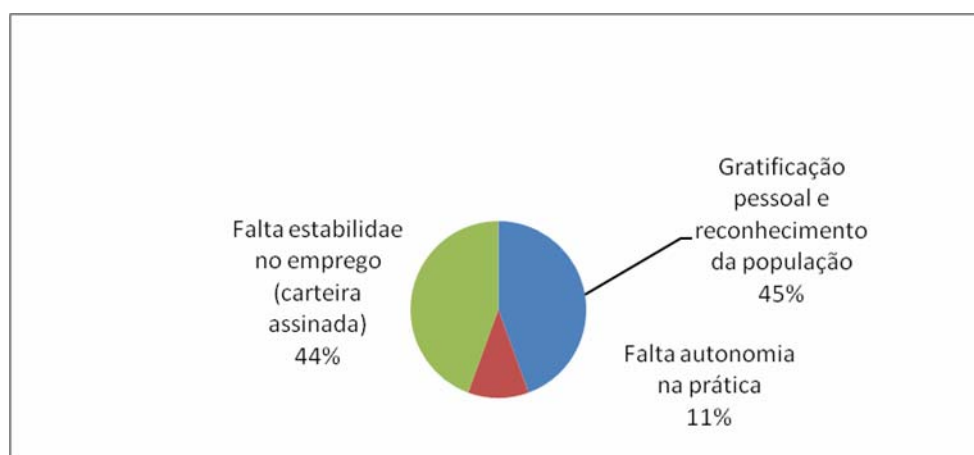
Neste sentido, a abordagem qualitativa dos programas de intervenção em saúde torna-se pertinente, na medida em que é necessário reconhecer a Saúde Pública como uma cultura (mesmo que ela não se reconheça como tal), uma vez que envolve um saber, um método, um estado de espírito, uma tecnologia e um campo social estruturado e relativamente autônomo, no qual os atores sociais ocupam uma posição definida pelo volume e capital social condizentes com o

mesmo. Desta forma, ela articula valores de ordem simbólica e material ao mundo social.

### 3. Questão Gerencial: um problema de interpretação

Apesar dos profissionais, em sua maioria, estarem atuando em PSF e gostarem do que fazem, sentem falta da autonomia frente ao cargo ocupado. Isso pode ser constatado no gráfico 7, bem como o reconhecimento por parte da equipe de trabalho que compõe o PSF e também dos cidadãos que são atendidos nestes setores, transformando este fato num desafio a ser conquistado pelos profissionais Enfermeiros.

Gráfico 7: Percepção do enfermeiro sobre o trabalho no PSF



Fonte: Entrevista com Enfermeiros do PSF, Município de Cachoeiro de Itapemirim-ES (2008)

Comprovamos esses argumentos através de colocações feitas pelos participantes da pesquisa, desde queixas de falta de autonomia até da falta de reconhecimento por parte da população:

*“Às vezes, sinto-me mal, pois em grande parte as decisões do Enfermeiro não prevalecem, apenas as do médico e de nossos superiores.” (Enf. D)*

*“Além da realização pessoal, profissionalmente falando é muito gratificante ter reconhecimento da população/cliente do bairro.” (Enf. F)*

*“No momento, a grande dificuldade é a sobrecarga de trabalho e o não reconhecimento maior da população em relação ao profissional enfermeiro. O profissional ainda é muito desvalorizado pela secretaria de saúde e órgãos administrativos em relação aos demais profissionais de nível superior.” (Enf. G)*

Ao longo de sua história, a enfermagem tem enfrentado muitos desafios para construir sua identidade e para obter reconhecimento do seu fazer. Para concretizar a identidade do profissional de saúde pública, é importante definir qual o saber que orienta sua prática (regulamentação, treinamento, código de ética e convivência com seus pares).

A identidade profissional funciona como um núcleo essencial que permite um bom relacionamento, específico da enfermagem, com a equipe de saúde e a população. Identidade é uma imagem construída, uma percepção.

*“A construção da identidade profissional da enfermeira é um processo dinâmico que, no final do século, desloca seu eixo principal para a auto-identificação, a intersubjetividade da ação humana, em função da saúde e do bem-estar social, da liberdade de expressão e da preservação do equilíbrio ecológico”<sup>(83)</sup>.*

A falta de estabilidade é um fator primordial para a autonomia do profissional, a vulnerabilidade de estar ou não empregado a cada quatro anos, devido ao período de mudança partidária é outro ponto salientado como motivo de insatisfação por parte de 44% dos entrevistados.

A fala de uma entrevistada é explícita quanto a este fato:

*“O ponto negativo é não ter estabilidade e carteira assinada que garanta os direitos do trabalhador” (Enf. F).*

Igualmente é comprometedor a falta de um processo de seleção, conforme se preconiza o MS e o candidato é avaliado por sua aptidão, postura e vivência, mediante situações de problemas da comunidade e não por indicação, como acontece neste contexto (gráfico 3), como já foi observado nesse estudo.

