



RODOLPHO FERNANDES DE SOUZA

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO(A) E A PRODUÇÃO DO  
CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE IGUABA GRANDE/RJ.**

NITERÓI  
2011

RODOLPHO FERNANDES DE SOUZA

O TRABALHO DO ENFERMEIRO(A) E A PRODUÇÃO DO  
CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE IGUABA GRANDE/RJ.

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde para obtenção do título de Mestre pelo curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> ANA LUCIA ABRAHÃO DA SILVA

Niterói  
2011

RODOLPHO FERNANDES DE SOUZA

O TRABALHO DO ENFERMEIRO(A) E A PRODUÇÃO DO  
CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE IGUABA GRANDE/RJ.

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em  
Ciências do Cuidado em Saúde para obtenção do título de  
Mestre pelo curso de Pós-Graduação da Escola de  
Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

Aprovada em dezembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr. ANA LUCIA ABRAHÃO DA SILVA – Orientador  
UFF

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. ELISABETE PIMENTA ARAUJO PAZ  
UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>.MARILDA ANDRADE  
UFF

Niterói

2011

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 OBJETO DO ESTUDO	10
1.2 OBJETIVOS	10
1.3 LACUNA DO CONHECIMENTO	10
1.4 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	13
2.2 PERÍODO ENTRE DÉCADAS 20 E 40	16
2.3 DÉCADA DE 60	17
2.4 DÉCADAS DE 70 EM DIANTE	20
2.5 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	22
2.6 SAÚDE DA FAMÍLIA	26
2.6.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS PRINCÍPIOS NORTEADORES	27
2.6.2 ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA	30
2.7 ENFERMAGEM E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, ACOMPANHANDO A REALIDADE	31
2.8 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	34
2.9 O CUIDADO EM SAÚDE	36
3 TRAÇADOS METODOLÓGICOS	41
3.1 TIPO DE PESQUISA	41
3.2 ABORDAGEM	41
3.3 CARACATERÍSTICAS DO SUJEITO DA PESQUISA	42
3.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	42
3.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	43
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DE PESQUISA	43
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA E FONTES DE INFORMAÇÃO	43
3.6 O CAMPO DE ESTUDO	44
3.7 EXPLORAÇÃO DO CAMPO	47
3.8 ANÁLISE DOS RESULTADOS	47
4 EXPLORANDO O MATERIAL DE ANÁLISE: RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
4.1 A PRODUÇÃO DE CATEGORIAS	49

4.2 TENSÃO NO CAMPO CUIDADOR	49
4.2.1 EMPREGO DE TECNOLOGIAS NO PROCESSO DE TRABALHO	50
4.2.2 CUIDADO PAUTADO EM AÇÕES PROGRAMÁTICAS	53
4.3 PRODUÇÃO DE ESPAÇOS SINGULARES NO CUIDADO EM SAÚDE	54
5 CONCLUSÃO	58
6 OBRAS CITADAS	60
7 APÊNDICE	64
7.1 ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	64
7.2 ROTEIRO DE ENTREVISTA	65
7.3 TERMO DE CONSENTIMENTO	67
8 ANEXO	68
8.1 TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	69

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família vem sendo identificada, nos últimos anos, como política de ampliação do acesso aos serviços de saúde associada a uma nova abordagem do processo saúde-doença. Entretanto, é possível reconhecer com muita frequência o emprego de dispositivos que valorizam mais a doença do que o doente, no processo de trabalho das equipes e na prática profissional do enfermeiro(a) da Saúde da Família. Nesse sentido evidenciar a maneira com a qual vem sendo desenvolvido o processo de trabalho em saúde pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do município de Iguaba Grande/RJ e os recursos empregados na atenção à saúde por estes atores torna-se relevante para compreender o trabalho na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado neste cenário. Desse modo, trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa com objetivo de descrever a dinâmica diária do trabalho dos enfermeiros do município de Iguaba Grande/RJ na estratégia saúde da família; e identificar as estratégias de cuidado empregadas no trabalho do enfermeiro na saúde da família no município de Iguaba Grande/RJ. Para tanto os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros de saúde da família que atendem a população do município. O material foi coletado através de entrevista semi-estruturada e de diário de campo. Após coletados os dados estes foram analisados através de análise de conteúdo onde as categorias reveladas foram: tensão no campo cuidador e produção de espaços singulares no cuidado em saúde. Concluiu-se que os recursos empregados no trabalho da enfermeira (o) associam aspectos relacionais e curativos. No campo do cuidado é possível descrever com clareza a importância da utilização de recursos de singularização de atenção ao usuário buscando estratégias inovadoras que pressupõem um olhar para além da doença.

Palavras Chave: Saúde da Família; Prática Profissional, Enfermagem.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy has been identified in the last years, as the policy of expanding access to health services associated with a new approach to the disease process. However it is very often possible to recognize the employment arrangements that promote more disease than the patient in the process of team work and professional practice of the Family Health's nurses and this way highlight the method in which the process is being developed to work in health nurse at the Family Health Strategy of the Municipality of Iguaba Grande RJ and the resources used in health care by these actors becomes relevant to understand the work in the Family Health Strategy and the production of care in this setting. Therefore it is a descriptive study, qualitative approach in order to describe the dynamics of the daily work of nurses in the municipality of Iguaba Grande / RJ the family health strategy and identify the strategies employed in the care of nurses working in family health in the city of Iguaba Grande/ RJ. For this research both subjects were family health's nurses that cater to the local population. The material was collected through semi-structured interviews and diary routine place. After collected the data they were analyzed using content analysis where categories were revealed: caregiver stress area and production of natural spaces in health care. It was concluded that the resources employed in nursing work combine relational and curative aspects. In the zone of care is possible describe clearly the importance of resource utilization singling attention to patient seeking innovative strategies that requires a look beyond the disease.

Keywords: Family Health Professional Practice Nursing.

## 1 INTRODUÇÃO

Investigar o processo de trabalho do enfermeiro(a) na estratégia saúde da família é de certa forma reconhecer a experiência e a prática neste território, do autor nos municípios da Região dos Lagos do Estado do Rio de Janeiro. Uma prática crítica que possibilita trazer para este estudo alguns dos elementos constitutivos da dinâmica dos serviços na atenção básica que trabalham com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Nessa vivência, foi possível identificar que ainda existem dificuldades por parte dos profissionais de saúde de um modo amplo e dos enfermeiros em atuar na saúde da família. Muitas das vezes há uma priorização de ações centradas na doença, com pouco movimento para um trabalho centrado no usuário/família/saúde. Ou seja, há uma maior valorização dos procedimentos biológicos e medicamentosos tanto por parte do profissional como dos usuários.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), nos últimos anos ganha um espaço de destaque na atenção básica em todo o Brasil, pela ampliação do acesso e abrangência para uma parcela significativa da população. De acordo com Merhy e Franco (2003, p. 18) a ESF foi concebida pelo Ministério da Saúde em 1994 com o objetivo de proceder a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital.

O trabalho na ESF ganha significado a medida que toma por base outros critérios para a intervenção como as práticas educativas, o fortalecimento do vínculo com a comunidade,



uma maior proximidade com a família, maior articulação setorial entre outros. Ou seja, uma prática que se dirige a uma melhor qualidade de vida da população.

A ESF faz uma aposta no sentido da reorganização da prática de saúde que aborde a família, considerando o trabalho como a produção de um bem não material. Nesse sentido, a saúde pode ser entendida a partir de uma postura mais dialógica, comprometida e acolhedora.

O trabalho do enfermeiro (a) é de suma importância na ESF já que este profissional articula em seu processo de trabalho um conjunto de ações tecnológicas capaz de responder a demanda posta pela nova proposta. O cuidar em enfermagem caracteriza-se em conhecer e atender as necessidades do ser a ser cuidado, em dar oportunidade a ele de cuidar-se e de desenvolver o seu potencial. (ERMEL, E FRACOLLI, 2006, p. 534).

Pensar na enfermagem e no cuidar é uma tarefa instigante e de certa forma representa um desafio no contexto atual da conformação das práticas de saúde, no qual é necessário e fundamental se considerar a forma como a produção dessas práticas tem se efetivado, voltadas muito mais às doenças e não ao doente. Barbosa (2004, p. 11) fala que:

[...] no que tange à enfermagem, não é uma discussão nova, se faz presente em sua história, visto que o cuidar é uma das razões e sentido da enfermagem, mesmo que não seja uma ação exclusiva e predominante desta profissão. O cuidado não é apenas um privilégio ou característica da enfermagem. Contudo, a enfermagem possui vários requisitos e atributos que a distinguem, e a caracterizam por ser uma profissão de ajuda na qual o conceito de cuidado é genuíno.

Diante deste cenário, coloca-se a necessidade de evidenciar os modos pelos quais vem sendo desenvolvido o processo de trabalho em saúde pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do município de Iguaba Grande/RJ e os recursos empregados por eles na atenção à saúde.

Deste modo, identifica-se as seguintes questões norteadoras deste estudo:

- Como as estratégias para a saúde são empregadas pelo enfermeiro durante seu trabalho junto às famílias no município de Iguaba Grande/RJ?
- Quais as tecnologias estão sendo usadas pelos enfermeiros da saúde da família do município de Iguaba Grande-RJ durante o cuidado em saúde?

## 1.1 Objeto do Estudo

O processo de trabalho do enfermeiro da saúde da família do município de Iguaba Grande/RJ.

## 1.2 Objetivos

- Descrever a dinâmica diária do trabalho dos enfermeiros do município de Iguaba Grande/RJ na estratégia de saúde da família.
- Identificar as estratégias de cuidado empregadas no trabalho do enfermeiro na saúde da família no município de Iguaba Grande/RJ.

## 1.3 Lacuna do conhecimento

Ao trazer o processo de trabalho do enfermeiro na saúde da família como objeto deste estudo, busca-se ampliar o debate sobre a produção da saúde na atenção básica ao mesmo tempo em que se preenche uma lacuna na produção de conhecimento nesta área no campo da saúde e da enfermagem.

Realizamos um levantamento na base de dados Lilacs e Scielo, usando os descritores: Enfermagem, Saúde da Família e Prática Profissional com objetivo de identificar a quantidade de artigos publicados nesta área. Optamos por fazer um corte temporal de 1994, ano em que foi implantado a estratégia saúde da família, até 2010 ano em que iniciamos a pesquisa. Como resultado.

Base de Dados	Número de artigos	Resultado
Scielo	27 artigos	11 traziam como tema principal o processo de trabalho e saúde da família, mas somente 2 incluíam a enfermagem
Lilacs	29 artigos	10 tratavam do processo de trabalho e saúde da família e 4 abordavam sobre enfermagem
Conclusão	56 artigos	Apenas 6 artigos ao longo de mais de 15 anos debatem a questão do trabalho de enfermagem na saúde da família

Destacamos dos seis artigos, três estudos pela sua aproximação com o objeto da nossa pesquisa. O primeiro de autoria de Ermel e Fracolli (2006, p. 13) configura um estudo de caso sobre os processos de trabalho desenvolvido por enfermeiros em uma unidade de Saúde da Família na cidade de Marília, no Paraná. Segundo as autoras, há necessidade de mudanças no modo de atuar do enfermeiro.

O segundo artigo de Marques e Silva (2004, p. 4), analisa o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem no Programa de Saúde da Família no Município de Campinas, São Paulo. Os resultados demonstraram a amplitude do trabalho da enfermagem na saúde da família articulada com as ações de saúde pública.

O último artigo de Nascimento e Nascimento (2005, p. 24) analisa a prática de enfermagem no Programa Saúde da Família em Jequié, Bahia. Esse texto aponta para uma prática assistencial, gerencial e educativa das enfermeiras que atuam na Saúde da Família, demonstram, sobretudo um processo de trabalho criativo à medida que essas profissionais inventam medidas de aproximação com a comunidade.

De uma forma geral os artigos destacam que há mudanças na prática da enfermagem, quando esta ocorre no plano da Saúde da Família. Ações rotineiras e ao mesmo tempo inovadoras marcam o processo de trabalho nos municípios estudados. Entretanto, ainda são poucos os estudos que exploram as estratégias e as inovações no trabalho do enfermeiro(a) e a produção do cuidado na estratégia saúde da família.

Diante disso, surge a necessidade de analisar como vem sendo desenvolvido o processo de trabalho do enfermeiro da ESF do município de Iguaba Grande e quais as estratégias de cuidar os enfermeiros empregam junto a população assistida.

#### 1.4 -Contribuição do Estudo

Pretende-se com este estudo contribuir para o debate na área de processo de trabalho em enfermagem, a partir do processo de trabalho dos enfermeiros (as) que operam nas unidades de ESF de Iguaba Grande, pois ao mesmo tempo em que se descobre uma prática também possibilita a recriação de uma nova forma de atuar na saúde da família.

Uma segunda contribuição do estudo está relacionada aos sujeitos da pesquisa. Após a conclusão deste trabalho pretende-se apresenta-lo à coordenação da ESF do município e os enfermeiros das unidades de saúde da família, promovendo um possível debate sobre o modo de fazer saúde na ESF, as diretrizes do programa a serem alcançadas em Iguaba Grande, seus pontos fortes e pontos fracos que precisam ser repensados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Atenção Primária em Saúde

As maiorias dos estudos sobre saúde pública consideram o objetivo das práticas sanitárias como uma historicidade. Portanto, para melhor entender sobre esse assunto é preciso inicia-lo a partir dos meios de realização dessas práticas sanitárias. Nesse sentido Merhy (1985, p. 47) relata que a história da saúde pública no Brasil sempre esteve atrelada aos interesses dos grupos dominantes durante décadas (MERHY, 1985, p. 47). Entretanto, as modificações ocorridas ao longo do século XX estiveram ligadas a própria reconfiguração dos grupos oligárquicos, à luta dos trabalhadores e, sobretudo, na questão da saúde como conquista no quadro geral dos direito de cidadania.

