



UNICAMP

**ISABELA GIANELI BELLI**

**“PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL  
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**

***NURSES'S PERCEPTION ABOUT THEIR PROFESSIONAL PRACTICES IN  
FAMILY HEALTH STRATEGY***

**Campinas**

**2012**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**Faculdade de Ciências Médicas**

**ISABELA GIANELI BELLI**

**PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

***NURSES'S PERCEPCTION ABOUT THEIR PROFESSIONAL PRACTICES IN  
FAMILY HEALTH STRATEGY***

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde  
Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

*Master thesis presented to the Medical Sciences College of the University of Campinas - UNICAMP to obtain the Master Degree in Health Sciences. Concetration Area: Nursing and Work*

**Orientadora: Profa. Dra. Márcia Regina Nozawa**

***Tutor: Associate Professor Márcia Regina Nozawa***

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA  
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA ISABELA GIANELI BELLI  
E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MÁRCIA REGINA NOZAWA

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Orientador(a)

**Campinas, 2012**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

Belli, Isabela Gianeli, 1981 -

B417p            Percepção das enfermeiras sobre sua prática  
profissional na estratégia de saúde da família /  
Belli, Isabela Gianeli. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Márcia Regina Nozawa.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Processo de enfermagem. 2. Atenção primária à saúde. 3. Modelos organizacionais. I. Nozawa, Márcia Regina. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em inglês:** Nurses's perception about their professional practices in family health strategy.

**Palavras-chave em inglês:**

Nursing Process

Primary health care

Organizational models

**Área de concentração:** Enfermagem e Trabalho

**Titulação:** Mestra em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Márcia Regina Nozawa [Orientadora]

Eliete Maria Silva

Célia Maria Sivalli Campos

**Data da defesa:** 27/07/2012

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO**

**ISABELA GIANELI BELLI (RA: 008901)**

**Orientadora PROFA. DRA. MÁRCIA REGINA NOZAWA**

**Membros:**

1. PROFA. DRA. MÁRCIA REGINA NOZAWA

*Marcia Regina Nozawa*

2. PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA

*Eliete Maria Silva*

3. PROFA. DRA. CÉLIA MARIA SIVALLI CAMPOS

*Celia M. S. Campos*

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

**Data: 27 de julho de 2012**

## **AGRADECIMENTOS**

À professora e orientadora Márcia Regina Nozawa, por ter confiado em mim e se disponibilizado a enfrentar este desafio.

Às professoras Eliete Maria Silva e Dalvani Marques, por terem se disponibilizado a participar da Banca Examinadora, trazendo novas colaborações e olhares sobre este trabalho.

A todas as colegas enfermeiras que participaram deste estudo, colaborando com suas percepções e opiniões para a melhoria do nosso trabalho.

Aos amigos e colegas da USF Jd Camanducaia, que estiveram sempre presentes no decorrer deste trabalho, em especial à Amarillys Zaldua Triana, Seila Maria Barbosa, Maria das Graças Patricio Gonzales e Mary Carmen Hernandez de La Cruz, que sempre colaboraram quando necessitei ausentar-me das atividades em virtude deste estudo.

Aos amigos que dividiram comigo, desde o início, a idealização deste trabalho, as dúvidas, os aprendizados, as descobertas... Suely Ferreira, Maria Inês Venâncio de Moraes, Angélica de Fátima Penha, Roseli Rodrigues, Andrea Regina Rodrigues, Renan Diniz, Alex Aparecido de Carvalho, Marcelo Jorge Machado Nazareth, Alexandre Ferraciú Pagotto, Cristiane Pereira de Castro, Daniela Yamada Baragatti, Jessega Gamal Eldin Mahmoud: Cada momento com vocês foi muito importante!

Aos meus pais, que mesmo não estando presentes, sei que me acompanham a cada momento.

A Deus; sem Ele nenhuma destas maravilhas seria possível...

*"Deus nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo. Aquilo que colocarmos nela, corre por nossa conta. Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim."*

*Chico Xavier*

## RESUMO

---

O estudo está vinculado à linha de pesquisa Gerenciamento dos Serviços de Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, nível mestrado. A consolidação da atenção primária em saúde tem sido uma das principais diretrizes orientadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o final da década de 70. Com a expansão da rede de saúde da família, faz-se necessária uma análise das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros à luz do novo modo de organização dos serviços preconizado pelo SUS, que busca a modificação do modelo tecnoassistencial vigente, dado que esta categoria tem expressiva inserção na maioria das atividades desenvolvidas na atenção primária. **Objetivo:** descrever e analisar as práticas profissionais relatadas pelas enfermeiras que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da rede municipal de Amparo/SP e identificar, por meio destas práticas, as perspectivas e limites para a atuação do enfermeiro na ESF, e se estas práticas têm sido desenvolvidas consonante com a modificação do modelo tecnoassistencial vigente. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, no qual foram realizadas entrevistas com as enfermeiras da rede de saúde da família de Amparo/SP, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo para identificar, entre as falas das profissionais, o conceito de modelo tecnoassistencial e como este conceito interfere na organização do seu cotidiano de trabalho. **Resultados:** o conceito de modelo tecnoassistencial é muito heterogêneo entre o grupo estudado, diferindo do que é expresso pelas referências consultadas. Não há programa de educação permanente ou grupos técnicos que possibilitem a criação de um espaço para a reflexão sobre o processo de trabalho, e não há um direcionamento da organização do trabalho das enfermeiras, sendo que cada profissional o desenvolve de acordo com suas expectativas individuais. As ações de promoção à saúde ficam em segundo plano, o que acaba por frustrar a