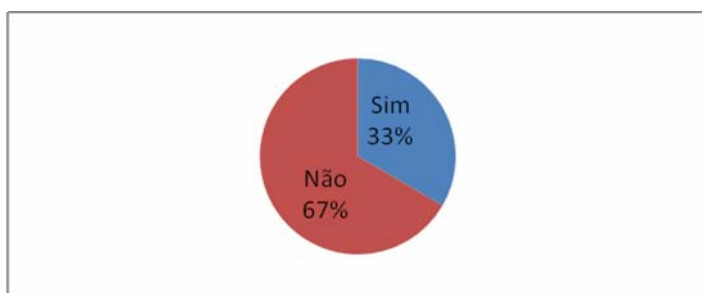
Da mesma forma, é preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme relata no Guia Prático do Programa Saúde da Família do ano de 2001, a necessidade de treinamento antes da inserção dos profissionais no local de trabalho:

“Por exigir uma nova prática em saúde, recomenda-se que toda a equipe da estratégia da saúde da família, antes de iniciar as atividades em sua área de atuação, inicie um processo de capacitação (cursos)”.

“O treinamento introdutório capacita os profissionais que possam analisar, com a comunidade, a situação de sua área de abrangência. Esse treinamento ajuda os profissionais a compreenderem e apresentarem os indicadores de saúde, em especial, os pactuados para a atenção básica e produzidos pelo Sistema de Informação Básica (SIAB) e outros sistemas” (70: 70-71).

Quando os enfermeiros são questionados sobre o treinamento no qual o município deve fornecer aos profissionais contratados, 67% informam que não participaram de nenhum tipo de treinamento e 33% tiveram orientações fornecidas por Enfermeiros mais experientes sobre sala de vacina (gráfico 8).

Gráfico 8: Treinamento do enfermeiro para desenvolver as atividades no PSF



Fonte: Entrevista com Enfermeiros do PSF, Município de Cachoeiro de Itapemirim-ES (2008)

O processo de educação permanente é estimulado pelo Ministério da Saúde, devendo ser concebido como um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrado nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo, transformando o processo de trabalho e orientando-o para a constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.

A escassez de conteúdos voltados para a família e a ênfase em conteúdos técnicos voltados para a doença leva a considerar que o modelo assistencial/individual/uniprofissional ainda predomina nos serviços de saúde, o que dificulta a efetivação dos princípios do PSF. Diante disso e da escassez no mercado de trabalho, de profissionais com perfil para atuar no PSF, considera-se de suma importância o desenvolvimento e implementação de programas consistentes de educação permanente, com o objetivo de efetivamente apoiar o trabalho das equipes de PSF nos municípios, por meio da superação dos problemas encontrados no cotidiano do exercício <sup>(85)</sup>. Os enfermeiros ressentem-se desta falta, como refere uma entrevistada:

*“A secretaria deveria capacitar melhor os profissionais de Saúde, promovendo mais treinamentos,” (Enf. A)*

O Ministério da Saúde padronizou funções específicas para o enfermeiro das UBSF, conforme se pode observar na legislação.

Portanto, para esses profissionais poderem atuar conforme as padronizações relacionadas abaixo, os mesmo devem receber suporte por meio de educação permanente ou capacitação proposta pela própria secretaria de saúde do município ou do estado, antes mesmo de começarem a atuar. Segue, abaixo, a descrição das atividades propostas pelo MS.

1. Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
2. Realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos no programas do MS e as disposições legais da profissão;

3. Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF;
4. Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo da vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
5. No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
6. Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
7. Realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS<sup>15</sup>;
8. Aliar a atuação clínica à prática de saúde coletiva;
9. Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como os de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental etc.
10. Supervisionar e coordenar ações para a capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Ao serem questionados sobre o conhecimento das atividades dos Enfermeiros da Família que são preconizadas pelo Ministério da Saúde, verificou-se que 100% dos profissionais dizem conhecer sua atuação, mas durante o processo de observação das atividades desenvolvidas, esse conhecimento não é colocado em prática.

Como, por exemplo, não há uma rotina para visita domiciliar. Algumas são realizadas no próprio portão da casa do usuário. Em muitos casos, curativos mais elaborados que necessitariam da supervisão do enfermeiro são realizados no domicílio pelo técnico de enfermagem, acompanhado pelo ACS. Esses relatam o caso ao enfermeiro que orienta os profissionais sem ver o paciente.

Foi observado, ainda, que durante a consulta de enfermagem na saúde da mulher, não é preenchido no momento da consulta o relatório encaminhado pelo MS, isto nos remete a pensar que esse enfermeiro não está exercendo seu papel e suas atividades da forma como propõe o MS. Todas essas práticas, a partir da

legislação vigente, devem passar para o município sob a forma de protocolos e aprovados pelo conselho municipal de saúde.