Segundo o autor, a trajetória da saúde pública teve alguns momentos estruturais bem demarcados durante o transcurso do século XX, dividindo-se basicamente em quatro momentos que, cronologicamente, iniciam-se: 1) no começo do século XX; 2) entre as décadas de 20 a 40; 3) a década de 60; 4) da década de 70 em diante.

No início do século XX o país era extremamente regionalizado e, portanto, político e territorialmente fragmentado, herança de uma colonização baseada no sistema de Capitânicas Hereditárias centrado na lógica do domínio de poucos sobre vastos territórios e recursos. A dominação exercida pelas oligarquias estaduais lhes garantia o controle sobre as regiões em todos os aspectos. Não existia, assim, uma articulação no nível nacional que pudesse garantir

políticas sociais efetivas, pois a própria idéia de política social era ainda muito vaga. O país começava a viver a experiência de formação de um Estado republicano e as políticas sociais eram diferentes em forma e conteúdo conforme a região do país, vinculadas predominantemente à agroexportação.

Neste contexto, às cidades de São Paulo e Rio de Janeiro elaboram estratégias de atuação no campo da saúde onde “a política de saúde se confundiu com a atuação no campo da saúde pública e se expressou através de alguns ‘personagens’ estratégicos como Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro e Emílio Ribas, em São Paulo” (ibid, p. 202). O modelo administrativo vigente estava baseado num plano assistencial público, a partir dos gastos públicos orçamentários, situados em grande parte no âmbito estadual, com algumas no nível municipal, tendo na Campanha e na Polícia Sanitária seus meios principais de efetivação. (ibid, p. 203) A noção moderna de “público” enquanto bens e serviços socialmente necessários e garantidos por direito não estava formada nas instituições nacionais. No Rio de Janeiro, por exemplo, a atuação do Estado no campo da saúde pública acontecia em comum acordo com o plano de reformas urbanas que atingiram de modo violento as condições de vida das camadas populares, desencadeando fortes reações populares no período. Naquele momento a população carioca sofria com a falta de um sistema eficiente de saneamento básico. Este fato desencadeava constantes epidemias, entre elas, febre amarela, peste bubônica e varíola. A população de baixa renda, que morava em habitações precárias, era a principal vítima deste contexto.

Pensando em conter a epidemia a campanha de vacinação obrigatória foi colocada em prática em novembro de 1904. Embora seu objetivo fosse positivo ela foi aplicada de forma autoritária e violenta. De acordo com Bertoli, (2005, p. 34) em alguns casos, os agentes sanitários invadiam as casas e vacinavam as pessoas à força, provocando revolta nas pessoas. Essa recusa em ser vacinado acontecia, pois grande parte das pessoas não conhecia o que era uma vacina e tinham medo de seus efeitos.

Bertoli (2005, p. 35) afirma que a revolta popular aumentava a cada dia, as manifestações populares e conflitos espalham-se pelas ruas da capital brasileira. Populares destroem bondes, apedrejam prédios públicos e espalham a desordem pela cidade.

Nunca se viu nada igual nas ruas do Rio. A população, que como arma contava apenas com paus e pedras, enfrentou com coragem a força policial, esta sim, armada de espingardas e revólveres. Tudo começou com o anúncio da vacinação obrigatória contra a varíola, imposta por Oswaldo Cruz, com o aval do prefeito Pereira Passos e aprovação do Congresso. No ano passado, Cruz inventou um exército de mata-mosquitos. Este ano, criou uma tropa armada com seringas. As ordens são as

mesmas: invadir as residências e aplicar injeção a qualquer preço, sem perguntar se o morador concorda ou não em ser picado pelas agulhas. Enquanto as autoridades discutem a população, desgostosa com o governo desde que ficou desabrigada com o bota-abaixo, parte para a ação. Bondes, postes de iluminação e até colchões e móveis tirados de dentro das casas servem para montar barricadas. No fim, a força das armas, apoiada pelo decreto do estado de sítio, falou mais alto. A vacinação foi feita e, pelo que mostram as estatísticas, a varíola realmente tende a desaparecer na Capital da República. Porém, o preço da conquista sanitária foi alto: 30 mortos, 110 feridos, 945 presos, 454 homens enfiados em sujos porões de navios e mandados para o Acre, e 7 estrangeiros extraditados (MARQUES E SILVA, 2004, p. 23).

A justaposição dos discursos médico-higienista e jurídico-político produziram um consenso aos olhos das oligarquias de que as classes trabalhadoras habitavam berços do vício, do crime e das epidemias. Nesse momento, marcado pelo fim do Império e início da República, a questão da saúde pública era associada ao problema urbano, havendo uma compreensão de que epidemias e problemas mais gerais da saúde das classes populares eram causados pelas características individuais dos habitantes das cidades, visto ter o pobre sido culpado por sua pobreza e, por conseguinte, pelas suas precárias condições de vida (MARQUES E SILVA, 2004, p.24). Percebe-se que a saúde era interpretada como um atributo do indivíduo, sem que se percebessem seus determinantes sociais. Nesse despertar do século XX, a instrumentalização das “ações de saúde, tinha como paradigmas científicos principais a bacteriologia e a engenharia sanitária e, secundariamente, a medicina clínica, entendida como muito limitada e pouco eficaz, pois só interferia ao nível curativo do indivíduo doente” (Merhy, 2003, p. 203).

Os formuladores da política de saúde eram funcionários do Estado oligárquico, portanto, limitavam-se aos interesses e recursos concedidos por essas forças políticas que, a partir do seu interior, pensavam a atuação do Estado no campo da saúde pública. Contraditoriamente, entendiam como questões de saúde os problemas visivelmente coletivos (doenças pestilenciais) que estavam mais estreitamente ligados ao processo agroexportador e ao seu projeto de sociedade ou a legitimação dos interesses vinculados aos grupos oligárquicos. A política de saúde tinha expressão regional e era reflexo da perspectiva que os grupos oligárquicos adotavam para as questões sociais (idid).

Apesar das políticas estarem atreladas intimamente ao meio urbano, alguns atores evidenciaram o meio rural através de denúncias de abandono do Estado em relação a políticas de saúde para as áreas mais longínquas do país. Vejamos algumas das medidas adotadas para englobar na política de saúde pública o meio rural:

Jornais e revistas do Rio de Janeiro, São Paulo e do interior do Brasil dedicaram-se, a partir da segunda metade da década de 1910, a defender ou combater a centralidade das moléstias rurais como pauta das discussões sobre a nacionalidade. Foi neste caminho que a imagem do Brasil-hospital – expressão cunhada por Miguel Pereira se referindo a gravidade da doença de Chagas como problema nacional – se tornou um dos mais fortes símbolos das críticas a ordem social e a política da República brasileira, tendo dado origem a campanha pelo saneamento rural por meio da criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil em 1918, e constituído a principal bandeira das políticas públicas de saúde nas décadas subseqüentes, a começar pela implantação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920 (Sá, 2009, p. 336).

## 2.2 Período entre décadas 20 e 40

O segundo momento apontado por Merhy na caracterização da saúde pública, período transcorrido entre os anos 20 e 40, inicia-se com a constatação da crise social e política da década de 20, o que gerou um reordenamento da relação Estado/Classe, através da quebra da legitimidade do Estado oligárquico e do predomínio da oligarquia paulista cafeeira no cenário político econômico. A crise provocou uma mudança de atitude do Estado em meio a este conflito social, que passou a constituir novas relações com os agrupamentos sociais (principalmente os urbanos), na tentativa de realizar reformas que produziram novas políticas sociais, como as Caixas de Aposentadoria e Pensão, a partir de 1923 (Merhy, 2003, p. 204).

Neste momento, a política de saúde é pensada para solucionar novos problemas da saúde pública de segmentos até então diluídos nos interesses do Estado oligárquico. Conforme constata o autor, é dada atenção a saúde das crianças, dos trabalhadores entre outros segmentos, tendo como alicerce científico a Higiene e a Educação Sanitária.

Embora a Liga de Saneamento trouxesse em seu interior posições como a dos eugenistas, que chegaram a assumir a direção dos serviços nacionais de saúde pública no começo dos anos 30, como foi o caso de Belisário Pena, estas posições não chegaram a se constituir como uma proposta muito bem articulada ou formulada para além dos seus princípios gerais. De certa forma, a Liga funcionou como um importante instrumento para a integração nacional em relação ao excessivo urbanismo da política de saúde da oligarquia e seu regionalismo. Foi a corrente médico-sanitária, contudo, que ganhou o maior repercussão neste processo de crise do modelo anterior. Esta perspectiva marcadamente tecnológica e assistencial formou-se através da influência das escolas americanas de saúde pública, tais como a Fundação Rockefeller e a Johns Hopkins University (ibid, p. 205).



A noção de que o processo saúde-doença era um fenômeno coletivo de saúde e, por isso, uma questão de saúde pública, ficava mais evidenciado nesta corrente. Contudo, mantivera-se a noção de que esse processo era determinado pelas questões próprias das pessoas, dos indivíduos.

O conceito de “consciência sanitária”, formulado no período, servia para expressar esta idéia, que passava pela noção de que o meio insalubre atingiria os indivíduos. Sendo, portanto, no campo da higiene do meio e do indivíduo, bem como no processo educacional, onde se daria a “produção das consciências”, e essa eram as bases científicas para a atuação no setor. (ibid, p. 206)

Desse modo, a medicina e a saúde pública eram entendidas como campos distintos: a primeira para curar, e a segunda para prevenir e promover. A medicina seria o lugar do exercício da clínica, da patologia e da terapêutica, enquanto que a saúde pública se ocuparia da higiene, da educação sanitária e da organização administrativa dos serviços.

O modelo tecno-assistencial presente no interior da corrente médico-sanitária estava centrado na “construção de serviços permanentes de saúde pública: os centros de saúde e os postos, de modo regionalizado, de caráter público e comandados por especialistas – os sanitaristas” (ibid, p. 207).

### 2.3 Década de 60

Entre os anos 30 e 37 ocorreu uma maior incorporação das questões sociais no nível da previdência social, o que viabilizou a construção de serviços médicos previdenciários, abrindo as ações de saúde para outros setores socialmente significativos. Além disso, consolidaram-se os serviços verticais permanentes especializados como base tecno-assistencial para os serviços de saúde pública.

Na década de 40 houve a implementação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Sua atuação se baseou na criação de postos permanentes, centros de saúde e postos rurais regionalizados e hierarquizados, afim de que se formasse uma rede básica de serviços de saúde pública somada às ações do Serviço Nacional de Combate à Malária, foco de um grupo de sanitaristas inovadores, [que] tiveram grande importância na criação, em 1953, do Ministério da Saúde (ibid, p. 209).

Entre as décadas de 50 e 60 ocorreu uma intensa disputa que trouxe para o debate muitas outras questões e projetos divididas em duas grandes linhas dentro da matriz médico-sanitária: uma que julgava necessário investir cada vez mais em serviços de saúde para melhorar os índices de saúde da população, e outra que via a necessidade de investir em melhoria das condições gerais de vida a fim de alterar as situações que determinariam a qualidade da saúde, resultando em uma melhora do perfil de saúde dos vários grupos sociais como consequência.

Contudo, o autor ressalta que a década de 60 foi um período onde as fragilidades do modelo foram expostas, de forma que foi preciso repensar o processo e os caminhos a serem seguidos. Sobretudo pelo fato de ter se esgotado o modelo de desenvolvimento econômico e político onde estavam baseados os avanços no campo da saúde.

Chegou-se a conclusão no período de que a doença e a miséria não seriam controladas com maiores gastos somente nos serviços de saúde, mas com o desenvolvimento econômico que levasse a maior independência da sociedade e dos trabalhadores. Em vez de gastos maiores em serviços, deveria se buscar um outro padrão tecnológico próprio das ações de saúde, de maneira mais racionalizada, com menos custos, com integração dos vários campos de atuação e sem comércio no setor, visto que a dicotomia institucional entre assistência médica e saúde pública provocara desde o final de 40 uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a “mercantilização” da assistência médica.

A tentativa de ruptura com essa dicotomia se baseou na estratégia que visava subordinar a assistência médica à lógica da saúde pública, de maneira que na realização da 3ª Conferencia Nacional de Saúde, em 1963, expôs-se uma proposta no interior do Plano Nacional de Saúde do Ministério da Saúde cujo lema era “municipalização dos serviços de saúde” (ibid, p.211).

No entanto, com o Golpe de 64 a proposta é derrotada, e a reordenação da relação entre Estado e as classes, abriu um outro capítulo que vingou na estruturação de um modelo centrado na assistência médica, comercializada, que passava pelo setor previdenciário, tendo a saúde pública como braço auxiliar (ibid, p. 213).

Após a implantação do regime político autoritário o Brasil passou por um intenso processo de transformação onde o modelo agroexportador teve sua importância bastante minimizada e a economia passou a ser predominantemente baseada no modelo urbano-industrial. Isso, no entanto, não foi sinônimo de melhorias nas condições de vidas das classes trabalhadoras, as desigualdades sociais marcantes e ficavam bem evidentes perante o

desenvolvimento econômico, havendo uma grande concentração da pobreza, sobretudo nas periferias das grandes cidades e no interior das áreas rurais. A ordenação entre o Estado capitalista brasileiro e o conjunto das classes sociais caminhou no sentido da consolidação do desenvolvimento capitalista.