expectativa das profissionais em relação à ESF. O que se observa é que, dentro das equipes, o enfermeiro acaba por centralizar suas ações na prática clínica individual, reforçando o modelo biomédico vigente. Para que essa realidade seja modificada, é necessário que as enfermeiras tenham espaço em seu cotidiano de trabalho para que possam se reunir e refletir sobre sua prática, repensando suas ações e seu processo de trabalho, de modo a colaborar para a construção de um modelo condizente com os preceitos e diretrizes do SUS. Linha de Pesquisa: Gerenciamento dos Serviços de Saúde e Enfermagem

**Descritores:** Prática Profissional, Enfermagem, Saúde da Família, Atenção Primária

## ABSTRACT

---

This study is linked to a research area into Nursing Postgraduation Programme of the University of Campinas(UNICAMP), for master's degree. The consolidation of primary health care has been one of the principals and most important guidelines defended by World Health Organization(WHO) since the 70's. With the increase of Health Family Strategy staffs, it's important to investigate the nurse's practices and their work process through the understanding of new model of SUS (Unified Health System), that preconizes overwhelm the technoscience in human care, therefore these professionals execute most of the actions in primary health care.

**Objective:** Describe and evaluate the professionals practices related by nurses who works in the city of Amparo in the Health Family Strategy and identify, through these practices, the possibilities of development and change the dominant and traditional technoscientific model, observing the limits and possibilities of nurse's work. **Method:** It's a qualitative study in which one were interviewed nurses's working in the Health Family Strategy net. The technic applied to this work is content analysis, to identify the nurses discourse and the concepts of traditional technoscientific model and how it interferes in the organization of their job everyday. **Results:** The traditional technoscientific model is very different even though studied in the same group, too distant from the theoric concept consulted in several references. There isn't a continuous educational program or technical groups that lead to the reflexion about the work process, and there isn't an aim that could be followed by the nurses organization, so each nurse develops one single work according to its own perspectives. The actions of health promotion stay besides on second plane, and the desires and expectation of all professionals comes into frustration. It has been detected that the nurses's work process is put into an individual clinical practice, which improves the biomedical traditional model. To modify this reality it's necessary that nurses can be together, reunited and united, to reflect about their practices, thinking about their actions and

their working practices, to lead them to new horizons according to the principles of SUS.

Research Area: Administration of Nursing and Health Services

**Descriptors:** Professional Practice, Nursing, Family Health, Primary Health Care

El estudio está vinculado a la línea de investigación del Gerenciamiento de los Servicios de Salud y Enfermería, del Programa de Pos-Graduación en Enfermería de la Universidad Estadual de Campinas, en nivel de maestrado. La consolidación de la atención primaria en salud ha sido una de las principales directrices defendidas por el Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la década de los '70. Con la expansión de la red de salud de la familia y el aumento del número de enfermeros actuando en esta área, se hizo necesaria un análisis de las prácticas de estos profesionales a la luz del nuevo modelo de organización de los servicios preconizados por el SUS (Sistema Unico de Salud), que busca la modificación del modelo tecno-asistencial vigente, una vez que estos profesionales desarrollan la mayor parte de las actividades en la atención primaria **Objetivo:** describir y analizar las prácticas profesionales relacionadas por las enfermeras que atuan en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en la red municipal de Amparo/SP e identificar, através de estas prácticas, las posibilidades para la modificación del modelo tecno-asistencial vigente, analizando las perspectivas y límites para la actuación de los enfermeros en la ESF. **Método:** Se trata de um estudio cualitativo, en el cual fueron realizadas entrevistas con las enfermeras de la red de salud de la familia de Amparo/SP, utilizando de técnicas de análisis de contenido para identificar, entre los discursos de las profesionales, el concepto de modelo tecno-asistencial y como este interfiere en la organización de su cotidiano de trabajo. **Resultados:** el concepto de modelo tecno-asistencial es muy heterogéneo entre los grupos estudiados, diferenciándose del concepto teórico contenido en las referencias consultadas. No hay programa de educación permanente o grupos técnicos que posibiliten la reflexión sobre los procesos de trabajo, y no hay un direccionamiento de la organización del trabajo de las enfermeras, siendo que cada profesional lo desenvuelve de acuerdo com sus expectativas individuales. Las acciones de promoción a la salud se quedan en segundo plano, lo que acaba por frustrar la expectativa de los profesionales en relación a la