Partindo dessa reflexão sobre as práticas de enfermagem nos serviços de saúde e chegando aos protocolos sobre as atividades que devem ser desenvolvidas, verifica-se que no município Cachoeiro de Itapemirim – Estado do Espírito Santo, os protocolos foram aprovados e publicados no Diário Oficial do Município de em 18 de Janeiro de 2006, número 2591 e estabelecido através da Portaria n. 010/2006.

O Protocolo está presente para regular a atenção básica de saúde, que visa apoiar os profissionais frente às mudanças do modelo de atenção. Diante do exposto, os Enfermeiros da rede pública do Município de Cachoeiro de Itapemirim (100%) têm conhecimento sobre a existência desse documento assinado pela secretaria.

Porém, quando é perguntado sobre o que pensam sobre o protocolo (Gráfico 9), verificou-se que há divergências quanto ao conhecimento do que é proposto pelo município.

Observou-se que 23% relatam não terem conhecimento sobre a proposta elaborada pelo município; 22% informam que há necessidade de maior treinamento e capacitação pelo que regulamenta o protocolo assinado pelo Secretário Municipal de Saúde, o que corrobora novamente a falta de capacitação dos profissionais quando contratados.

Constatou-se que 44% dos profissionais concordam que o protocolo está presente para apoiar as tarefas desenvolvidas pelos enfermeiros e 11% acreditam que deveria incluir novos instrumentos para melhorar a qualidade do atendimento de Enfermagem.

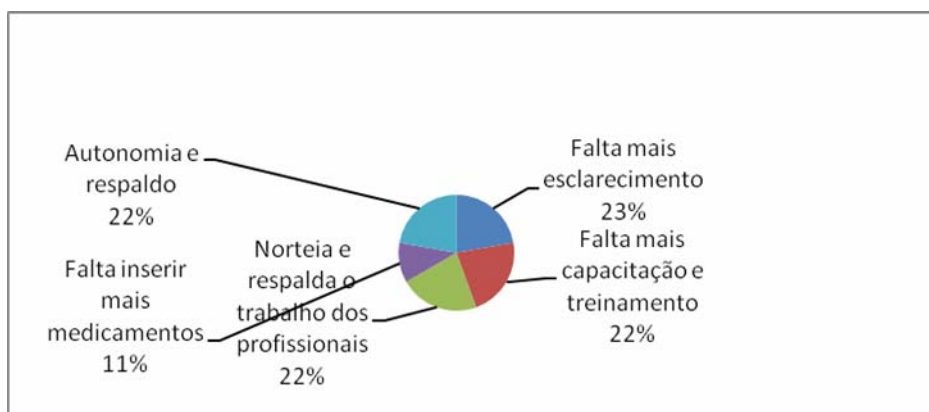
Um dos exemplos citados foi o de inserir novos medicamentos em diversas áreas de atuação, além dos que já constam nos programas de atenção à saúde, conforme nos aponta alguns depoimentos:



“O protocolo foi confeccionado e não esclarecido aos enfermeiros. Tenho sentimento de angústia por tentar “fazer” e, às vezes, não conseguir por falta de apoio.” (Enf. B)

“É um trabalho compensatório, pois temos a satisfação da comunidade, porém nos deparamos com muitas situações que dificultam o andamento do programa. Falta esclarecimento do protocolo.”(Enf. C)

Gráfico 9: Entendimento pelos enfermeiros sobre os Protocolos em PSF



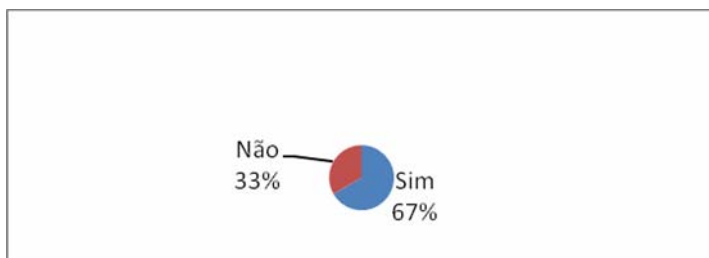
Fonte: Entrevista com Enfermeiros do PSF, Município de Cachoeiro de Itapemirim-ES (2008)

Assim, observa-se que a falta de esclarecimento sobre os protocolos é apontado como um problema pelos enfermeiros. O depoimento abaixo é elucidativo:

“Penso que a Secretaria Municipal de Saúde deveria capacitar seus profissionais de acordo com o protocolo. É difícil, pois a população ainda não entendeu o que é PSF, e isso dificulta muito, pois temos que trabalhar como pronto atendimento, encurtando o tempo para as atividades educativas, visitas domiciliares. Tenho tentado educar a população onde trabalho.” (Enf. E)

No entanto, apesar desta dificuldade, a maioria afirma conseguir desenvolver suas atividades básicas, como mostra o Gráfico 10.