Com a crise do “milagre econômico” e com a redemocratização do país, as políticas sociais tiveram um marco relevante para se pensar em mudanças que sairiam de um padrão discriminatório e buscariam um maior grau de “universalização”.

O forte engajamento dos movimentos sociais impulsionou estas mudanças, articuladas em torno da luta pela democratização do país e na centralidade assumida pela Assembléia Nacional Constituinte, em 1977 e 78. A construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social (Fleury, 2009, p. 744).

Pela primeira vez, de modo explícito – e como produto da análise crítica dos modelos anteriores e das políticas até então instaladas – apareceu a discussão uma discussão sobre o modelo tecno-assistencial baseado na integração das ações coletivas e individuais de saúde, cujo ponto de apoio seriam os serviços permanentes, “planejadamente” elaborados (Merhy, 2003, p. 212).

Mas o posicionamento dos críticos em relação a um novo modelo de políticas sociais não foi unânime. Para o autor, os críticos se posicionaram em três diferentes maneiras, onde geraram perspectivas tecnológicas e assistenciais diferentes para o setor saúde. As posições mais conservadoras lutavam pela privatização total das ações médicas, e admitiam uma ação do Estado no campo da saúde pública. Outro conjunto de posições eram as reformadoras, que preconizavam uma luta contra a “irracionalidade e a inadequação” do modelo, em termos de gastos e benefícios, e em termos de não-respostas às necessidades existentes. E, por último, as posições transformadoras, que viam a necessidade de reformulação total do setor para que se pudesse, através da democratização tecno-gerencial e da penetrabilidade do estado pela sociedade civil, buscar um outro modelo tecno-assistencial, porém único e universalizante (ibid, p. 214).

A frente mais conservadora se posicionava na organização dos serviços de saúde em defesa de uma lógica de mercado, tendo pouco posicionamento em relação à organização assistencial ou tecnológica da rede básica. Para os conservadores o Estado não deveria de maneira nenhuma intervir na política social, que deveria ser regulada pelo as regras do

mercado. A intervenção estatal só se justificaria, segundo essa perspectiva, para cuidar dos que ficavam de fora do sistema, os ditos “socialmente incapacitados”, aqueles incapacitados de se integrarem em uma sociedade de mercado, ou, ainda, no caso das questões que não interessavam ao produtor privado e nem ao seu modelo tecno-assistencial.

Já as posições reformadoras tiveram no seu interior posicionamentos diversos onde dois deles são mais significativos: um preconizou a constituição de uma rede básica, mas mantendo a dicotomia assistência médica e saúde pública, e a outra que visualizava uma rede básica como “porta de entrada” do conjunto dos serviços de saúde (ibid, p. 218). Na concepção do autor, este modelo é um híbrido interessante, já que se propunha organizar, administrativa e programaticamente, por critérios organizacionais adotados pelas ações coletivas, com uma abordagem tecnológica marcada pela ótica médica, mas sob uma leitura epidemiológica.

A outra posição indicada por Merhy, a de cunho transformador, propunha uma rede básica mais complexa, uma rede básica que teria de ser não só a porta de entrada de um sistema de saúde de qualidade e de acesso universalizado, mas o lugar essencial para realização da integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse o espaço de diálogo entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança num sentido muito mais amplo, sentido das práticas.

#### 2.4 Década de 70 em diante

É, então, a partir do fim da década de 70 e início da década de 80 que a atenção básica é ampla e efetivamente implantada no país. O Estado investe na expansão de equipamentos de saúde em uma época pródiga em gastos na área, principalmente pela assistência centrada nos hospitais (Marques e Silva, 2004, p. 18).

A rede básica, na concepção das principais correntes envolvidas com a Reforma sanitária brasileira, é formulada enquanto eixo que procura ser um lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionem o sentido de todo o processo de produção de serviços e de suas finalidades, redefinindo o lugar dos outros, visando uma mudança de direção de um sistema hospitalocêntrico para um redebasicocêntrico (Merhy, 2003, p. 198).

As questões tecnológicas e assistenciais, no entanto, deviam ser entendidas no contexto dos padrões das políticas sociais, na capacidade que o Estado, dentro de seus arranjos institucionais, de dar respostas as demandas. Para o autor, esses quatro momentos históricos acabaram por viabilizar quatro contextos de constituição das políticas de saúde nos quais se criou as possibilidades de suas próprias superações.

Mas na primeira metade da década de 90, surgiram programas governamentais que buscaram modificar a forma de fazer atenção básica no país. Foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) que consolidaram as estratégias reorganizadoras do sistema de saúde nacional, aprovado na constituição de 1988 e editado nas Leis Orgânicas da Saúde (Marques e Silva, 2004, p. 4).

Assim, é possível entender que o aparecimento da proposta da rede básica, como “elemento cada vez mais estratégico, esteja respondendo a um longo processo social que expressa as reordenações da relação entre o Estado e as classes sociais, através das políticas sociais em geral e da saúde, em particular” (Merhy, 2003, p. 225).

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 o conceito de saúde é ampliado significativamente e, em seu texto, afirma:

Em seu sentido mais abrangente a saúde é resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, emprego, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 7).

Isso permite analisar como uma estratégia, uma ação ou um serviço de saúde pode propiciar medidas que auxiliem na obtenção/manutenção da saúde de forma ampliada a população. Considerando-se as conquistas do Movimento Sanitário Brasileiro, que teve grande influência na construção da Constituição de 1988, e que através de seu artigo 196 dispõe sobre saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garante que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. Mas, apesar de possuir uma constituição bastante democrática, no que diz respeito aos direitos individuais e coletivos, o país possui disparidades sociais e econômicas que cerceiam os direitos conquistados.

## 2.5 Atenção Básica em Saúde

No Brasil, a organização da Atenção Básica se deu de forma diferenciada, ficando conhecida como o “modelo brasileiro” de Atenção Primária. Segundo Sampaio e Lima (2002, p. 3), a estratégia brasileira para a reforma da Atenção Básica teve particularidades, tais como a busca da universalidade do acesso, a composição das equipes, a descentralização da gestão e a política de incentivo do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado.

Atenção Básica, portanto, é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado (tratamento e reabilitação) desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas, e sanitárias, pautadas numa abordagem transdisciplinar, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde das populações (de maior frequência e relevância), sendo seu contato preferencial com o sistema de saúde orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 14).

Assim, de acordo com Starfield (2002, p. 43), a Atenção Básica pode ser entendida como um nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção para a pessoa, não direcionada para a doença, integrando a atenção fornecida em algum outro lugar. Ainda de acordo com a mesma autora, existem diferentes formas de visualização da Atenção Básica, como um conjunto de atividades, um nível de atenção à saúde, uma estratégia para organizar a atenção à saúde e uma filosofia que permeia a atenção à saúde.

Desse modo, pensando a atenção básica como uma prática social podemos articular ao que Foucault (2008, p. 87) resgata no nascimento da medicina social a partir da socialização que o capitalismo traz ao corpo como força de produção e de trabalho, fato este iria se consolidar por meio da medicina. A medicina, como estratégia biopolítica, tomaria, daí por diante, o espaço da sociedade como seu objeto de trabalho. A medicina social estuda a

dinâmica do processo saúde/doença, a relação com a estrutura de atenção médica e com a sociedade, visando à obtenção de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar.

Em se tratando do modelo de saúde pública esta também emerge com o capitalismo. Neste modelo, a doença é vista como fenômeno coletivo e a epidemiologia destacada como um dos saberes fundamentais. Este modelo tenta dar respostas às mortes por epidemias que assolavam vários países da Europa Ocidental, durante os séculos VII, VIII até o século XIX. Os principais instrumentos utilizados para este modelo foram o saneamento, a higiene social, a quarentena, as estatísticas de mortalidade, entre outros (ALMEIDA E ROCHA, 1997, p. 41).

Já no século XX, com o relatório Flexner separa-se o que é coletivo do que é individual e surgem as Escolas de Saúde Pública nos Estados Unidos que propõem a criação de departamentos de medicina preventiva com responsabilidade de difundir os conteúdos de epidemiologia, incorporando inclusive os preceitos de LEAVELL E CLARCK de níveis de prevenção primária, secundária e terciária (PAIM, 2000, p. 13).

O movimento de ações preventivas às populações se expandiu e na década de 60 nos Estados Unidos a partir das reivindicações sociais. Tais ações deram origem ao movimento de Saúde Comunitária, com implantação de centros comunitários públicos de saúde centrado no discurso da medicina preventiva (ibid, p. 14).

Com a saúde comunitária integra-se saberes da psicologia, antropologia, sociologia, entre outros conhecimentos, o que impõe a presença de outros profissionais na composição das equipes na comunidade e a enfermagem passa a ocupar mais espaço. Ou seja, a enfermagem como contribuinte de uma parcela do trabalho em saúde participa do processo de produção dos serviços de saúde em nível coletivo e é nesse momento que Almeida e Rocha (1997, p. 12) afirmam que:

[...] o processo de trabalho em enfermagem ganha mais autonomia e não se vê mais subordinado ao processo de trabalho médico, como o modelo clínico impunha, mas sim ao processo de trabalho em saúde coletiva.

Neste processo de trabalho a enfermagem de Saúde Pública ou Enfermagem Comunitária integra em suas atividades os conceitos e métodos das ciências que compõem o quadro da saúde pública, utilizando-se da epidemiologia para diagnosticar as necessidades de saúde da população e identificar grupos e/ou conjunto de indivíduos que compartilhem das

mesmas necessidades de saúde. Desta forma, a enfermagem acompanha as terminologias e propostas de modelos de saúde referenciados nos marcos conceituais que a medicina preventiva, a tradicional saúde pública e a medicina integral que utilizam os pressupostos de LEAVEL E CLARCK, da atenção primária de saúde (LIMA, 2004, p. 23).

Em 1977, no Brasil a Organização Panamericana de Saúde e o Ministério da Saúde, publicam o que ficou conhecido como Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade. Neste manual, os instrumentos de enfermagem são definidos de forma a orientar a qualidade das ações, prioritariamente desenvolvidas em áreas rurais: proteção materno-infantil, nutrição e vigilância epidemiológica (ALMEIDA, 1991, p.18).

O documento, contendo 12 itens, conforme Almeida (1991, p. 18) indicava as seguintes direções para a enfermagem:

- 1) A enfermagem identifica os grupos de alto risco na comunidade, assegurando-lhes atenção prioritária;
- 2) Toma medidas para que o cliente e/ou comunidade participem na identificação de suas necessidades de saúde e no desenvolvimento de programas, visando atendê-los;
- 3) Presta assistência primária, especialmente às populações desprovidas de serviços de saúde, com a participação da comunidade;
- 4) Participa do processo de vigilância epidemiológica, informação, decisão, ação, no desenvolvimento das suas atividades em todos os níveis de atuação, para o atendimento ao indivíduo, à família e à comunidade;
- 5) Participa no processo de planejamento de saúde, em todas as suas fases e níveis;
- 6) Planeja a assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, visando a assegurar a satisfação das necessidades identificadas, com base no plano geral de saúde;
- 7) A enfermagem, atendendo às necessidades dos clientes os encaminha a outros serviços com informações indispensáveis à continuidade da atenção à saúde;
- 8) A administração de enfermagem estabelece suas Normas e Procedimentos, em consonância com os programas de saúde;
- 9) Prover de supervisão programada todos os níveis, de acordo com as necessidades do pessoal, dos serviços e da comunidade;



10) A administração de enfermagem distribui por escrito as tarefas a serem realizadas nos serviços, considerando o grau de complexidade das mesmas e a qualificação do pessoal;

11) Organiza e mantém programas de educação em serviços para o desenvolvimento do seu pessoal, em todos os níveis, baseados nas reais necessidades de saúde da comunidade;

12) Avalia, periódica e sistematicamente, os resultados dos serviços prestados, com base nos objetivos e metas.

Desse modo fica estabelecida para a enfermagem uma participação desde o processo de planejamento da assistência ao indivíduo, à família e à comunidade identificando suas necessidades, bem como no desenvolvimento dos programas em saúde, voltados à população.

Assim nesse espaço de atenção à saúde pública, Paim (2000, p. 32) afirma que a atuação da enfermagem refere-se à realização de atividades como: atenção à saúde da mulher e da criança, controle das doenças transmissíveis, saneamento ambiental, manutenção de sistemas de informação, educação em saúde, ou seja, ações programáticas baseados em grupos de riscos populacionais para uma assistência com baixo grau de complexidade.

No entanto foi em 1978 com a Declaração de Alma Ata, aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e após, em 1979 que a Atenção Primária em Saúde (APS) passa a ser vista como principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos (ABRAHÃO, 2007, p. 2).

Nesse sentido faz-se necessário definir o que seja Atenção Primária em Saúde. De acordo com Abrahão (2007, p. 1) entende-se hoje como um conjunto integrado de ações preveníveis de doenças, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde que no Brasil revela-se inicialmente com o Programa de Ações Integradas em Saúde (AIS) em 1982, evoluindo para o Sistema Descentralizado (SUDS) até a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) com a estratégia de universalização da saúde.