ESF. La actuación del enfermero dentro de los equipos acaba por centralizarse en la práctica clínica individual, reforzando el modelo biomédico vigente. Para que esa realidad sea modificada, es necesario que las enfermeras tengan espacios en su cotidiano de trabajo para que puedan reunirse y reflexionar sobre su práctica, repensando sus acciones y su proceso de trabajo, e así colaborar con la inversión de el modelo vigente, direccionandolo para un modelo que condiga con los conceptos preconizados y las directrices del SUS. Linea de Pesquisa: Administración de los Serviços de Salud y Enfermeria

**Descriptor:** práctica profesional, enfermeria, salud de la familia, atención primária.

## LISTA DE TABELAS

---

<b>Tabela 1:</b> Números de enfermeiras por USF e população adstrita	79
<b>Tabela 2:</b> Distribuição por faixa etária	93
<b>Tabela 3:</b> Ano de conclusão da graduação	94
<b>Tabela 4:</b> Realização de curso de pós-graduação	94
<b>Tabela 5:</b> Leitura de revistas da área de saúde	95
<b>Tabela 6:</b> Tempo de trabalho no município na Estratégia de Saúde da Família	95
<b>Tabela 7:</b> Atividades citadas pelas Enfermeiras	99
<b>Tabela 8:</b> Atividades com as quais dispõem maior carga horária da jornada de trabalho	99
<b>Tabela 9:</b> Produção dos enfermeiros de acordo com o relatório PMA2	102
<b>Tabela 10:</b> Atividades consideradas como as mais importantes pelas Enfermeiras da ESF Amparo	105

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

---

- ABEn** Associação Brasileira de Enfermagem
- ACS** Agente Comunitário de Saúde
- AIS** Ações Integradas de Saúde
- APS** Atenção Primária em Saúde
- BPA** Benficiência Portuguesa de Amparo
- CAP's** Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CAPS** Centro de Atenção Psicossocial
- CF** Constituição Federal
- CLT** Consolidação das Leis Trabalhistas
- CNS** Conferência Nacional de Saúde
- ESF** Estratégia Saúde da Família
- FGTS** Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
- INAMPS** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** Instituto Nacional de Previdência Social
- MS** Ministério da Saúde
- NOB** Norma Operacional Básica
- OMS** Organização Mundial de Saúde
- ONU** Organização das Nações Unidas
- OPAS** Organização Panamericana de Saúde
- PACS** Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PDC** Partido Democrata Cristão
- PMA2** Produção de Marcadores para Avaliação
- PSF** Programa Saúde da Família
- PT** Partido dos Trabalhadores
- SCAC** Santa Casa Anna Cintra
- SIAB** Sistema de Informações da Atenção Básica
- SMS** Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** Sistema Único de Saúde
- UBS** Unidade Básica de Saúde
- UNICAMP** Universidade Estadual de Campinas
- USF** Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

---

<b>Apresentação</b>	23
O Programa de Saúde da Família (PSF) em Amparo – 1995 – 2005.	25
O Programa de Saúde da Família (PSF) em Amparo – 2006 – 2012	29
<b>1. Introdução</b>	41
1.1 Modelos Tecnoassistenciais em Saúde	47
1.2 Histórico dos Modelos Tecnoassistenciais em Saúde no Brasil	50
1.3 Correntes da Saúde Coletiva	54
1.3.1 Vigilância em Saúde	54
1.3.2 Promoção à Saúde	56
1.4 Estratégia de Saúde da Família (ESF) como Reorientadora do Modelo Tecnoassistencial em Saúde no País	59
<b>2. Objetivo</b>	63
<b>3. Processo de Trabalho em Saúde</b>	67
3.1 O processo de Trabalho e a Prática dos Enfermeiros: da Constituição como Profissão à Atuação em Saúde da Família	71
<b>4. Trajetória Metodológica</b>	77
4.1 Local de Estudo e sujeitos da pesquisa	79
4.2 O Método: Pesquisa Qualitativa	81
4.3 Procedimentos adotados para a Análise de Conteúdo	85

4.4 Procedimento para Coleta de Dados	87
4.4.1 Instrumento de Coleta de Dados	88
4.4.2 Categorias Empíricas	89
<b>5. Resultados e Análise dos Dados</b>	<b>91</b>
5.1 Caracterização Sócio-Demográfica e Perfil Profissional	93
5.2 Atividades Desenvolvidas no Cotidiano de Trabalho	96
5.2.1 Atividades realizadas com maior frequência	98
5.2.1.1 Avaliação quantitativa do relatório do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) - Produtores de Marcadores para Avaliação (PMA2)	100
5.2.2 Atividades consideradas como mais importantes	104
5.2.3 A polêmica sobre o acolhimento	107
5.3 O Modelo Tecnoassistencial em Saúde sob a Perspectiva das Enfermeiras	110
5.3.1 O conceito de modelo tecnoassistencial	110
5.3.2 Aplicação do conceito de modelo tecnoassistencial para elaboração da prática de enfermagem na ESF	112
5.4 Estruturação e Avaliação do Processo de Trabalho pelos Enfermeiros	115
5.4.1 A percepção dos enfermeiros sobre sua prática	117
5.4.2 Facilidades e dificuldades do cotidiano de trabalho	119
5.4.3 Sugestões apresentadas para mudança do processo de trabalho	122
5.4.4 O Trabalho de Enfermagem e sua Contribuição para a Mudança do Modelo Tecnoassistencial	125
5.4.5 A enfermagem e a construção de seu papel na ESF - seu campo e núcleo de atuação	127
<b>6. Considerações Finais</b>	<b>135</b>