Gráfico 10: Atividades desenvolvidas pelo enfermeiro durante o processo de trabalho



Fonte: Entrevista com Enfermeiros do PSF, Município de Cachoeiro de Itapemirim-ES (2008)

Apenas 33% dos entrevistados relatam que não conseguem desenvolver as atividades que são da ação do enfermeiro, atribuem esse fato à falta de conhecimento adequado, à falta de organização, à dificuldade de gerenciar os recursos humanos e ao grande número de burocracia para ser preenchida.

Também não é negligenciável a falta de suporte material, como demonstram os depoimentos abaixo:

*“Falta suporte para desenvolver nossas devidas funções, por exemplo, para fazer uma adequada visita domiciliar, até mesmo ambulância para transferir pacientes”. (Enf. A.)*

*“Não consigo desenvolver minhas funções por falta de médico na minha equipe. Autocracia, às vezes atrapalha, dentre outras, falta suporte.” (Enf. B)*

*“A falta de suporte (carro e outros materiais) também atrapalham e ficamos à mercê de políticos, pois o nosso cargo, em sua maioria é indicação, o que acaba deixando o sistema deficiente. Para as autoridades, o que conta é quantidade e não qualidade”. (Enf. E)*

A dificuldade de realizar atividades educativas e de promoção em saúde por excesso de demanda, burocracia e falta de materiais fica explícito no depoimento abaixo:

*“Na maior parte do tempo se trabalha com um número de pessoas acima do preconizado. O número de atendimentos dentro da unidade ocupa um tempo*

*grande, diminuindo o tempo que deveria ser usado na prevenção. O número de formulário usado na ESF é muito grande. Algumas vezes faltam recursos materiais e humanos no desenvolvimento das atividades.” (Enf D)*

Diante do observado sobre a rotina dos atendimentos, da burocracia, verificou-se que há uma sobrecarga para o profissional enfermeiro, uma vez que todos os documentos como ficha A, SSA2, PMA2, as fichas de produtividade da US, estão sob responsabilidade desse profissional para serem preenchidas. Ou seja, o enfermeiro é o responsável por toda a burocracia da equipe que ele pertence, bem como realizar a conferência e se houver necessidade de refazer algum impresso, é o mesmo que desenvolve essa tarefa.

Neste contexto, os profissionais vêm sendo submetidos a impasses e desafios com relação aos espaços de atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho etc. Eles encontram várias dificuldades como a falta de estrutura para que as equipes desenvolvam as atividades do programa, o despreparo do Estado com pouca experiência, às diferenças culturais, horários de funcionamento da UBS, às vezes, inadequado ou inacessível à população. Outra situação que merece destaque é que, apesar de muitos profissionais terem acesso a informações atualizadas, a maioria deles percebe a necessidade de aprimoramento profissional e esperam investimentos por parte do setor. Por outro lado, há aqueles que não apresentam o perfil desejado para a área de saúde pública.

## **VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Atualmente, vivemos em um mundo globalizado, que nos impõe regras, atitudes e comportamentos. Aquele que demonstra mais conhecimento detém mais poder. Situações como a busca de melhores condições de trabalho aliada à necessidade de acúmulo de bens e valores tornou o profissional de enfermagem mais um entre tantos profissionais preocupados, principalmente, com a questão financeira.

No entanto, frente ao crescente avanço do conhecimento, os profissionais de enfermagem necessitam manter-se atualizados. É indispensável que eles criem essa possibilidade. São inúmeras as dificuldades para tal, sejam de ordem pessoal ou institucional, no entanto, cada vez mais se torna imprescindível o aperfeiçoamento profissional contínuo. Muitos são os profissionais de enfermagem que atuam no âmbito assistencial e encontram dificuldade de atualização e, conseqüentemente, de acompanhar as inovações e tendências de melhoria da qualidade da assistência. Fato muito importante, pois a atualização do conhecimento científico influencia diretamente no processo de prestação de cuidados, pois, atualmente, vivenciamos momentos de grandes mudanças e avanços do conhecimento. Portanto, a atualização contínua é imprescindível para que esses profissionais estejam preparados para atenderem as necessidades sociais.

Os profissionais podem estar procurando acompanhar a evolução do conhecimento de diversas formas, entre elas, os programas de educação continuada, cursos, leituras de livros e periódicos, etc. É necessário que o profissional de enfermagem esteja atento ao aspecto da necessidade de redescoberta da capacidade que há em si mesmo e, principalmente, aos meios pelos quais pode reencontrar-se enquanto enfermeiro. Estamos em fase de grandes mudanças e o enfermeiro precisa estar preparado para encará-las.