Nesse contexto em 1994 é apresentado o Programa da Saúde da Família (PSF) como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da Atenção Básica, teoricamente uma estratégia em conformidade com os princípios básicos do SUS. Em se tratando de enfermagem, nesse ponto emerge o que se quer do processo de trabalho do enfermeiro de saúde da família. Na realidade o desafio é que realmente atenda aos preceitos do SUS superando o modelo hegemônico biomédico de atenção à saúde.

Esta nova proposta da saúde coloca para a enfermagem novos desafios com relação à organização do processo de trabalho. Se o trabalho de enfermagem era desenvolvido isoladamente como nos serviços de tuberculose, hanseníase, tracoma, puericultura, entre outros (VILLA et al, 1997, p. 13) agora passa a envolver práticas cujo objeto se constitui nas necessidades de saúde, com utilização de distintos instrumentos de trabalho, diversos saberes, disciplinas e tecnologias materiais e não-materiais.

Assim, Ermel e Fracoli (2006, p. 535) reiteram que o trabalho da enfermagem nesta nova lógica incorpora um conjunto de atividades dirigidas e sistematizadas a grupos populacionais de crianças, gestantes e adultos, de acordo com critérios de risco. Neste novo modelo tecnológico de saúde coube ao enfermeiro organizar racionalmente as atividades parcelares deste trabalho coletivo complexo, assumir a coordenação, supervisão e o controle em todas as áreas de atendimento, intermediando as relações entre os vários agentes, bem como entre os vários setores.

## 2.6 Saúde da Família

Até o ano de 1983 o processo de trabalho na atenção básica segue o modelo tecnológico em saúde, baseado na Programação em Saúde, onde de acordo com Nascimento e Nascimento (2005, p. 334) são ações organizadas tendo como aportes a tecnologia, a epidemiologia e a clínica, através de um conjunto de ações básicas dirigidas a grupos populacionais com base em ações programadas. Nesse momento tal modelo de atuação já vai sendo gradativamente substituído em decorrência dos novos direcionamentos apresentados para a saúde pública.

Nesse sentido e em oposição à lógica programática das ações na atenção básica, se espera que o enfermeiro repense o processo de trabalho em saúde tomando como referência a organização das práticas de modo a atender às necessidades de saúde da população (LIMA, 2004, p. 7).

Portanto caberia a enfermagem agir baseado nas reais necessidades de saúde da população ampliando a cobertura de ações de saúde, e enfrentar a crise do modelo assistencial concentrador. Em 1991, atuando numa similar proposta de trabalho o Ministério da Saúde tem a primeira iniciativa para implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

que, posteriormente, em 1994, avança para o Programa Saúde da Família (LIMA, 2004, p. 9), embora ainda existam hoje no Brasil municípios onde há somente o PACS e acabam sendo considerados um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

Dessa maneira, através da ESF o principal objetivo do Ministério da Saúde foi reorganizar a prática de atenção à Saúde em novas bases, com intuito de substituir o modelo tradicional. A prestação da assistência será qualificada e deverá estar baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde, ou seja, uma assistência universal, integral, equânime, contínua e, sobretudo, com alta resolutividade, levando em conta a realidade local, por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência, com a manutenção de um sistema de referência e contra-referência a partir de uma interação eficiente entre os vários níveis de atenção, por meio de um fluxo contínuo setorial (NASCIMENTO E NASCIMENTO, 2005, P. 335).

A ESF difere da concepção tradicional das demais propostas do Ministério da Saúde para a Atenção Básica, pois não se propõe a intervir de forma pontual, vertical ou paralela às atividades de rotina do serviço de saúde, uma vez que objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, para intervir de maneira articulada e contínua e com a criação de compromisso e responsabilidade entre os serviços de Saúde e a população.

Portanto, a atenção primária à saúde permite à enfermagem avançar na proximidade com o usuário e a comunidade, permitindo entender o homem inserido em um contexto histórico e social e assim atuar na saúde de acordo com as necessidades reais e locais da população não se limitando apenas aos 12 itens propostos pela OPAS em 1977.

### 2.6.1 A Estratégia Saúde da Família e seus princípios Norteadores

Segundo o Brasil (2006, p. 14), incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS – universalização, integralidade, equidade e participação social – o trabalho na Estratégia Saúde da Família é desenvolvido com base nos seguintes princípios norteadores:

1. Caráter substitutivo: a ESF não propõe a criação de novas estruturas, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço. Implantá-la significa substituir as

práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a prevenção, com a promoção da qualidade de vida da população e com a resolubilidade da assistência. Franco e Merhy (2003, p. 34) reforçam que este princípio se caracteriza pela substituição às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde.

2. Integralidade e Intersetorialidade: a Unidade de Saúde da Família está inserida no âmbito da atenção básica, configurando-se como o primeiro contato da população com o sistema de saúde do município. Espera-se que o resultado do trabalho da equipe, com seus saberes e práticas, possa identificar e responder às necessidades de saúde, captadas em sua expressão individual. As unidades devem, ainda, estar vinculadas a rede de serviços, de modo que sejam asseguradas a referência e contra referência para os demais níveis de complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir. Compreendendo a integralidade no seu sentido mais amplo, para além da garantia de assistência em outros níveis de atenção, a coordenação municipal e as equipes devem buscar junto a outros setores sociais a complementaridade necessária as suas ações e práticas, visando atender aos requisitos essenciais da promoção da saúde e prevenção de doenças.

3. Territorialização: o trabalho organiza-se localmente com base nas informações epidemiológicas e sociais da população, disponíveis no município. A equipe implantada nessa lógica trabalha com definição da área de abrangência e população adscrita (podendo variar de 2400 a 4500 pessoas), realizando o cadastramento das famílias, o acompanhamento das situações de saúde, da exposição a agravos e das condições ambientais, desenvolvendo ações programáticas. No espaço de atuação das equipes, a definição de micro áreas para o acompanhamento das condições de vida e de saúde das famílias permite identificar as eventuais desigualdades existentes no seu espaço de atuação, oferecendo, desta maneira, uma atenção diferenciada aos grupos e famílias mais vulneráveis.

O Ministério da Saúde, em 2007, acrescenta que a territorialização não deve ser entendida somente como a divisão geográfica das equipes. A escolha das áreas, quase sempre, é orientada prioritariamente à existência de riscos sociais e ambientais e a organização do trabalho leva em conta o perfil de cada localidade, tendo-se em conta as características demográficas como sexo, faixa etária, moradia e distribuição espacial; as principais doenças e agravos diagnosticados e as condições que influenciam esses problemas. Para tanto, é

realizado um levantamento de informações a partir do cadastramento de cada família e seus componentes.

4. Equipe multiprofissional: a equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A partir de dezembro de 2000, com a criação do incentivo financeiro para inserção de uma equipe de Saúde Bucal para cada duas equipes de Saúde da Família, observou-se um crescimento progressivo desses profissionais trabalhando na estratégia. Desta forma, quando ampliada, a equipe de saúde da família contará com um dentista e um auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2006, p. 21). Outros profissionais - a exemplo de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas poderão ser incorporados formando equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Em 2008, foi introduzido no Brasil o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de aumentar resolutividade no nível primário e implementar a troca de experiências das equipes básicas de SF com outras categorias profissionais (BRASIL, 2008, p. 25).

5. Responsabilização e vínculo: as equipes assumem como sua responsabilidade contribuir para melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência. Para isto devem desenvolver esforços para oferecer atenção humanizada, valorizando a dimensão subjetiva e social nas suas práticas, favorecendo a construção de redes cooperativas e da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais.

6. Estímulo à participação da comunidade e ao controle social: a gestão local deve favorecer e estimular a criação e utilização dos canais de participação social para o planejamento e controle das ações previstas na estratégia. A equipe, por sua vez, deve ser indutora na promoção e participação das organizações sociais e seus membros no planejamento, na gestão e na avaliação da saúde local e desenvolver projetos conjuntos para a melhoria da qualidade de vida da população.

Assim, pautado nesses princípios é importante ao profissional identificar as necessidades sociais de saúde da população da área adstrita, além de intervir sobre o processo de saúde-doença dos indivíduos coletivos. Analisando, tais princípios, estes se apresentam como altamente normativos, pois descreve objetivos e metas num cenário altamente influenciado por uma prática curativista embora por outro lado mostre possibilidades inovadoras para a viabilização do SUS.

### 2.6.2 Atribuições das Equipes Básicas de Saúde da Família

O trabalho na ESF, a partir da proposta do Ministério da Saúde, deve ser em equipe, portanto a cada componente da equipe são estabelecidas atribuições individuais ou coletivas. O trabalho das equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2001, p. 23).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de duas mil e quatrocentas a quatro mil e quinhentas pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2001, p. 18).

As atividades deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento mensal dos indicadores de saúde de cada área de atuação, pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Assim, de acordo com o Brasil (1997, p. 11), as equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas detectados;

- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados;

A base de atuação das equipes são as unidades básicas de saúde, incluindo as atividades de visita domiciliar - com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento dos ACS em microáreas, selecionadas no território de responsabilidade das unidades de SF, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção (BRASIL, 1997, p. 21).

Assim o trabalho deve funcionar através de boa comunicação entre os membros da equipe sendo importante a reunião periódica para neste momento utilizar um planejamento das ações dentro da unidade, seja para capacitação dos agentes comunitários de saúde ou algumas discussões de casos clínicos.

De acordo com Franco e Merhy (2003, p. 349) inserido nesta equipe multiprofissional, o enfermeiro, usa todo o seu arsenal tecnológico, o conhecimento para assistência, na resolução dos problemas dos usuários. Este profissional acolhe, garante a retaguarda do atendimento do auxiliar de enfermagem e se utiliza de protocolos para orientá-lo na prescrição de exames, medicamentos o que aumenta a resolutividade do profissional. Além disso, o seu trabalho é notadamente realizado com maior autonomia, entendida nesse caso como a condição que o profissional tem de decidir sobre o seu trabalho, como o exercício pleno do seu fazer no momento do processo assistencial.

## 2.7 Enfermagem e ESF acompanhando a realidade.

Conforme já comentado a partir da ESF o Ministério da Saúde pretende priorizar a atenção básica, reorganizando-a e revertendo a forma atual de prestação de assistência à saúde. No entanto, Freury (2000, p. 317) aposta que:

[...] ainda é predominante no país o modelo assistencial caracterizado “pela prática hospitalocêntrica” e individualizada, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolutividade, gerando alto grau de insatisfação para todos os participantes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços.

Desta forma, propõe-se uma mudança no paradigma da saúde, não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção à saúde (BRASIL, 2000, p. 3).

Para atender tal mudança o Ministério da Saúde propõe para a ESF um trabalho em equipe multiprofissional, baseado na interdisciplinaridade, permitindo uma diversidade maior de ações, propiciando uma nova concepção de trabalho (BRASIL, 2000, p.15).

Portanto nesse trabalho multiprofissional, considerando que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo tanto à enfermagem como os outros trabalhadores têm uma grande oportunidade de recuperar a visão da totalidade do trabalho, e através de uma prática mais comunicativa no sentido dialógico e emancipatório, buscar, sobretudo a ampliação da autonomia dos usuários.

O enfermeiro de SF desenvolve seu trabalho em dois campos essenciais: na unidade de saúde, junto à equipe de profissionais, e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem (BRASIL, 1997, p. 12).

Nesse sentido a consulta do enfermeiro é um elemento que organiza as atividades dentro da equipe de saúde, porque é a partir da necessidade de saúde identificada, este profissional “encaminha” os usuários para o atendimento necessário. O que ele define ser da competência dele ele executa, e o que não é, ele direciona para o profissional que ele julga ser adequado.

Outra atividade do enfermeiro é a gerência da unidade de Saúde. O enfermeiro é o profissional responsável por toda parte referente à administração do posto de saúde da família. Inclua-se aí a supervisão dos agentes comunitários de saúde e dos auxiliares de enfermagem.

Desse modo, a partir do proposto pelo Brasil (1997, p. 16), são atribuições básicas do enfermeiro na ESF:

- executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso;
- desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;



- oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;
- promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
- participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família
- discutir de forma permanente, junto a equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;

No entanto, Marques e Silva (2004, p. 7) apontam que:

[...] a enfermagem na ESF para construir um trabalho em equipe em uma nova concepção do processo de trabalho, necessariamente enfrenta dois pontos, um “interno”, visto que já se constitui em um trabalho em equipe pela própria divisão do trabalho, e outro “externo” como parte de um trabalho coletivo. As relações que se estabelecem na divisão do trabalho da enfermagem precisam ser negociadas através de uma comunicação entre os sujeitos, possibilitando que se construa um projeto em comum para a enfermagem, definindo a finalidade deste trabalho, entendendo que as atividades dos trabalhadores da enfermagem são complementares e interdependentes.

Logo, o trabalho em enfermagem por sua natureza é coletivo o que exige uma boa comunicação entre seus integrantes a fim de construir um objetivo comum de trabalho para a partir de então mantendo relação com os demais profissionais, médico, agentes comunitários, integrantes da equipe da ESF alcançarem uma finalidade única que é o bem estar da população.

Assim sobre a finalidade do trabalho da enfermagem na ESF, Ermell e Fracolli (2006, p. 11) reiteram que:

[...] as enfermeiras da ESF ao exercitarem sua prática, reiteram a lógica da prática clínica, individual, curativa e atuam tomando por referência a teoria da multicausalidade do processo saúde-doença.