<b>7. Referências Bibliográficas</b>	145
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	157
APÊNDICE II - ROTEIRO PARA ENTREVISTA E COLETA DE DADOS	159

A motivação para este trabalho advém da minha experiência como enfermeira em uma das unidades de saúde da família do município de Amparo/SP, no qual trabalho há cinco anos. Logo após finalizar a graduação em enfermagem na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), eu já possuía o ideal de trabalhar na área de saúde da família. Entretanto, trabalhei um ano e meio no pronto-socorro de Santo Antonio de Posse, município vizinho a Amparo, quando tive a oportunidade de verificar que, quando não há investimento na atenção primária, a qualidade de vida de toda a população é prejudicada. Minha opção em trabalhar no município de Amparo, além da vantagem salarial existente na época, deveu-se também ao fato de o município se destacar por apresentar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo organizador da rede de atenção primária em sua totalidade.

Amparo localiza-se na região de Campinas, a 127 km da cidade de São Paulo; a população aproximada é de 66.000 habitantes, com cobertura de 92% dessa população pela Estratégia de Saúde da Família, implantada no município em 1995<sup>(1)</sup>. É considerada a 19ª cidade em índice de qualidade de vida no país, em relação às condições de emprego, renda, educação e saúde de acordo com a Federação das Indústrias do Rio de Janeiro <sup>(2)</sup>.

Iniciei minhas atividades no município em agosto do ano de 2006. Primeiramente, passei a acompanhar a rotina de outra colega enfermeira na Unidade de Saúde da Família (USF) do Jardim (Jd.) São Dimas durante um mês, para compreender o trabalho a ser realizado. Não recebi nenhum treinamento específico, apenas os dados e orientações repassados por esta colega durante o expediente de trabalho, não existindo um horário em separado para esta capacitação. Após 30 dias, assumi minha função como enfermeira da USF Jd. Camanducaia, na qual estou até o momento.

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro nesta unidade, assim como nas demais USF's do município, dividiam-se entre atividades gerenciais, de educação em saúde e assistenciais. As atividades assistenciais, além da realização de procedimentos de enfermagem, incluem o seguimento dos usuários inseridos nos principais programas do Ministério da Saúde (MS) – pré-natal, puericultura, hipertensão e diabetes - através da consulta de enfermagem e visitas domiciliares. A consulta de enfermagem já tinha sido estabelecida em protocolo municipal desde o ano de 2001. Mas além do atendimento aos pacientes inseridos nos programas do MS, o enfermeiro participa ativamente no atendimento às consultas de demanda espontânea.

De acordo com levantamento de dados locais, realizado pelos profissionais da USF Jd. Camanducaia, no mês de janeiro de 2008 foram realizados 587 atendimentos de demanda espontânea, de um total de 1072 atendimentos realizados pelos médicos e enfermeiras da equipe no mesmo período. Ou seja, 54,75% das consultas na unidade foram destinadas às queixas de demanda espontânea.

Com a predominância dos atendimentos de demanda espontânea sobre as demais atividades, as enfermeiras dessa USF passaram a centralizar suas ações na consulta de enfermagem, diminuindo as atividades de supervisão dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A realização de grupos educativos e atividades extra-muros também passou a ser prejudicada. Entretanto, esse movimento não ocorria apenas na USF Jd. Camanducaia. De acordo com relatos das profissionais durante as poucas reuniões para capacitação nas quais as enfermeiras do município se encontravam, isso também estava ocorrendo em outras USF's.

Nestes poucos encontros, outra temática bastante presente na fala das colegas enfermeiras era a insatisfação em relação às tarefas desenvolvidas. Tais tarefas pareciam estar

fora do escopo de trabalho das enfermeiras, uma vez que realizavam muitas consultas com queixas clínicas devido ao grande número de atendimentos de demanda espontânea, restringindo a atuação nas ações educativas e de prevenção em saúde.

De acordo com o exposto, comecei a questionar-me se as enfermeiras da ESF em Amparo têm desenvolvido sua prática de trabalho com o objetivo de favorecer a modificação do modelo de atenção vigente. Pelo discurso das colegas e pela minha própria experiência, passei a supor que o trabalho do enfermeiro, embora já inerente ao processo de trabalho das equipes da ESF em Amparo, ainda encontra-se fragmentado e distante do ideal proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pouco colaborando para a modificação do modelo hegemônico em prol de um modelo realmente centrado nas necessidades da população, envolvendo não apenas o aspecto biológico mas também seus aspectos culturais, sociais, econômicos, entre outros.