Pôde-se observar com os dados apresentados que o Município em estudo não está preparado para receber os profissionais da área da saúde ao quadro da

Saúde da Família. O Enfermeiro tem conhecimento técnico científico, porém há necessidade de uma estrutura melhor, em que possa desenvolver suas atividades com qualidade, como a promoção, prevenção e educação em saúde. Embora haja a disponibilidade do mesmo para o Cuidado, o grande número de tarefas burocráticas o impede de se dedicar mais a este aspecto.

Sem o apoio da secretaria de saúde no desenvolvimento de suas atividades, o enfermeiro tem sua identidade enquanto profissional abalada, relatando falta de estabilidade no emprego (carteira assinada) e a falta de autonomia na prática, devido ao não respeito por parte do Município. Também a gratificação pessoal e o reconhecimento ficam prejudicados pelo não conhecimento e divulgação por parte da Secretaria de Saúde à população do programa.

Diante do exposto, espera-se que os profissionais da área que fazem parte da Equipe saúde da Família trabalhem juntos para que o Município coloque em prática os direitos aos enfermeiros e dêem condições para, então, exigir os deveres, conforme protocolo assinado e publicado no Diário Oficial em 18 de Janeiro de 2006.

Observa-se nos serviços em saúde, a existência de padrões mais ou menos fixos de percepções que os profissionais possuem de seu processo de trabalho. Podemos admitir que essas percepções **são** decorrentes da história de cada um, de pressões e/ou constrangimentos das instituições ou da sociedade de maneira mais geral.

A Estratégia de Saúde da Família envolve aspectos técnicos e relacionais e é aí que reside o seu interesse. Ele pode ser visto como a institucionalização dos aspectos relacionais, que deveria ser espontânea para ser autêntica. Enfim, o trabalho nos “serviços humanos” não consiste simplesmente a exercer o *métier*, seja qual for à profissão, sobretudo, na passagem de competências em torno da divisão do trabalho: tratar e cuidar. A busca deste equilíbrio supõe uma redefinição

de competências que possa superar a dicotomia alma/corpo, em que o corpo, passou a ser domínio dos profissionais de saúde e a alma, dos religiosos.

## VII REFERÊNCIAS

1. Sanna MC. Perspectivas históricas e tendências da formação de profissionais e do mercado de trabalho em enfermagem no Brasil. *Nursing* 2001; 4(36): 10-11.
2. Nash R. Um esboço da vida de Florence Nightingale. Rio de Janeiro: UFRJ; 1997
3. Penna LHG, Fonseca VS. A perspectiva do arquétipo feminino na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2000; 53(2): 223-32.
4. Miranda CML, Barros RRB, Costa NNM. Literatura e história na formação e identidade profissional da enfermeira do século XIX. *Rev. Enferm. UERJ* 1998; 6(1): 267-75.
5. Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev. Bras. Enferm.* 2005; 58(6,): 723-26.
6. Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.
7. Trentini M, Paim L. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. *Texto e Contexto Enferm.* 2001; 10(1): 11-31.
8. Leopardi MT, Gelbcke LB, Ramos FRS. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? *Texto e Contexto Enferm.* 2001; 10(1): 32-49.
9. Rizzotto, MLF. História da enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiânia: AB, 1999.
10. Costa ES, Morita I, Martinez MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários de enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(2): 553-55.
11. Lopes V. O trabalho noturno do profissional de Enfermagem: o sofrimento do trabalho na visão da ergonomia. Estudo de caso de uma unidade de emergência hospitalar. 2000. Dissertação (Mestrado de engenharia de

Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

12. Gonzáles RCF. Sujeito e trabalho: uma leitura psicanalítica da escolha profissional. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Teoria Psicanalítica] – Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.
13. Benko MA. Consulta de enfermagem: assistência ao paciente egresso. In: Campedelli MC. Processo de enfermagem na prática. São Paulo: Ática; 1989.
14. Beck CLC. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professoras de enfermagem: elementos para reflexão. Ver. Esc. Enferm. USP 1999; 33(4): 348-54.
15. Lautert, Chave Beck CLC. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professoras de enfermagem: elementos para reflexão. Rev. Esc. Enferm. USP 1999; 33(4): 348-54.s & Moura, 1999
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Desafios e conquistas do PSF. Rev. Bras. de Saúde da Família 2002.
18. Arouca S. A reforma sanitária brasileira. Tema/Radis 1998; 11: 2-4.
19. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 12 ago. 2009]. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília: MS; 1996.
21. Organização Mundial da Saúde. Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Brasília: MS; 1979.
22. Mendes IAC. Desafios das organizações de enfermagem no despontar da nova era. Rev. Latino-Am. Enferm. 2000; 8(1): 1-3.
23. Dunkan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

24. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação normativa do PSF no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família - 2001/2002. Brasília: MS; 2004.
26. Tavares DMS et al. O trabalho do médico e do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. *Enferm. Atual* 2003; 3(18): 17-21.
27. Sousa MF. A cor-agem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2003.
28. Emiko EY, Fonseca RMG. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev. Escola Enferm. USP* 2000; 34(3): 233-38.
29. Carmona V. Programa de Saúde da Família: uma saúde humanizada. *Nursing* 2003; 64(6): 10-11.
30. Chiesa AM. A promoção de saúde como eixo estruturante do tratamento de enfermagem no Programa Saúde da Família. *Nursing* 2003; 64(6): 40-6.
31. Paulino I, Bedin L, Paulino L. Estratégia saúde da família. São Paulo: Ícone; 2009.
32. Costa EMA, Carbone MH. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para organização da atenção básica. Brasília: MS; 1999.
34. Marx K. O capital. São Paulo: Civilização Brasileira; 1960. Livro 1, v. 1.
35. Taylor F. Princípios de administração científica. 8 ed. São Paulo: Atlas; 1990.
36. Fleury AC, Vargas N. Organização do trabalho. São Paulo: Atlas; 1987.
37. Fayol H. Administração industrial e geral. São Paulo: Atlas; 1989.
38. Motta FCP. Teoria das organizações: evolução e crítica. São Paulo: Pioneira Editora; 1986.
39. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio. São Paulo: Nova Fronteira; 1994.
40. Lucon SMR, Marin MJS. Atualização profissional: possibilidade de um grupo de enfermeiros do interior paulista. *Nursing* 2001; 34: 18-21.



41. Bezerra ALQ. O contexto da educação continuada em enfermagem na visão dos gerentes de enfermagem e enfermeiros de educação continuada. São Paulo. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade de São Paulo; 2000.
42. Thofehrn MB, Muniz RM, Silva RR. Educação continuada em enfermagem no Hospital Escola: um diagnóstico. Rev. Bras. Enferm. 2000; 53(4): 524-32.
43. Peres OR, Silva LB. A educação avançada: uma necessidade para a superação profissional. Nursing 2001; 35(4): 13-15.
44. Dias MAA. Gerenciamento: uma nova perspectiva na assistência de enfermagem. Nursing 2002; 48(5): 31-34.
45. Biehl JI. Como eu avalio: o desempenho de minha equipe de enfermagem. Nursing 2001; 40 (4): 32-37.
46. Nakao JRS, Bernardes A, Évora IDM. O trabalho administrativo do enfermeiro sob a ótica dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Nursing 2003; 60(6): 31-36.
47. Munhoz S. Participação em custos fortalece enfermagem. Nursing 2002; 51(5): 5-6.
48. Perroca MG, Jericó MC. O cenário é de mudanças: como você está autogerindo sua carreira profissional neste novo contexto? Nursing 2001; 39(4): 20-24.
49. Saillant F. Pensar o humanismo e a humanização hoje: saúde e direitos humanos. Brasília: MS; 2008.
50. Lopes MJM, Silva JLA. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2004 Aug. [acesso em 11 de maio 2009]; 12(4): 683-688. Disponível em :  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000400015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400015&lng=en). doi: 10.1590/S0104-11692004000400015>
51. Paicheler G. Les professions de soins: territoires et empiètements. Sci Soc Santé 1995; 13(3): 5-10
52. Bororo AM. Quand le 'sale-boulot' font le métier: les aides-soignants dans le monde professionnalisé de l'hôpital". Sci Soc Santé 1995 ; 13: 93-124.

53. Cicourel A. L'intégration de la connaissance distribuée dans le diagnostic médical d'équipe. In: Le raisonnement médical: une approche socio-cognitive. Paris : Seuil ; 2002. 143-73.
54. Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Hucitec; 1992.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1994.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de saúde da família: saúde dentro de casa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1998.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família. Brasília: Coordenação da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde; 2000.
58. Ferreira J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. Saúde e Soc. 2005; 14(3): 111-18.
59. Schimith MD, Silva Lima MA. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. Cad. Saúde Pública 2004; 20(6): 1487-94.
60. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública 1997; 13: 469-78.
61. Merhy EE. O ato de cuidar como um dos nós críticos "chaves" dos serviços de Saúde. [S.l.:s.n.]; 2000. Texto de referência para oficina do VI Congresso da Rede Unida.
62. Nogueira R.P. O trabalho em serviços de saúde : texto de apoio da unidade I. [S.l.]: OPAS ; 1994. Disponível em : <[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub06U2T4.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U2T4.pdf)>
63. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília: MS; 2001.
64. Silva IZQ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface 2005; 9(16): 25-38.
65. Pedrosa JI, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. Rev. Saúde Pública 2001; 35(3): 303-11.