Logo, a atuação de enfermagem, que tem por finalidade o cuidado, não se reduz à espera de sinais de alarme ou dos denominados eventos sentinela, mas se concretiza na detecção precoce de estrangulamentos ou de nós críticos que evidenciam os problemas e as necessidades de saúde das pessoas sob sua responsabilidade (PEDUZZI, 2001, p. 16).

Para a mudança desse quadro, vivido cotidianamente na prática dos serviços de saúde, Mendes (1999, p. 241) propõe a construção social de uma nova modalidade de atenção

denominada vigilância da Saúde. Segundo Monken e Batistela (2011, p. 17) trata-se de uma proposta de organização das práticas de saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamentos contínuos. Essa prática, por conseguinte, tem o potencial para recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, e atuar sobre os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer, isto é, organiza os processos de trabalho em saúde mediante a combinação das ações de promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa.

Portanto, a ESF ao propor um novo modo de operar o trabalho em saúde, caminha para um processo de trabalho centrado na Vigilância à Saúde.

Nesse sentido, a enfermeira, para atuar na lógica da Vigilância à Saúde, precisa executar ações de monitoramento dos problemas e necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais, e deve considerar como objeto de sua ação os perfis de saúde-doença desses grupos e as condições que desencadeiam os processos de adoecimento/fortalecimento dos mesmos (CIAMPONE E PEDUZZI, 2000, p. 4).

Desse modo, o que fica claro é o alto grau de normatividade no trabalho da SF, funções de cada profissional, o cadastro de família, levantamento de problemas, caráter prescritivo da ESF, atividades a serem realizadas, ou seja, um modo de trabalho com grandes doses normativas. Diante deste quadro Merhy (2005, p. 24) afirma que na vida real dos serviços que aderem ao ESF, há a aceitação das prescrições mantendo o compromisso principal do serviço de saúde, não com o usuário mas com os procedimentos. Mas, existe também a possibilidade do profissional ignorar parcialmente as prescrições e dedicar-se criativamente a intervir na vida da comunidade em direção a melhoria de suas condições de vida. Ou seja, esta última possibilidade é mais difícil porque significa trabalhar com a consciência de que nenhuma ferramenta pode dar conta de tudo embora todas sejam necessárias.

## 2.8 O Processo de Trabalho em Saúde

Para falar de processo de trabalho faz-se necessário uma aproximação ao pensamento marxista onde o trabalho é tido como a atividade do homem para transformação de algum objeto na natureza sobre o qual atua por meio de instrumentos para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim (MARX, 1994, p. 21).

Pires (2008, p.18) caracteriza o trabalho em saúde como um trabalho que não tem como resultado um produto material e não é comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade.

Ou seja, no trabalho em saúde o produto final é consumido ao mesmo tempo em que é produzido, no caso a própria assistência em saúde. Para Merhy (2005, p. 19) o trabalho em saúde é um processo relacional, que se dá a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de escutas, falas, empatias e interpretações. Esse encontro é permeado de sofrimento, saberes e experiências de vida que afetam tanto o usuário como o trabalhador de saúde.

Em qualquer estabelecimento de saúde o usuário busca a satisfação de uma necessidade, a resolução do seu problema de saúde, expressa através do consumo de uma intervenção terapêutica e assistencial, que tem um valor-de-uso fundamental (FERREIRA, 2008, p. 11). Ou seja, o trabalho em saúde retrata um universo particular onde os usuários se apresentam portadores de problemas e buscam juntos aos trabalhadores de saúde, resolve-los.

Outra peculiaridade do trabalho em saúde é o significado de tecnologia que Merhy (1997, p. 34) advoga como:

“tecnologias duras” que são as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos e têm esse nome porque já estão programadas *a priori* para a produção de certos produtos; “tecnologias leves” que dizem respeito às relações que são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprios do profissional que é guiado por certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade. E as tecnologias “leve-duras”, que são as que estão relacionadas ao conhecimento, aos saberes científicos estruturados que os profissionais que atuam na área da saúde utilizam na produção do cuidado.

Isso vem corroborar que realmente o trabalho em saúde é relacional onde os procedimentos, a consulta, curativo e outros só acontecem frente a relação entre o trabalhador e o usuário.

Relacionar-se com o usuário experimentar soluções para os problemas que aparecem e, assim interagir com o usuário no processo de produção de sua saúde, destaca a tensão constitutiva presente no processo de trabalho e no modo de operar o cuidado.

A partir da interseção desses encontros entre usuário e profissional que será pensado o processo de trabalho do enfermeiro na equipe de saúde da família e no exercício de sua prática cotidiana com as famílias, na unidade de saúde, no território e no domicílio, que o enfermeiro vai tecendo, na sua relação com o usuário e traçando o projeto terapêutico .

Portanto, refletir sobre os processos e tecnologias empregadas no trabalho em saúde requer assumir toda complexidade do modo de se produzir e atuar em saúde sobre a necessária multidisciplinaridade deste agir. Como ponto de partida e chegada para o ordenamento das práticas clínicas e sanitárias responsáveis em processar o cuidado em saúde. Exige um reordenamento das relações entre trabalhadores e usuários através de um movimento combinado de singularização da atenção, e publicização da gestão organizacional e do processo produtivo em saúde que se dá pela mudança da postura e atitude do conjunto dos trabalhadores (MERHY, 1997, p. 68).

O trabalho em saúde pretende pelos seus princípios constituir uma estratégia para um novo modelo assistencial em saúde. Assim existem pontos positivos nessa proposta para uma atenção mais singular ao usuário, postura mais relacional, mas ainda verifica-se a persistência do antigo modelo hegemônico.

## 2.9 O Cuidado em Saúde

A produção do cuidado em saúde envolve um conjunto milenar de saberes e práticas desenvolvidas nos diferentes ambientes e praticadas por diversos grupos, não sendo espaço exclusivo de nenhuma atuação profissional nem de uma única abordagem diagnóstico-terapêutica. Assim o cuidado não é apenas uma característica da enfermagem. Contudo, a enfermagem possui vários requisitos e atributos que a distinguem, e a caracterizam por ser uma profissão na qual o conceito de cuidado é genuíno.

Logo, o cuidado tem sido percebido como:

[...] um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito do tratamento sem levar em consideração outros aspectos que têm causado o empobrecimento e a mediocridade da prática clínica. Contudo, não é no sentido de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, nem de procedimentos auxiliares que permitem efetivar os conteúdos de uma intervenção terapêutica, que o mesmo será apreendido e abordado (FERREIRA, 2008, p. 9).

Portanto, cuidar do outro não é só cuidar do corpo; é cuidar também da mente e emoção, é um lidar permanente das subjetividades que estão colocadas na relação trabalhador de enfermagem-usuário. Assim, esse profissional que cuida do outro na sua inteireza vai também buscar escutar os sentimentos de forma dialógica. Portanto, deve-se vislumbrar um horizonte onde o cuidar deve associar o sonho e a ciência, o racional e a intuição, o emocional e os sentimentos, o real e o virtual, a imaginação e a criação, o cotidiano e a subjetividade, o individual e o coletivo e, também, considerar particularidades e singularidades.

Assim cuidar, é um projetar responsabilizando-se. Nesse sentido quem cuida e quem é cuidado deverá tomar para si o sentido mais radical de responsabilizar-se pelo cuidado prestado (AYRES, 2004, p. 6). Para Ayres (2004, p. 6), esse processo envolve o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se ela a ação em saúde. Ou seja, o cuidado aparece como resultado de um processo de trabalho coletivo que envolve relações, trocas, comunicações e inúmeros atos associados uns aos outros e que, entre si, forma o processo produtivo da assistência, onde os profissionais põem em prática seus saberes e modos de agir, para interferir no processo de saúde-doença, curando, mantendo e restaurando a vida.

Esse debate tem como substrato a reflexão sobre os modos como os trabalhadores de saúde entre si e com os usuários se produzem mutuamente no cotidiano dos serviços para produzir o cuidado. Acompanhar esse desenho nos leva, necessariamente, a dialogar com o processo de trabalho em saúde do enfermeiro, sua relação intrínseca com o trabalho vivo em ato, as tecnologias de saúde que utilizam e os núcleos cuidadores com os quais operam.

Aliás, para Ferreira (2008, p. 12):

[...] a realização de qualquer abordagem ou intervenção assistencial do trabalhador no seu encontro com o usuário ocorre através do trabalho vivo em ato em um processo de relações intercessoras, atravessado por distintas lógicas, a saber: aquelas voltadas para modos de produzir centrado no trabalho morto e as que operam processos maquínicos desejanos centrado nas tecnologias relacionais e nas necessidades dos usuários.

Cabe acrescentar, ainda, que a realização de qualquer intervenção assistencial pelo trabalhador de saúde, ouvir, acolher, orientar, é um processo relacional que se dá de modo compartilhado e clinicamente implicado, em que existe um jogo entre modos tecnológicos de

agir e necessidades (ibid, p. 13). Sob essa perspectiva, todos os trabalhadores de saúde são produtores de cuidado e de uma forma ou de outra fazem clínica. Sendo esse o campo de domínio do núcleo das atividades cuidadoras, em que operam em ato as tecnologias leves produtoras de relações, em uma lógica diferente dos saberes tecnologicamente estruturados.(MERHY, 1997, p. 12).

Merhy (2000, p. 18), em seu trabalho, apresenta um conceito que possui interfaces com Ayres (2004, p.22), porém amplia a discussão sobre o assunto, pois Ayres dá centro à mediação do saber estruturado para operar os encontros como relação intersubjetiva; Merhy considera que todo trabalhador de saúde, de uma forma ou de outra, produz cuidado, seja individual seja coletivo, operado em si no encontro para além das valises da cabeça como centro desse processo. Até os profissionais que não são reconhecidos próprios da saúde, como os porteiros de serviços de saúde estão implicados com a produção do cuidado.

Esse autor acredita que:

- os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo;
- o trabalho em saúde não é só o saber diagnosticar, prognosticar, curar, produzir análises epidemiológicas, realizar campanhas, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo intercessor e partilhado, no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos e não tecnológicos de agir;
- não há produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se não houver um trabalho comprometido com a produção de mais vida como valor de uso inestimável e único.

No campo da prática, é onde se constrói a cadeia produtiva do cuidado, onde através das tecnologias operadas e da racionalidade empregada, conforme o agir do trabalho vivo reproduz-se um trabalho morto (MERHY, 1997, p. 11). Trazendo esses conceitos para o caso, cada profissional e a mãe/cuidadora possuem sua caixa de ferramentas de tecnologias de saúde, distribuídas nos núcleos de competência específicos (tecnologias duras e leve-duras) e na dimensão cuidadora (tecnologias leves), além do seu modo em si de produzir efeito no outro pelo simples encontro. O que vai propiciar a distinção entre os membros da equipe são as tecnologias que portam e a forma de operá-las, a legitimidade social para poder fazer isso como

trabalhador, atrelada à história de vida de cada um, suas implicações com o outro, sua cultura, condição social e assim por diante.

Segundo o autor, a dimensão cuidadora apresenta-se como um espaço além da clínica, revela-se como o território não só, mas, predominantemente, das tecnologias leves e do mundo relacional, não sendo um campo específico de nenhum profissional, e sim a base para a atuação de todos. Ela é o espaço de maior intercessão entre os trabalhadores e usuários, com grande potencial para produção de cuidado pela equipe, valorizando os vários sentidos da integralidade.

As tecnologias leves, ao serem utilizadas como as ordenadoras da cadeia produtiva do cuidado, quando operadas com o objetivo de potencializar a vida do usuário, possibilitam um compromisso permanente do profissional, tais como vínculo-responsabilização levando a uma maior implicação com a resolutividade (MERHY, 2000, p. 21) da ação de saúde e com a garantia de autonomia do usuário, ou seja, o usuário como protagonista negociador de seu processo saúde-doença. Porém, há situações em que esse território tecnológico atua contrariamente, produzindo dependência e morte.

Merhy (1997, 2002) emprega uma metáfora para mostrar como o uso das tecnologias pode impactar no trabalho em saúde, expressando, inclusive, o modelo assistencial subjacente. Ele usa a “imagem” de três valises para demonstrar didaticamente o arsenal tecnológico de cada profissional de saúde, o que não significa um olhar compartimentalizado, pois os três tipos de tecnologias expressam processos produtivos singulares:

- a primeira valise representa os instrumentos e equipamentos (tecnologias duras);
- a segunda, os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia (tecnologias leve-duras);
- a terceira, o espaço relacional trabalhador-usuário (tecnologias leves), espaço de relações entre sujeitos, que só têm materialidade em ato, como é o caso dos processos de acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY, 2000, 1997, 2009a), considerados práticas intercessoras (MERHY, 2009b) em saúde.

O que o autor destaca nesses exemplos é que os arranjos entre essas “valises” são estratégicos, definidores mesmo, do sentido dos modelos de atenção à saúde (MERHY, 2003, p. 18).

Pensar na enfermagem e no cuidar é uma tarefa instigante e de certa forma representa um desafio no contexto atual da conformação das práticas de saúde, no qual é necessário e fundamental se considerar a forma como a produção dessas práticas tem se efetivado, voltadas

muito mais às doenças e não ao doente. O cuidar em enfermagem caracteriza-se em conhecer e atender as necessidades do ser a ser cuidado, em dar oportunidade a ele de cuidar-se e de desenvolver o seu potencial. A enfermagem busca na ESF em conjunto com outros membros da equipe através de confecção de cartazes didáticos pra uso em oficinas e grupos, desenvolver um cuidado mais peculiar e singularizado aos usuários, caracterizando um trabalho inovador. A sala de espera realizada na ESF antes das consultas médicas também é outra estratégia inovadora do enfermeiro junto aos agentes comunitários.