Sendo assim, a motivação para este estudo partiu do questionamento sobre qual seria o papel do enfermeiro na ESF em Amparo, e de que maneira o trabalho deste profissional poderia contribuir para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no município.

### **O Programa de Saúde da Família (PSF) em Amparo - 1995 a 2005**

Os dados históricos referentes a esse período e o relato de como esse processo ocorreu foi descrito por Aparecida Linhares Pimenta<sup>(3)</sup>, secretária municipal de saúde no período de 2001 a 2008, em sua tese de doutorado. Este estudo foi por mim utilizado para descrever o contexto municipal no qual ocorreu o desenvolvimento do PSF.

O início da implantação do PSF em Amparo ocorreu em 1995. O prefeito daquela época, após uma visita a Cuba, ficou impressionado com a eficiência do modelo lá implantado. Deve-se ressaltar que o prefeito representava o seguimento mais conservador do município,

elegendo-se pelo PDC (Partido Democrata Cristão). Para coordenar a implantação do PSF no município, o então prefeito convidou uma educadora sanitária para assumir a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O programa foi inicialmente implantado em quatro unidades da zona urbana, com médico apenas em meio período, e em duas unidades rurais, com médico em apenas um ou dois dias da semana. Havia apenas duas enfermeiras para supervisionar as seis unidades, e um auxiliar de enfermagem em período integral para cada unidade.

Foi necessário aumentar o quadro de recursos humanos para a expansão prevista dos serviços. Para o provimento de funcionários optou-se por realizar um processo seletivo, oferecendo diferenciação salarial para os cargos do programa de saúde da família. Em 1996 havia sete equipes com um médico, uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem, mas ainda sem a presença do agente comunitário de saúde, que foram contratados em 1997.

Em 2001, o quadro evoluiu para 11 equipes com cobertura de 50% da população, com média de mil famílias por equipe, sendo o programa de saúde da família a única modalidade adotada para organização da atenção primária no município. Mesmo assim, conforme apontado por Pimenta<sup>(3)</sup>, "os dois pronto-socorros dos hospitais gerais conveniados com o SUS produziam uma quantidade de consultas médicas muito acima do parâmetro recomendado" de acordo com os dados da portaria 1101/02<sup>(4)</sup>.

Nesse período, o processo de trabalho das unidades de saúde da família estruturava-se da seguinte forma: no período da manhã eram distribuídas 16 fichas para consulta médica dos pacientes que procuravam a unidade em demanda espontânea, atendidos por ordem de chegada. À tarde eram atendidos, pelos médicos e enfermeiras, apenas os pacientes agendados, inseridos nos programas de controle de hipertensão, diabetes, pré-natal e puericultura. Os pacientes que procuravam a unidade quando a agenda já estava completa

eram encaminhados diretamente ao pronto-socorro pelos funcionários da recepção. Além disso, a infra-estrutura das unidades não era adequada, pois muitas funcionavam em casas com estrutura adaptada e espaço restrito, sendo que muitos desses imóveis eram alugados.

O atendimento era centrado nas ações curativas e no atendimento médico, com realização de poucos grupos educativos, e as enfermeiras dividiam sua jornada de trabalho entre tarefas administrativas e acompanhamento dos agentes comunitários e auxiliares de enfermagem, com poucas consultas de enfermagem.

O sistema de informação, que constava do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), apesar de realizar a consolidação dos dados, não era utilizado para avaliação e planejamento das ações em saúde. O que verifica-se nesse momento histórico do município é que o Programa de Saúde da Família era visto como um meio de captar recursos do Ministério da Saúde, e não como um meio de reorientar o modelo de atenção em oposição ao modelo hegemônico então vigente.

A partir de 2001, iniciou-se a gestão do Partido dos Trabalhadores (PT), com uma proposta mais progressista, partido este que se mantém no poder até o momento atual, totalizando doze anos de governo. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi assumida por uma profissional experiente na gestão em saúde e com histórico de participação no movimento da Reforma Sanitária e consolidação do SUS.

Algumas mudanças foram iniciadas, tais como a abertura de concurso público para provimento dos cargos do programa de saúde da família, construção de novas unidades, elaboração do protocolo de enfermagem e ampliação das consultas de enfermagem, utilização do planejamento estratégico para reorganização do processo de trabalho das equipes, entre outras.

Verifica-se que, com a entrada de um governo progressista, a estruturação da atenção primária foi considerada como a principal diretriz para consolidação do SUS no município. Desse modo, em cinco anos de governo, ocorreu uma grande organização da rede básica de serviços no que se refere tanto à captação de recursos financeiros, contratação e capacitação de funcionários, bem como na ampliação e aprimoramento da estrutura física das unidades, o que levou o município de Amparo a ser considerado como um dos melhores modelos de atenção em saúde no país.