66. Saillant F, Gagnon E. Vers une anthropologie de soins? *Anthropologie et Soc* 2003 ; 23(2) : 5-14.
67. Bedin LP. A dimensão ética na formação dos médicos/Lívia Perasol Bedin. – Campinas, SP: [165p.] Tese de Doutorado da Faculdade de Educação – UNICAMP- Campinas . S.P. 2003
68. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.
69. Saul AM. Avaliação emancipatória, Desafio à Teoria e a Prática de Avaliação e Reformulação do Currículo, São Paulo: Cortez e Autores Associados, 1988.
70. Santos Filho JC. Pesquisa quantitativa versus pesquisa qualitativa: o desafio do conhecimento. In: GAMBOA, (org.) Pesquisa Educacional Quantidade-Qualidade 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.
71. Mattar FN. Pesquisa: metodologia, planejamento. V.1. São Paulo: Atlas; 1997.
72. Lakatos EV, Marconi MA. Fundamentos da metodologia científica. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2001.
73. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 2 ed. São Paulo: Atlas; 1996.
74. Resolução N° 196 Disponível em: <[www.datasus.gov.br/conselho/resol196/RES19696.htm](http://www.datasus.gov.br/conselho/resol196/RES19696.htm)> Acesso em 15 de junho de 2006.
75. Martins J.; Bicudo, MA. Estudos sobre Existencialismo, Fenomenologia e Educação São Paulo: Moraes, 1983.
76. Faveri F et al. Função administrativa do enfermeiro: administração da assistência ou administração dos serviços. *Enferm. Atual* 2003; 3(18): 32-36.
77. Rodrigues HM et al. O enfermeiro na saúde da família: descobrindo os saberes do seu fazer. *Rev. Enferm. UERJ* 2003; 11(1): 25-27.
78. Frekete MC, Mandelli MJ. A administração estratégica em unidades de saúde. Brasília: OPAS; 1994.
79. Brasil. Ministério as Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde;

2001. [acesso em 22abr2007]. Disponível em:  
<<http://ensesp.fiocruz.br/informe/materia.cfm?matid=4079>>
80. Souza A L B; abril de 2008,Disponível em:  
<<http://cidadaniaedemocracia.blogspot.com>>. Acesso em 10 de agosto de 2009.
81. Mioto RCT. Novas propostas e velhos princípios: subsídios para a discussão da assistência às famílias no contexto de programas de orientação sócio-familiar. *Fronteras* 2001; (4):93-102.; Rocha SMM, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e a abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2002 setembro-outubro; 10(5):709-15.
82. Ribeiro, EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet]. 2004 Ago. [citado 2009 ago. 20]; 12(4): 658-664. Disponível em: <  
[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lng=pt](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lng=pt)>
83. Oliveira BGRB. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. *Texto e Contexto Enferm.* 2006; 15(1): 60-67.
84. Gusmão RO; Marcon SS. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no programa saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. Junho de 2007 [citado 2009 ago 20]; 15 (3): 431-438.  
[Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000300011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300011&lng=en) Disponível em: < Doi: 10.1590/S0104-11692007000300011.>
85. Barreira IA. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(4): 480-87.

# ANEXOS

# Anexo 1

## Formulário para Entrevista

Enfermeiro

1. Tempo de formado: \_\_\_\_\_
2. Tempo que trabalha na ESF: \_\_\_\_\_
3. Pós Graduação ou em andamento, qual? \_\_\_\_\_
4. Antes de ser Enfermeiro qual atividade desenvolvia? \_\_\_\_\_
5. Por quais motivos você optou por trabalhar na ESF?  
 Boa remuneração  Bom horário de Trabalho  
 Reside no local da USF  Oportunidade de primeiro emprego  
 Identificação com a área de saúde coletiva  
 Não tenho opinião formada  
 Outros:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Atualmente você exerce atividades sem ser a de Enfermeiro da Família?  
Qual e quando?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Ao ser contratado você passou por algum processo de seleção?  
 Sim  Não

Caso a resposta for SIM, identifique qual o processo? (Caso haja necessidade pode marcar mais de um item)

( ) Apenas fiz a inscrição

( ) Prova prática

( ) Prova escrita

( ) Prova de Títulos

( ) Entrevista

( ) Indicação de amigos

( ) Influencia política

( ) Outros: \_\_\_\_\_

8. Ao ser contratado você participou de algum treinamento?

( ) sim ( ) Não

Caso a resposta for SIM responda:

A capacitação foi antes de você assumir o cargo? \_\_\_\_\_

Quem ministrou o curso? (Caso haja necessidade pode marcar mais de um item)

( ) Funcionário do serviço público com qualificação. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Funcionário do serviço público sem qualificação. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Outros: \_\_\_\_\_

9. Você conhece as atividades que o Ministério da Saúde preconiza para o Enfermeiro da Família?

( ) Sim ( ) Não

Caso a resposta for sim, descreva:

---

---

---

Diante das atividades preconizadas pelo MS, você consegue desenvolvê-las durante o seu processo de trabalho?