Desse modo o cuidado deixa de ser somente procedimento para ter como foco o bem estar do usuário, a orientação deste ao seu auto-cuidado e sua adesão à terapêutica proposta.



### 3 TRAÇADOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 Tipo de Pesquisa

Considerando que o propósito deste estudo, optamos por um estudo qualitativo, descritivo que Rudio (2001, p. 23) caracteriza como a narração do que acontece. Assim a pesquisa descritiva está interessada em conhecer o fenômeno, procurando interpretá-lo, e descrevê-lo, como o trabalho do enfermeiro(a) na ESF de Iguaba proposto nesta pesquisa.

Desse modo os estudos descritivos exigem do investigador uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação dos dados. A população e a amostra devem ser claramente delimitadas, da mesma maneira, os objetivos do estudo, os termos e as variáveis, as hipóteses, as questões de pesquisa, etc (TRIVIÑOS, 1987, p. 11).

Logo o tipo de pesquisa descritivo atende ao objeto desta pesquisa e, sobretudo para alcançar os objetivos propostos.

#### 3.2 Abordagem

Abordagem adotada por este estudo é a qualitativa onde segundo Tobar e Yalour (2001, p. 23) envolve múltiplas fontes de dados, se interessa pelo cotidiano, situa-se num contexto de descobrimento, importar-se mais com os significados do que com a frequência dos fatos e deve buscar o específico e o local para encontrar padrões, não estando atado ao modelo teórico.

Portanto, surge diante da impossibilidade de investigar e compreender por meio de dados estatísticos alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade. Segundo Minayo (2004, p. 22) esse modelo está direcionado para a investigação dos significados das relações humanas, onde suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia-a-dia.

### 3.3 Características do sujeito da pesquisa

A população estudada foi de sete enfermeiros que atuam nas sete unidades de SF implantadas em Iguaba Grande, contabilizando o total de profissionais que atuam na ESF do município. Houve a apresentação da proposta do estudo aos sujeitos da pesquisa e a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de orientar dúvidas possíveis, de acordo com as especificações éticas e legais da Resolução 196/ 96, do Ministério da Saúde.

#### 3.3.1 Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa foram escolhidos enfermeiros que já atuam no programa ao menos por um ano, tempo para terem desenvolvido experiência, vínculo com a comunidade e envolvimento com o trabalho. Outro critério foi a aceitação de participarem da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as especificações éticas e legais da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

### 3.3.2 Critérios de exclusão

Como critério de exclusão foram considerados a recusa do sujeito em participar da pesquisa e/ou assinar termo de consentimento livre e esclarecido, bem como atuar a menos de 1 ano na unidade de saúde da família.

### 3.4 Aspectos éticos da pesquisa

É importante esclarecer que este estudo respeita, em todos os seus aspectos, a Resolução n° 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Desse modo, foram observados pelo pesquisador os princípios éticos na pesquisa, que de acordo com o descrito em Gauthier (1998, p. 25), implica em: assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos indivíduos-informantes; ponderação entre risco e benefício, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos; relevância social da pesquisa, o que garante igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação no que tange a justiça e a equidade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP/ UFF, CAAE: 5496.0.000.258-10 em 05 de novembro de 2010, conforme anexo 8.

### 3.5 Procedimentos de coleta e Fontes de Informação

A coleta de dados se deu em dois momentos diferentes, num primeiro como estratégia foi utilizado o diário de campo para anotações durante a observação direta. Nele foram escritas impressões do pesquisador que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas e manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados (MINAYO, 2007, p. 21).

Segundo Leopardi (2001, p 32) a observação direta é viável quando o pesquisador entra em contato com a realidade que se deseja conhecer, olha e registra tudo que considera pertinente à sua pesquisa. Para tanto deve ter um roteiro coerente com seu problema e seus objetivos para concentrar sua atenção na busca conforme apêndice 7.1.

Em um segundo momento foram realizadas entrevistas semi-estruturada que de acordo com Costa e Costa (2001, p. 34) é uma técnica de coleta de dados, aplicada quando se quer atingir um número restrito de indivíduos. Sua grande vantagem é a interação entre o pesquisador e o entrevistado. Segundo Minayo (2007, p. 39) este é um método que evidencia um discurso dinâmico em que espontaneidade e constrangimento são simultâneos e em que o trabalho de elaboração se configura, ao mesmo tempo, como emergência do inconsciente. Com este objetivo foram feitas perguntas referentes ao processo de trabalho dos enfermeiros de Saúde da Família, conforme roteiro no apêndice 7.2.

A coleta de dados foi desenvolvida após aprovação desta pesquisa no Comitê de Ética conforme anexo 8.1 e envolveu a fase de trabalho de campo com abordagem dos sujeitos e explicação do estudo e realização das entrevistas semi-estruturadas para aprofundar aspectos da entrevista e captar informações necessárias para a pesquisa.

### 3.6 O campo de estudo

O cenário da pesquisa são as sete unidades da Estratégia Saúde da Família que fazem a cobertura de uma população de 23.929 habitantes do município de Iguaba Grande/RJ onde trabalham os sujeitos entrevistados. Segundo dados do Data- SUS (2011) sendo deste total da população, 11.350 da população são do sexo masculino e 12.579 do sexo feminino, dentre estes 4275 acima de 60 anos de idade.



Figura 1: Mapa localização do Iguaba Grande no Estado do Rio de Janeiro.

O município de Iguaba Grande situa-se no coração da Região da Baixada Litorânea, também conhecida como Região dos Lagos ou Costa do Sol. Considerada privilegiada por sua tranquilidade e belezas naturais, Iguaba Grande atrai veranistas e assíduos frequentadores, que desfrutam dos recantos pitorescos, possuindo uma boa estrutura de serviços com pousadas, hotéis, restaurantes e camping. A paz e o sossego, características principais do cotidiano da pequena cidade às margens da Laguna de Araruama, a maior laguna hiper-salina do mundo. A cidade possui 32 Km<sup>2</sup> de extensão territorial, e faz limite com os municípios de São Pedro da Aldeia e de Araruama.



Fotografia 1: Orla da Lagoa de Iguaba Grande.

Sua emancipação aconteceu em 13 de março de 1994 onde cerca de 95% dos eleitores foram às urnas concordando com a emancipação do distrito. A votação popular para determinar a separação político-administrativa de Iguaba Grande foi de grande importância para a Região dos Lagos.

A economia de Iguaba Grande é representada pelo setor terciário, que envolve o comércio, a prestação de serviços, a construção civil e o turismo, são as principais fontes de renda do pequeno município.

No que tange a saúde o município de Iguaba Grande é coberto pela Estratégia Saúde da Família desde 2000 sendo composto exclusivamente por uma rede de atenção básica em

saúde com unidades da ESF que referenciam seus pacientes para uma policlínica e em casos mais graves e urgentes para um pequeno pronto socorro; casos mais complexos de internação, exames e cirurgias são referenciados para cidades vizinhas. A cidade também conta com algumas clínicas e laboratórios particulares e de acordo com Data-SUS (2011) existe em Iguaba um quantitativo de 7.133 famílias cadastradas no Sistema de Atenção Básica do município, alguns postos já extrapolaram seus limites de pacientes com 5.630 pacientes cadastrados necessitando, portanto de abertura de novas unidades de ESF para cobertura total de saúde da população que cada vez mais cresce. No momento o município atende pela Gestão Plena do Sistema de Saúde onde o secretário de saúde participa da CIB – Comissão Intergestora Bipartite onde é acordado no consórcio intermunicipal os atendimentos aos pacientes da região num todo.



Fotografia 2: Capela de N. Sr<sup>a</sup> da Conceição, Iguaba Grande. (ponto turístico).

### 3.7 A exploração do campo

A entrada no campo aconteceu através do contato prévio com a Coordenadora da SF do município, a qual permitiu o acesso às unidades selecionadas para o estudo e comunicou as enfermeiras gerentes sobre os dias em que as visitas seriam feitas. Desta forma, foi possível chegar às unidades mais facilmente e as enfermeiras foram bastante receptivas e acessíveis.

A observação precedeu as entrevistas e aconteceu em dois dias, sendo necessário após a primeira visita de observação uma segunda visita as unidades para complementar os

primeiros registros coletados e assim obter maior corroboração dos dados onde detalhes foram percebidos e com mais clareza.

As entrevistas ocorreram consecutivamente ainda na primeira visita de coleta nas unidades nos consultórios de enfermagem após a observação e sem dificuldades todos os entrevistados colaboraram neste momento. Para sigilo o nome dos entrevistados foram protegidos por pseudônimos de flores. As entrevistas ocorreram entre dezembro de 2010 até março de 2011 conforme a disponibilidade dos entrevistados. Conforme já comentado a observação ocorreu em 2 dias em cada unidade e as entrevistas duraram em média 35 minutos. As entrevistas foram gravadas em um aparelho de MP4 da marca Sony® e transcritas integralmente, a fim de diminuir o tempo da entrevista e garantir a preservação dos dados. Os instrumentos de coletas de dados estão apresentados nos apêndices 7.1 e 7.2.

### 3.8 Análise do resultados

Conforme Flick (2009, p. 35), a interpretação dos dados é a essência da pesquisa qualitativa, embora sua importância seja vista de forma diferenciada nas diversas abordagens.

Para análise dos dados neste estudo foi utilizada a categorização dos dados que segundo Leopardi (2001, p. 41) deve ter homogeneidade, sem mistura de critérios de classificação e exaustividade, para abranger todo o texto. A categorização dos dados é um método de tratamento de dados obtidos em textos ou gravações reduzidas a textos. Busca compreender os conteúdos manifestos e ocultos, podendo organizar os dados em unidades léxicas (palavras significantes) ou categorias (classes de dados definidos por uma expressão ou palavra) (ibid, p. 42). De acordo com Bardin (1977, p. 34) esta é abordada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações para obter através de procedimentos sistemáticos e de descrição de conteúdo, indicadores que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.

Assim os dados coletados foram ordenados, agrupados e classificados através da criação de categorias analíticas. Segundo Minayo (2004, p. 45) as categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Para trabalhar com categorias os dados foram classificados a partir de leituras exaustivas do material coletado, em que se puderam identificar características comuns no discurso dos sujeitos.

Ou seja, através da categorização dos dados coletados foi possível analisar os aspectos do cuidado na saúde da família empregados pelos enfermeiros e identificar as estratégias de cuidado empregadas durante trabalho na saúde da família do referido município.

Assim as categorias encontradas foram:

- Tensão no campo cuidador, esta categoria expressa na fala dos entrevistados e das anotações do diário de campo, coloca a disputa na produção do cuidado pelos enfermeiros de SF de Iguaba. Uma disputa que tem por um lado o modelo hegemônico sobre o trabalho do profissional, que revela na sua intenção em realizar procedimentos, sobrepondo-se a educação em saúde e ao uso das tecnologias mais relacionais, ambos vinculados ao campo cuidador do grupo estudado.
- Produção de espaços singulares no cuidado em saúde, aqui encontramos a responsabilização do enfermeiro sob produção de um cuidado-cuidador no território e domicílio. A capacidade de reconhecer a singularidade de cada família e desenvolver estratégias diferenciadas de cuidado para atender às necessidades e os problemas dos usuários de forma singular.



## 4 EXPLORANDO O MATERIAL DE ANÁLISE: RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 A Produção de Categorias

Para discussão e interpretação, os dados coletados foram agrupados em categorias, organizados, agrupados e colocados de maneira lógica, sistematizada e embasadas em modelos conceituais relativos a processo de trabalho em saúde. As categorias foram expressas a partir dos temas mais freqüentemente encontrados nas falas dos entrevistados.

Tensão no campo cuidador;

Produção de espaços singulares no cuidado em saúde,

Assim, à medida que eram identificados os traçados pelos quais se desenhavam a produção do cuidado pelo enfermeiro foi se processando a análise. Minayo (2004, p. 48) refere categorias analíticas como construídas com finalidade operacional, a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica.

### 4.2 Tensão no Campo Cuidador

Esta categoria expressa, a partir da fala dos entrevistados e das anotações de diário de campo a tensão existente no campo de produção de cuidado durante processo de trabalho dos enfermeiros de SF do município de Iguaba. Tensão entre um agir organizado sob a lógica da vigilância em saúde e da identificação de um outro agir pautado sob outra referência na promoção e prevenção em saúde.

Esta categoria deu margem a subcategorias: emprego de tecnologias no processo de trabalho e cuidado baseado em ações programáticas.

#### 4.2.1 Emprego de tecnologias no processo de trabalho

Durante o trabalho de campo com a observação, diário e as entrevistas individuais algumas questões se destacaram na descrição do processo de trabalho do enfermeiro. Após o processo de análise de conteúdo, temas foram se formando e dando condição de entender que o campo de cuidado onde atuam enfermeiros que participaram do estudo vive em tensão entre o emprego ora de ações baseadas em procedimentos medicamentosos e ora em ações que buscam outras formas de cuidado como prática centrada na saúde.