O que se destaca nesse momento, e que se relaciona diretamente ao processo de trabalho nas equipes de saúde da família, é a maior inserção do enfermeiro para a realização das consultas de enfermagem, até então quase inexistentes.

No início do período de gestão do PT, em 2001, a avaliação realizada pela nova secretária de saúde era de que as equipes de PSF mantinham seu processo de trabalho centrado na figura do médico, com o enfermeiro subordinado ao trabalho deste profissional. A gestão municipal tem grande responsabilidade em estimular e orientar a modificação destes processos de trabalho, muitas vezes instituídos sem discussão e participação dos atores sociais efetivamente envolvidos.

Apesar de ocorrerem grandes tensões na época, dado que tanto a população como a câmara de vereadores manifestavam-se contrários a esta mudança, a secretária de saúde se manteve firme na decisão de ampliar a atuação do enfermeiro na equipe de PSF.

A decisão de incorporar cada vez mais a consulta de enfermagem, conforme exposto na tese de doutorado da própria secretária de saúde da época, deve-se ao fato de que,

considerando que o custo do profissional médico representa o dobro do custo do profissional enfermeiro, e que a disponibilidade do profissional enfermeiro no mercado de trabalho é bem maior do que a do médico, a decisão de contar com mais profissionais médicos justifica-se mais por motivos políticos ideológicos, do que por motivos relacionados com o funcionamento do programa<sup>(3)</sup>.

Depreende-se por este trecho que uma das principais razões para aumentar a participação do enfermeiro no programa foi de origem econômica. Entretanto, não ocorreu nenhuma discussão prévia sobre como seria a participação deste profissional para que possibilitasse a real modificação do modelo médico centrado.

### **O Programa de Saúde da Família vivenciado em Amparo - 2006 a 2012**

Conforme citado anteriormente, após aprovação no concurso público municipal, fiquei um mês na USF Jd. São Dimas, USF com o maior número de população adstrita no município. Não houve exatamente um treinamento prévio à assunção do cargo. Uma das enfermeiras desta unidade é uma das servidoras que há mais tempo está no município, sendo que as primeiras informações sobre o serviço foram-me passadas por ela. Não havia manuais para seguimento dos fluxos ou rotinas, apenas o protocolo elaborado em 2001 para consulta de enfermagem, atividade esta que eu havia desenvolvido apenas durante algumas aulas da graduação em enfermagem. Logo após fui transferida para a unidade em que estou há cinco anos e meio. A unidade era composta, naquele momento, por duas equipes de saúde da família, duas equipes de saúde bucal, duas auxiliares administrativas e duas auxiliares de limpeza. Esta unidade também é campo de atividade prática para o programa de residência em medicina de família e comunidade da UNICAMP.

Neste período estava sendo realizada uma capacitação sobre hipertensão arterial para todos os médicos e enfermeiras da rede básica, da qual participei. O foco eram as novas diretrizes para o cuidado da hipertensão, e como estabelecer a classificação de risco dos pacientes hipertensos nas unidades, para melhor seguimento dos mesmos.

Este tipo de capacitação demonstra o interesse da então gestão central em atualizar os funcionários sobre temas que fazem parte do cotidiano de trabalho, melhorando a qualidade da assistência prestada à população. Outras oficinas de capacitação para os servidores da rede foram realizadas entre os anos 2007 e 2008, tais como saúde do trabalhador, saúde do adolescente, Liang Gong e dança circular, entre outros. A rotina de trabalho, no momento em que cheguei ao município, era composta da maneira como abaixo descrevo, em todas as USF's:

- 7:00h às 8:00h - Triage - Horário para atendimento dos usuários que procuram a unidade em demanda espontânea, em situações de pequenas urgências ou desconforto. Este horário foi previamente estabelecido desde 2001, mas inicialmente com um número fixo de 16 atendimentos por médico.

Em 2006, embora houvesse um número de atendimentos pré-fixado, o mesmo não era rígido, muitas vezes ultrapassando esse limite em situações de aumento da demanda ou diminuição do número de funcionários. Nenhum paciente era dispensado, todos eram atendidos em consulta médica ou de enfermagem.

Os profissionais envolvidos na realização da triagem eram um técnico de enfermagem e um enfermeiro, definidos previamente em escala. A triagem na verdade é só um nome para verificar a qual área pertence o usuário, e se o caso é para consulta médica ou de enfermagem, dado que não havia nenhuma outra forma de classificação de risco e todos os pacientes eram atendidos durante o período da manhã.

Nesse período, a consulta de enfermagem já estava bem estabelecida. Portanto, além das situações estabelecidas para consulta de enfermagem no protocolo municipal de 2001 (leucorréias, diarréias, resfriados, etc.), o enfermeiro muitas vezes atendia o excedente da consulta médica, realizando a anamnese e o exame físico, discutindo o caso com o médico da área para a conduta necessária.