---

---

\_\_\_\_\_ Você tem conhecimento sobre os protocolos assinados pela Secretaria Municipal de Saúde a respeito das atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro?

---

---

O que você pensa sobre o protocolo?

---

---

---

10. Para você Enfermeiro, qual é o seu sentimento (dificuldade, respaldo, atribuições) em trabalhar na Saúde da Família no Município de Cachoeiro de Itapemirim?

---

---

---

---



## Anexo 2

**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UVV**

**Avaliador (a):** Ângela Maria de Castro Simões

**Protocolo nº:** 32/2007

**Data da entrega ao relator:** 13/11/2007

**Data da apresentação no CEP - UVV:** 11/12/2007

**TÍTULO DA PESQUISA:** ENFERMEIRO E SUA ATUAÇÃO DIANTE DA REPRESENTAÇÃO DE SUAS ATIVIDADES NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

**COORDENADOR DO PROJETO:** Haldria Vale Jantorno

**PROFESSORES ENVOLVIDOS:** Profª Jaqueline Terezinha Ferreira

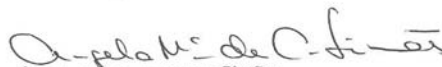
**OBJETIVO DO ESTUDO:** Identificar as atividades do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família no município de Cachoeiro de Itapemirim – ES, comparando o protocolo adotado pelo município e o preconizado pelo Ministério da Saúde e discutir sua atuação diante de suas atividades e da equipe.

**METODOLOGIA:** Método da pesquisa é do tipo qualitativo (observação participante, entrevistas), estruturantes e semi – estruturantes.

**RESULTADOS:** Não apresenta

**PARECER DO RELATOR:** Parecer favorável ao desenvolvimento do projeto que vem contribuir na melhoria e atendimento do processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

**PARECER CONSUBSTANCIADO:** Considero o trabalho proposto de bastante relevância. O projeto está de acordo com as normas estabelecidas pelo Conselho de Ética e Pesquisa da UVV e com que determina o CONEP, por isso sou de parecer favorável ao projeto.

  
Ângela Maria de Castro Simões  
Coordenadora do CEP - UVV

# Anexo 3

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Dados de identificação

Título do Projeto:

\_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável:

\_\_\_\_\_

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:

\_\_\_\_\_

Telefones para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - (\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

Nome do voluntário:

\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

R.G.

\_\_\_\_\_

Responsável legal (quando for o caso):

\_\_\_\_\_

R.G. Responsável legal: \_\_\_\_\_

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “\_\_\_\_\_”  
(nome do projeto), de responsabilidade do pesquisador \_\_\_\_\_ (nome).

**Especificar, a seguir, cada um dos itens abaixo, em forma de texto contínuo, usando linguagem acessível à compreensão dos interessados, independentemente de seu grau de instrução:**

- Justificativas e objetivos
- descrição detalhada dos métodos (no caso de entrevistas, explicitar se serão obtidas cópias gravadas e/ou imagens)
- desconfortos e riscos associados
- benefícios esperados (para o voluntário ou para a comunidade)
- explicar como o voluntário deve proceder para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual
- esclarecer que a participação é *voluntária* e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento
- garantir a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa

- explicitar os métodos alternativos para tratamento, quando houver
- esclarecer as formas de minimização dos riscos associados (quando for o caso)
- possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo (quando for o caso)
- nos casos de ensaios clínicos, assegurar - por parte do patrocinador, instituição, pesquisador ou promotor - o acesso ao medicamento em teste, caso se comprove sua superioridade em relação ao tratamento convencional
- valores e formas de ressarcimento de gastos inerentes à participação do voluntário no protocolo de pesquisa (transporte e alimentação), quando for o caso
- formas de indenização (reparação a danos imediatos ou tardios) e o seu responsável, quando for o caso

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, responsável legal por \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal  
do responsável por obter o consentimento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testemunha

Nome e assinatura

Testemunha

**Informações relevantes ao pesquisador responsável:**

**Res. 196/96 – item IV.2:** O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

**Res. 196/96 – item IV.3:**

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

**Casos especiais de consentimento:**

1. Pacientes menores de 16 anos – deverá ser dado por um dos pais ou, na inexistência destes, pelo parente mais próximo ou responsável legal;
2. Paciente maior de 16 e menor de 18 anos – com a assistência de um dos pais ou responsável;
3. Paciente e/ou responsável analfabeto – o presente documento deverá ser lido em voz alta para o paciente e seu responsável na presença de duas testemunhas, que firmarão também o documento;
4. Paciente deficiente mental incapaz de manifestação de vontade – suprimento necessário da manifestação de vontade por seu representante legal.