[...] aferimos tudo direitinho como manda e depois falamos e damos um tempo pra pessoa falar, mas geralmente o que ouvimos não muda em nada o protocolo, após a fala, prescrevemos ou transcrevemos algum remédio ou exame e ponto final [...] (enfermeira sambaia)

Nesta fala de uma enfermeira entrevistada fica claro que ela inicia o trabalho baseado na fala e escuta, buscando um cuidado em que haja espaço para o saber do outro, mas este fato não muda nada, pois ela permanece seguindo o protocolo medicamentoso. Sobre essa disputa fica também claro a capacidade de captura do modelo hegemônico sobre o trabalho do enfermeiro, que pode se revelar na sua intenção em realizar procedimentos, sobrepondo-se a sua atividade mais vinculada ao campo da educação em saúde e ao uso das tecnologias mais relacionais. Outras entrevistas também apontam para esta característica de tensão no campo cuidador em que o emprego de tecnologias tanto de uma área como de outra estão presentes, conforme o trecho a seguir:

Na maioria das vezes, atendemos hipertensos e diabéticos, aferindo pressão, controlando glicemia, e outras vezes paramos para conversar e orienta-los sobre tais assuntos. (enfermeira orquídea).

Mas mesmo assim, seja no posto ou no domicílio sempre levamos receituário, folhas de acompanhamento, os aparelhos, PA, glicosímetro para uso, faz parte e encima disso traçamos nosso atendimento. Conversamos, ouvimos, mas não deixamos de preencher e registrar os valores aferidos (enfermeira cravo).

Neste trecho pode-se perceber a preocupação das enfermeiras em ouvir e conversar com o usuário apesar da prática descrita e observada ser centrada no modelo biológico, no exercício da ciência experimental.

Durante observação de campo também foi possível detectar na ação das enfermeiras, apesar do aspecto sempre relacional e acolhedor bem forte, mas também sempre pautado em procedimentos, rotinas e prescrições. A utilização desses aspectos observados possibilitam um mergulho em profundidade no cotidiano da prática do enfermeiro. Verifica-se preliminarmente, conforme dito, uma permanente disputa e tensão entre o agir de seu trabalho vivo, que opera entre um trabalho centrado no agir sobre o saber do usuário, mas aprisionado pela lógica instrumental que opera com supremacia o modelo biologicista de intervenção e o sanitarista burocrático.

Os dados de diário de campo evidenciam que as funções assistenciais, por vezes são realizadas com sobrecarga de trabalho o que limita o desenvolvimento de uma prática mais relacional com o usuário. Por vezes o enfermeiro é responsável por tantas questões que demandam seu tempo que impedem que a capacidade criadora deste profissional possa ser revelada em sua prática.

Em trecho da entrevista com outra enfermeira verifica-se a mesma tensão na produção do cuidado, quando em sua fala, apresentada a seguir, é possível constatar que operam no trabalho baseado em protocolos com uso intenso de aparelhos de pressão, administração de medicamentos, realização de curativos, prescrição de algum exame e por vezes conversam e podem orientar o usuário.

[...] além dos procedimentos também ouvimos os pacientes, tiramos dúvidas e orientamos os pacientes, sejam através de folderes e cartazes explicativos que nos instrumentalizam na nossa educação em saúde nos consultórios. [enfermeira rosa]

Durante o atendimento geralmente aferimos pressão, medimos glicemia ou fazemos algum curativo mais também orientamos, conversamos a respeito das dificuldades embora sempre haja algum procedimento envolvido. (enfermeira yasmim)

Os depoimentos acima revelam uma prática cotidiana do enfermeiro de diferentes modos de produzir os atos assistenciais em que convivem simultaneamente no processo de trabalho como a lógica do agir tecnológico, mais prescritiva com a lógica do agir comunicativo, mais relacional.

Nesta perspectiva Merhy (2007, p. 30) afirma que o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, nas tecnologias duras e leve-duras, nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades,

para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau significativo na escolha de modo de fazer essa produção. Nesse sentido de não captura global os entrevistados demonstram emprego de tecnologias dura e leve-duras, mas como fala o autor, este modo de trabalho destacado até o momento pelas entrevistas, convivem com uma intervenção, embora discreta dos profissionais por uma formação de vínculo com os usuários através das tecnologias leves, pois percebem que o procedimento por si só não garante cuidado em saúde.

Em mais um depoimento ainda podemos constatar sinais dessa tensão entre emprego de tecnologias:

Quando estamos no atendimento sempre conversamos muito para entender a queixa do paciente, mas nem sempre, às vezes nos limitamos à rotina, fazemos o protocolo, preenchemos as fichas dos programas, fazemos as aferições e tchau... (enfermeira margarida).

Durante o dia atendemos individualmente os pacientes e para cada tipo de atendimento temos um protocolo específico a seguir, medicamentos a prescrever, exames (enfermeira Lírio).

Logo as tensões constitutivas presentes no trabalho atravessam o cotidiano do enfermeiro e expressam nestes encontros os conflitos dos diferentes modos de operar o cuidado. Pode-se perceber que a atenção profissional fica limitada por muitas vezes ao biológico e assim o processo de trabalho, na maioria das vezes é orientado pela via do procedimento, como uma única ferramenta tecnológica.

Ou seja, baseado nos dados expostos percebe-se como uma das dificuldades dos profissionais seja em trabalhar com elementos que vão além da doença, trabalhar com ações baseadas nas necessidades dos usuários até mesmo porque o trabalho deste profissional segue às atribuições baseadas na vigilância que lhe são propostas pelo Ministério da Saúde e acabam por sobrecarregar o profissional com funções administrativas que demandam muito tempo, o que limita o desenvolvimento de um trabalho mais relacional e criativo.

#### 4.2.2. Cuidado pautado em ações programáticas

Esta subcategoria expressa a partir da fala dos entrevistados e das anotações do campo que o cuidado das enfermeiras da ESF de Iguaba é organizado com base na vigilância em saúde e na clínica através de um conjunto de ações básicas de saúde dirigidas a grupos

populacionais com base nas ações programáticas. De acordo com Nascimento e Nascimento (2004, p. 334) o modelo de ações programáticas no Brasil foi instituído para possibilitar o aumento da cobertura de atendimento aos grupos de risco na perspectiva de promoção, prevenção e recuperação da saúde de certos grupos, no entanto pautar o trabalho da ESF na vigilância em saúde é importante, mas tem tirado a força transformadora do programa para um novo modo de produzir saúde.

Podemos ver na fala a seguir como a atenção em saúde é dirigida á atenção integral da mulher, da criança e do adolescente, do adulto, do idoso, baseado no modelo histórico de saúde coletiva de ações programadas:

[...] sendo um dia para hipertensos e diabéticos, outro para gestantes, outro preventivo e assim nos organizamos no atendimento a população...  
(enfermeira lírio)

Fazemos um dia para cada tipo de paciente e durante o atendimento a estes usamos os manuais do ministério...  
(enfermeira samambaia)

Notamos a partir dessas falas que a partir da organização do processo de trabalho na ESF é pautado nas ações programáticas em saúde, com práticas predominantemente voltadas para a assistência. Apesar de compreendermos que a ação programática constitui uma ferramenta útil e coerente com as noções de território e os problemas de saúde no modelo de vigilância á saúde concordamos com Campos (1997, p. 13) ao considerar que estas ações limitam-se em sua prática por utilizar apenas a epidemiologia para perceber os determinantes do processo saúde-doença, sem observar a subjetividade e a individualidade dos usuários como valores na percepção dos problemas de saúde, uma vez que a ação programática e a epidemiologia impedem na maioria das vezes, o acesso do cidadão aos serviços de saúde, estreitando o atendimento àqueles grupos mais vulneráveis de risco, conforme também é notório em outra fala abaixo:

[...] nos organizamos com um dia para cada coisa: hipertenso, diabético, pré-natal, preventivo e assim segue.  
(enfermeira cravo)

O dia começa com atendimentos aos pacientes agendados, sejam gestantes, preventivo, crianças, hipertensos, pacientes sempre chegam atrasados...  
(enfermeira margarida)

[...] os pacientes são agendados conforme cronograma diário, dia de hipertenso, dia de puericultura, dia de gestante, e desse modo seguimos manual de condutas.  
(enfermeira yasmim)

Desse modo esta prática baseia-se em ações programáticas limitando o atendimento a grupos de pessoas: hipertensos, diabéticos, gestantes, quando na verdade tal porta de entrada para o atendimento deveria ser flexível para atender às demandas sociais e todos os grupos populacionais que buscam os serviços de saúde.

Apesar das enfermeiras organizarem sua prática na ESF sobre as ações programadas talvez para dar conta em atender a maioria dos usuários da área em suas necessidades de saúde, acaba gerando assim uma demanda reprimida no atendimento em saúde que por vezes não se encaixam em nenhum dos grupos programados de risco. Entretanto apesar de nas entrevistas ter ficado claro as ações programáticas, durante a pesquisa de campo foi possível perceber que pensando nessa demanda reprimida é que as enfermeiras realizam semanalmente visitas domiciliares dirigidas a todos os grupos populacionais, buscando atender as diretrizes estabelecidas de acessibilidades e evitar exclusão de quaisquer usuários.

Apesar da programação das práticas serem um bom aliado no atendimento aos usuários é preciso conciliar com as necessidades da população que buscam os serviços de modo a todos estarem integrados na construção do novo modo de assistência.

#### 4.3 Produção de espaços singulares no cuidado em saúde

Esta categoria aborda a valorização das necessidades singulares dos usuários no campo do cuidado buscando nos dados da pesquisa de campo expressões dos profissionais que aproximam sua atenção ao bem estar personalizado do usuário e comunidade. Embora seja um desafio para os profissionais basear suas ações nas necessidades dos usuários, quando a formação e a prática destes ainda é o modelo clínico podemos ver uma conformação que ganha contornos mais nítidos quando se observa a responsabilidade do enfermeiro com a produção de um cuidado singular durante o atendimento, expresso também nestas falas:

Eu parto da queixa do paciente, escuto e junto com ele vemos a possibilidade de traçar um plano de cuidado que ele seja capaz de seguir. (enfermeira Lírio)

Nas visitas nos deparamos com várias necessidades inesperadas, um diabético descompensado ou de repente criança, idoso com alguma debilidade, acamados em

pós-operatório, enfim ficamos a mercê da necessidade do paciente. (enfermeira cravo)

Nota-se na fala destas enfermeiras o uso de tecnologias leve mediante escuta qualificada e certa relação que estabelece com o usuário na unidade como uma estratégia de cuidar. Ou seja, observa-se também, a utilização de um modelo produtor de cuidado, centrado no usuário e suas necessidades, governando ele mesmo suas ações e guiados por uma vontade que direciona o seu fazer. Denota a preocupação do enfermeiro com a adesão do paciente com o tratamento a seguir. Ou seja, vislumbra a utilização de recursos de singularização no atendimento como estratégia na produção de cuidados, como um arranjo de ações executadas para além das fronteiras do serviço que pressupõe um olhar para além da doença. Um olhar sobre as necessidades das pessoas que acorrem e demandam ao serviço. Entender a saúde como uma produção social e agir sobre estes determinantes significa romper limites assistenciais, ousar e ir além.

Como fruto da observação de campo ficou claro a preocupação das enfermeiras com o cuidado aos usuários através da atenção singularizada prestada na sala de espera, antes da consulta médica com o uso de cartazes e linguagem bem acessível a todos.

Merhy (1997, p. 22) fala que esta função criativa e criadora é que pode caracterizar os serviços de saúde, a partir de relações singulares é operada nas tecnologias leves, território onde se inscreve o trabalho vivo em ato. E na verdade concordando com o autor o processo de permitir e valorizar o usuário reside no fato da saúde ser, antes de qualquer coisa, uma experiência individual. Assim como estratégia de cuidado, a utilização de folderes, cartazes educativos com desenhos, grupos e oficinas funcionam como estratégias singulares de cuidado para alcançar as dificuldades peculiares dos indivíduos.

Pensando numa atenção mais individual vemos agora nessa fala uma atenção mais peculiar que estimula o auto-cuidado do paciente realmente através do uso de artifícios criativos, como:

Utilizamos para essas oficinas alguns cartazes, folderes, materiais didáticos e simplificado, de fácil entendimento para melhorar adesão dos pacientes aos tratamentos e autocuidado em casa. Tentamos utilizar uma linguagem fácil, acessível (enfermeira yasmim).

[...] quando a demanda é grande até fazemos um grupo... e para o grupo desenhamos cartazes, folderes, um modo didático e interessante de fazê-los entender o assunto abordado. (enfermeira Lírio)

Ou seja, existe aqui a preocupação com o entendimento do paciente sobre sua terapêutica e para tanto se busca o emprego de recursos criativos para tornar o assunto mais acessível, familiar e singular à necessidade do paciente. Destaca-se também neste trecho da entrevista a presença da possibilidade de se trabalhar com outros aspectos que não somente os procedimentos nas intervenções em saúde. Observa-se a presença de tecnologias leves por meio de ações educativas em saúde.

Nesse sentido, Traverso-Yepez (2007, p. 29) fala que as formas como as pessoas percebem sua saúde e os meios como cuidam dela exigem dos profissionais que os assistem uma atenção singularizada e nessa última fala comentada, percebe-se exatamente a valorização, atenção aos limites, possibilidades e participação do usuário no seu cuidado, embora os serviços de saúde, freqüentemente façam com que o usuário saia da unidade com uma prescrição de mudança de hábito a ser implementada em seu cotidiano, sem levar em conta seus valores e modo de viver.

Reis et al (2007, p. 13) refere ainda que entender os limites do usuário para participação no seu cuidado é muito importante, por isso o trabalhador da saúde precisa lançar mão de todas as suas competências e ferramentas disponíveis, dentre elas a da escuta e compreensão dos saberes dos usuários.