- 8:00h às 9:00h - atendimento dos casos de triagem selecionados para consulta de enfermagem

- a partir das 9:00h e período da tarde - atendimento individual de pacientes agendados dos programas de hipertensão, diabetes, gestantes e puericultura, visitas domiciliares, realização de grupos, reunião de equipe e atendimento das avaliações.

Avaliação era o nome dado aos usuários que procuravam a unidade em demanda espontânea após o horário da triagem (ou seja, a partir das 8:00h). O técnico de enfermagem verificava os sinais vitais e passava o caso para o enfermeiro da área, que então realizava a anamnese e o exame físico e, quando necessário, discutia o caso com o médico para estabelecimento da conduta a ser seguida.

Se por um lado este tipo de organização possibilitava o acolhimento dos usuários em período integral, por outro sobrecarregava a equipe e descontentava os funcionários. Vale ressaltar que, nesse período, apenas a unidade na qual eu trabalhava realizava o atendimento à demanda espontânea em período integral. As demais unidades continuavam a seguir a rotina anterior, com horário pré-fixado no período da manhã e dispensando os usuários com encaminhamento informal para atendimento hospitalar após esse horário.

Ao início do ano de 2007 participei do primeiro planejamento estratégico na unidade. A equipe já havia realizado um planejamento anterior em 2005, através do qual foi possível avaliar

os avanços e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da equipe. As reuniões de equipe realizam-se semanalmente em período de duas horas durante o qual a unidade é fechada para atendimento, com participação de todos os membros da equipe, incluindo a equipe de saúde bucal e os auxiliares administrativos.

A principal discussão da equipe no planejamento de 2007 girava em torno da avaliação. Quando a avaliação havia sido instituída em 2005, o foco inicial era atender fora do horário de triagem apenas os casos urgentes que não poderiam aguardar por atendimento até o dia seguinte. Pactuou-se que, primeiramente, todos os casos seriam passados para a enfermeira da área, que então avaliaria o que seria ou não atendido pelo médico.

Entretanto, não haviam sido pactuados pela equipe quais os casos seriam considerados urgentes, e qual respaldo legal seria dado às enfermeiras para dispensarem os pacientes. O que aconteceu na prática é que todo usuário que procurava a unidade era atendido em consulta de enfermagem.

Com a sobrecarga de atendimentos de demanda espontânea, muitas das atividades de responsabilidade da enfermeira, tais como supervisão dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários, levantamento do perfil epidemiológico e ações de promoção à saúde na comunidade, não estavam sendo realizadas.

Para mim isso passou a ser um grande incômodo, dado que o trabalho da enfermeira estava concentrado no atendimento clínico, muitas vezes não previsto pelo que está estabelecido no protocolo de enfermagem, e sem treinamento e discussão para realização de clínica ampliada, e as ações de prevenção, promoção e vigilância à saúde, um dos focos principais de trabalho do enfermeiro na saúde da família, não estava sendo realizado.

Como servidora implicada neste cotidiano, em minha opinião o processo de trabalho da equipe continuava centrado na prática biomédica, apesar de o trabalho da enfermeira apresentar-se mais consolidado e já reconhecido pela população. Entretanto, o foco da consulta de enfermagem continuava sendo apenas a queixa clínica e não a orientação do indivíduo para o auto-cuidado e a promoção da saúde.

Após a discussão destas situações na reunião de planejamento, a equipe decidiu realizar um levantamento das principais queixas apresentadas pelos usuários em demanda espontânea, para então definir a linha de conduta para as mesmas.

Devido à sobrecarga de atendimentos, tal levantamento demorou mais do que o previsto para ser realizado, percorrendo quase todo o ano de 2007. Ao início de 2008, com os dados em mãos, a equipe começou a estabelecer alguns fluxos para atendimento da demanda espontânea, construindo posteriormente um protocolo de avaliação de vulnerabilidade e risco para as pequenas urgências em atenção primária.

Este protocolo, específico da USF na qual eu trabalhava, visava orientar qual a conduta a ser tomada em cada situação, de acordo com a queixa apresentada pelo usuário e os sinais aferidos pelo técnico de enfermagem. Deste modo, ficou estabelecido que, em se tratando de urgência, o caso deveria ser encaminhado diretamente ao médico, descentralizando essa avaliação da enfermeira. Se o caso não fosse urgente, deveria ser orientado pelo técnico de enfermagem a buscar atendimento no dia seguinte no horário de triagem.

Entretanto, devido a inserção de novos membros na equipe, esse protocolo é continuamente discutido e reformulado de acordo com novas necessidades percebidas pela equipe da USF Jd. Camanducaia.

Ao final do ano de 2008 fui convidada a compartilhar a coordenação da unidade de saúde juntamente com a atual coordenadora. Passei a frequentar o colegiado de gestão central e iniciei minha especialização em gestão pública em saúde. Tal experiência foi de extrema valia para ampliar meu olhar sobre o processo de trabalho da equipe e compreender melhor algumas dificuldades que ocorriam no nível central de gestão.