Em outra fala vemos ainda:

[...] nos domicílios, nos deparamos com dificuldades, que exigem de nós o uso de material didático para desenhar sol e lua de modo criativo para explicar àqueles com mais dificuldade sobre a posologia dos medicamentos. [enfermeira samambaia]

Por vezes fazemos atividades coletivas, festa no dia das crianças para sair da rotina, às vezes algum grupo para gestante, planejamento familiar. (enfermeira margarida)

Nesses casos eles inventam instrumentos que facilitam a autonomia e o autocuidado destas pessoas. Isso denota novamente a capacidade de reconhecer a singularidade de cada família e desenvolver estratégias diferenciadas de cuidado para atender às necessidades e os problemas dos usuários de forma singular.

Assim pensar a ESF como uma estratégia, como uma proposta de construção de uma rede de cuidados, é aprender a olhar para o território buscando ver e usar os recursos que sempre lá estiveram, ou seja, toda a complexidade da rede de relações e trocas que se pode efetuar com o entorno para a produção de um cuidado singularizado (YASUI, 2010, P. 4)



Portanto é imprescindível deslocar o olhar e a escuta das enfermeiras para os sujeitos em sua singularidade e potência de criação da própria vida, é preciso levar em consideração os sentimentos e desejos de cada indivíduo/usuário, com pode ser percebido nesta análise do conteúdo da pesquisa de campo. Fica evidente a preocupação dos profissionais com o bem estar dos pacientes. Esta disponibilidade dos profissionais em buscar e promover a qualidade de vida da população que é o grande desafio para toda a equipe de SF.

## 5 CONCLUSÃO

O estudo se propôs a refletir sobre o trabalho do enfermeiro na Estratégia SF de um município do interior do estado de Rio de Janeiro, assim foram feitas críticas e idéias foram propostas a partir do que foi encontrado na pesquisa.

Os resultados demonstraram que na vida real dos serviços na ESF do município existe uma tensão entre uma atuação do enfermeiro que se dedica criativamente a intervir na melhoria das condições de vida da comunidade e aquela outra para manter a lógica atual aceitando as prescrições, mantendo o compromisso com o serviço e não com os usuários. Nesse sentido reconhecer a limitação das prescrições, rotinas e protocolos não é tarefa simples haja vista que os resultados também mostraram uma atuação da enfermagem extremamente baseada em ações programáticas como forma de atender grupos populacionais de risco, sem contudo contemplar a totalidade da população. Embora todas essas estratégias sejam necessárias vale também entender que nenhuma isolada poderá dar conta de tudo.

Nota-se que os enfermeiros tendem a orientar os usuários de forma verticalizada baseado nos protocolos interferindo na autonomia dos sujeitos o que pode ser percebido na análise da pesquisa. Por vezes também fazem um atendimento mais singularizado valorizando a individualidade do usuário utilizando estratégias de cuidado como cartazes, material didático, folderes e outros explicativos, em grupos e oficinas, para atender as individualidades de cada usuário e facilitar a adesão destes ao cuidado.

Desse modo, pensar na enfermagem, saúde da família e no cuidar é uma tarefa instigante e de certa forma representa um desafio no contexto atual da conformação das práticas de saúde, no qual é necessário e fundamental se considerar a forma como a produção dessas práticas tem se efetivado, voltadas muito mais às doenças e não ao doente. O processo de trabalho está na maioria das vezes estruturadas sob a lógica dos procedimentos valorizando

a cura de doenças e o uso de equipamentos, limitando a promoção da saúde no seu conceito mais amplo.

No entanto a utilização de recursos de singularização do atendimento com as estratégias de produção de cuidados conformam um arranjo de ações a serem executadas para além das fronteiras do serviço e pressupõem um olhar para além da doença. Um olhar sobre as necessidades das pessoas que demandam ao serviço. Entender a saúde como uma produção social e agir sobre estes determinantes significa romper limites assistenciais, ousar e ir além.

Repensar esta prática e investir em educação permanente para estes profissionais pode ser uma forma de possibilitar a efetivação de modos criativos de cuidar e produzir em saúde.

## 6 – OBRAS CITADAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo. (Org.) O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, v.8, n.14, p. 73-92, set. 2003-fev.2004.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70, 1977.

BARBOSA, Maria Alves. Enfermagem e o Cuidar. Editora Ática, 2004.

BETOLICI, Cláudio Filho. Revolta da Vacina. Editora Ática, 2005.

BRASIL. XIII CNS: relatório Final. Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do programa de Saúde da Família. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde.. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, julho/1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção Básica. 2000.

\_\_\_\_\_. Saúde Brasil, 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS). Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner. Subjetividade e administração de pessoal. In: Agir em Saúde. Um Desafio para o Público (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), p. 229-266, São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

CIAMPONE Maria Helena Trench; PEDUZZI, Feli Veia. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF) 2000 dez;53 (especial):143-7.

COSTA, Maria Amaral da; COSTA, Marília da. Metodologia da pesquisa: conceitos e técnicas. Rio de Janeiro: Interciência, 2001.

DATASUS, 2000. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br>>. Acessado em: 12/07/2011.

ERMEL, Regina Célia; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho das enfermeiras no Programa Saúde da Família em Marília/SP. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2006, 40(4):533-9.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; FRANCO, Túlio Batista. Ensaio sobre o Método Cartográfico na pesquisa em Saúde Coletiva. In: A produção subjetiva do PSF: cartografias do trabalho em saúde (livro no prelo). Rio de Janeiro: ABRASCO – HUCITEC, 2008.

FOUCAULT, Michael. O Nascimento da Clínica, editora Forense, 2008.

FLICK, Uwe. Introdução à Pesquisa Qualitativa. 3 ed. Artmed. Porto Alegre: 2009.

FRANCO, Túlio Batista. Fluxograma Descritor Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E. (Org.). O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREURY, Pedro. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 34(3):316-9, 2000.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Revista Saúde Coletiva*; 14, (3), 2009.

GAUTHIER, J.H.M. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

LEOPARDI, Maria Tereza. Metodologia da Pesquisa na Saúde. Santa Maria: editora Pallotti, 2001.

LIMA, Viviane Aparecida. de. O processo de trabalho da enfermagem na atenção primária. 2004. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

MARQUES, Dalvani; SILVA, Eugênia Maria. Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57(5):545-50, 2004.

MARX, Kall. O Capital. São Paulo: Difel, 1994.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy E.E.; Onocko R. Agir em saúde. Um desafio para o público. Hucitec-Lugar Editorial, São Paulo-Buenos Aires, 1997.

\_\_\_\_\_. O Capitalismo e a saúde pública. Editora Papyrus, 1985.

\_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação. Fevereiro, 109-116, 2000.

\_\_\_\_\_. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3 ed. Editora Hucitec. São Paulo, 2007.

MERHY, Emerson. Elias. FRANCO, Túlio Batista. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Editora: HUCITEC, São Paulo, 2003.

\_\_\_\_\_. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/publicacoes.html>. Acesso em: 21 de outubro 2009.

\_\_\_\_\_. Engravitando Palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de. Construção Social da Demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. dos (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã, 1998.

MINAYO, Maria Cristina. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópoles: Vozes. 2004.

\_\_\_\_\_. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10 ed. São Paulo, HUCITEC, 2007.

MONKEN, M; BATISTLA, C. Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>. Acesso em: 21 de abril de 2011.

NASCIMENTO, Maristela Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciência. saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 333-345.

PAIM João; FILHO, Natália Almeida. A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2000.

PEDUZZI Maria. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, 2001, 35(1):103-9.

PIRES, Denise. Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil. 2ª edição. Editora Anna Blume. 2008.

REIS et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafio para mudanças de práticas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.11, n.23, p.655-66, 2007.

RUDIO, Victor Franz. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SÁ, Dominichi Miranda. de. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o “imenso hospital”. *Revista História, Ciências, Saúde*, Rio de janeiro, v.16, 2009.

SAMPAIO Luiz Fernando; LIMA Antonio Teixeira . *Biblioteca virtual em saúde 2002*, Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br>, acessado em: 15 de outubro de 2011.

SILVA, Ana Lúcia Abrahão. *Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde*. Informe-se em *Promoção da Saúde*. v. 3, n. 1, p.01-03, jan-jun. 2007. Disponível em <<http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>>. Acessado em: 12/06/2011.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

TRAVERSO-YÉPEZ, Marta. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Comunicação, Saúde, Educação Interface (Botucatu)* v.11 n.22 Botucatu maio/ago. 2007.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro; Fio Cruz; 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

VILLA, Tereza Cristina. MISHIMA, Silvana Martins; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. *A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo*. In: ALMEIDA, M. C. P. de; MELO, S. M. (Org.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

YASUI, Linda. *A produção do cuidado no território: há tanta vida lá fora*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf>, Em 07 de novembro de 2011.

## 7 APÊNDICE

### 7.1 Roteiro da observação direta

#### 1. Observação da Produção do Cuidado a Família no PSF

- Como aborda a família/paciente;
- As ações e atividades estão voltadas para a família/paciente ou grupo específico;
- Ao desenvolver suas ações utiliza uma abordagem mais relacional, se preocupa e se responsabiliza com os problemas da família/paciente, busca soluções, faz encaminhamentos e educação em saúde, é criativo;
- Forma como resolve os problemas das famílias/pacientes no PSF, estimula o autocuidado e autonomiza os sujeitos?
- Há espaço de fala para família/paciente durante o atendimento?
- Há espaço de escuta qualificada do enfermeiro durante a prestação do cuidado às famílias/paciente no PSF?
- Em caso positivo, como o enfermeiro trata as questões que a família/paciente traz?
- Facilidades e dificuldades para desenvolver suas atividades diárias.
- Que tipos de perguntas/falas as famílias/pacientes fazem com mais frequência?
- Tentar observar o sentimento das famílias durante o atendimento.

#### 2. Observação do Processo de trabalho do Enfermeiro

Ações/atividades que realiza no PSF?

Orientações de modo geral?



Faz agendamento Individual e/ou em Grupo para Gestante, hipertenso, diabetico, e outros?

Verifica o Cartão de Vacina e de hipertensão? Faz encaminhamentos? Em que situações?

## 7.2 Roteiro da entrevista semi estruturada

Trabalho do Enfermeiro:

1. O que você faz na Unidade de Saúde? Fale um pouco sobre isso (seu trabalho na unidade).
2. Fale sobre o seu trabalho junto à Comunidade no domicílio e na unidade?
  - Descreve como é seu dia a dia de trabalho.
  - Você poderia descrever as atividades que realiza com as famílias que você acompanha?
  - Você poderia descrever a forma como você realiza essas atividades?  
(Tecnologias mais utilizadas para produzir cuidado às famílias/pacientes Saberes e práticas utilizadas na produção do cuidado às famílias/pacientes; Segue uma programação a priori, ou seja, fica preso ao cronograma de atividade ou tem flexibilidade)
  - Qual a finalidade pretendida por você com a realização dessas atividades?
  - Ou seja, por que você realiza essas atividades? O que espera alcançar com ela?
  - Faz agendamento Individual e/ou em Grupo para Gestante, hipertenso, diabetico, e outros?
  - Fale sobre as ações de promoção/educação à saúde realizadas por você para estimular o autocuidado das pessoas que acompanha.

Segue uma programação a priori, ou seja, fica preso ao cronograma de atividade ou tem flexibilidade;

Impressões acerca da Acessibilidade dos usuários:

1. Como se dá o acesso do usuário ao atendimento na USF?
  2. Como se dá o acesso a medicamentos, (farmácia básica e outros) quando necessários?
  3. Quais os principais motivos que levam a população a procurar esta USF?
- Trabalho em equipe

4. Em seu trabalho na unidade como se dão as contraturalidades (acordos), as negociações e pactuações entre a equipe e vocês e deles com a comunidade?



### 7.3 Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto: “O Trabalho do enfermeiro(a) e a produção do cuidado na estratégia saúde da família no município de Iguaba Grande/RJ.”

Pesquisador Responsável: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Lúcia Abrahão da Silva

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense-UFF

Telefones para contato: (21) 9641-3798/ (21) 8267-0826

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos R.G. \_\_\_\_\_

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: “O Trabalho do enfermeiro(a) e a produção do cuidado na estratégia saúde da família no município de Iguaba Grande/RJ” de responsabilidade da pesquisadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Ana Lúcia Abrahão da Silva. Os objetivos da pesquisa são:

- Descrever a dinâmica diária do trabalho dos enfermeiros do município de Iguaba Grande/RJ na estratégia saúde da família.
- Identificar as estratégias de cuidado empregados no trabalho do enfermeiro na saúde da família no município de Iguaba Grande/RJ

Este trabalho justifica-se, pois para se alcançar um novo modo de produzir saúde conforme princípios da ESF e do Sistema Único de Saúde é preciso repensar os processos de trabalho em saúde, particularmente apreender as percepções dos enfermeiros na ESF como uma forma de conhecer o que vem sendo esperado e realizado por estes, proporcionando momento de repensar e melhorar seu cotidiano de produção de cuidado.

As entrevistas serão identificadas com nomes fictícios para preservar sua identidade. Caso necessite, poderão ser marcados encontros para respostas ou esclarecimentos de qualquer dúvida sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos em trabalhos e/ ou revistas científicas. A retirada do consentimento e permissão de realização do estudo pode ser feita a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízos. Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo representante legal do sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_,

Declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

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

(Participante)

Testemunha

(Responsável por obter o consentimento)

Testemunha

8 ANEXO