No início do ano de 2009, apesar de o mesmo partido se manter no poder, a secretária de saúde foi substituída. Entretanto, a nova secretária também possuía grande experiência na gestão municipal e também um histórico importante no movimento de construção e consolidação do SUS.

Apesar de ser o mesmo partido, com a mudança de prefeito o foco na área de saúde deixou de ser a atenção primária, considerada pela gestão central como já consolidada, e passou a ser a reestruturação da atenção hospitalar.

Amparo conta com dois hospitais filantrópicos, a Santa Casa Anna Cintra (SCAC) e a Beneficência Portuguesa de Amparo (BPA). A BPA, desde o início de 2000, apresentava grandes dificuldades financeiras. Conforme enfatizado por Pimenta<sup>(3)</sup>, a gestão dos hospitais era formada por voluntários despreparados para a função. Este fato, associado à inexistência de uma política específica de financiamento hospitalar por parte do Ministério da Saúde, inviabilizava economicamente a sustentação de dois hospitais de pequeno porte em um município de apenas 66.000 habitantes.

Associa-se a isso a pressão política exercida pelos vereadores e a cultura da população voltada para a assistência curativa, cujo foco até o ano de 2000 era totalmente centrada na assistência hospitalar.

Com isso, a opção política da administração municipal neste momento foi a de centralizar os recursos financeiros para a SCAC, desativando o pronto-socorro instalado na BPA no segundo semestre de 2009. Esta decisão deveu-se ao fato de que este pronto-socorro realizava em média 80 atendimentos/dia, caracterizados por procedimentos de baixa complexidade que poderiam ser absorvidos pelas unidades de saúde da família.

Foram realizadas várias reuniões com os profissionais da rede básica para discutir o acolhimento dos usuários, que passaria a ser realizado em período integral por todas as unidades para absorver a demanda do pronto-socorro da BPA.

Nesse período, por determinação da secretária de saúde, as reuniões de equipe passaram a ser realizadas com portas abertas para atendimento ao público, o que dificultou sobremaneira a discussão sobre o processo de trabalho das equipes neste momento. Os trabalhadores da rede básica não concordaram com esta mudança, mas não tiveram força política para enfrentar o poder central.

Houve um grande descontentamento por parte dos profissionais da rede, o que resultou no pedido de demissão de muitos médicos. Esse fato provocou aumento da demanda a ser respondida pelas enfermeiras. Em todos os encontros informais, as enfermeiras sempre se queixavam que não estavam fazendo seu trabalho, servindo apenas como mão-de-obra barata para o sistema.

Ao mesmo tempo, o projeto da secretaria era o de implantar o acolhimento com classificação de risco no pronto-socorro da SCAC. Para isso, as enfermeiras da ESF foram convidadas a participar da implantação do novo fluxo de atendimento na SCAC, de modo a facilitar a integração entre o hospital e a rede de saúde da família. Eu estava entre as profissionais que aceitaram colaborar com o projeto, e assumi a responsabilidade de consolidar os dados gerados pela classificação de risco na SCAC.

Sendo assim, tive a oportunidade de ter contato com os seguintes dados:

- A média mensal de atendimentos no pronto-socorro da SCAC era de 5.000 atendimentos/mês, sendo a maioria (cerca de 4.500) de pessoas residentes em Amparo, e a característica da maioria dos atendimentos eram de pequenas urgências (cerca de 68%).

- As unidades de saúde da família, através da triagem, realizavam, em média, 3.000 atendimentos de demanda espontânea por mês.

- Portanto, a média de pessoas que procuram atendimento em demanda espontânea era de 8.000/mês, o que equivaleria à cobertura de 12% da população do município.

- Através dos parâmetros estabelecidos pela portaria 1101/02<sup>(4)</sup>, espera-se de 2 a 3 consultas médicas/habitante/ano, sendo 12% para consultas de urgência. Deste modo, o total de consultas de urgência esperada para a população de Amparo seria de 24.000 consultas de urgência/ano, valor este superado em apenas um trimestre de atendimento.

Estes dados fizeram-me questionar o que acontecia no município, dado que já há 15 anos estava implantado o programa de saúde da família. Seria esperado que, após esse tempo de implantação, algo tivesse sido modificado no que diz respeito ao modelo de atenção à saúde no município. Após esse período, a população demonstrava manter uma grande dependência dos serviços e procedimentos médicos curativos, e uma baixa autonomia para lidar com seus problemas de saúde mais simples.

Conforme avaliação de Pimenta<sup>(3)</sup> no início da gestão petista em 2001,

Amparo ainda contava com um modelo médico centrado, pois as modificações na rede de serviços não foram capazes de modificar a relação dos profissionais com os usuários, no sentido de privilegiar tecnologias leves e a construção de novas subjetividades, tanto nas equipes como nos usuários.

Quase dez anos depois, pelos dados apresentados acima, verifica-se que esse modelo estava mantido, mesmo com a inserção da consulta de enfermagem. Afinal, pelo discurso das próprias enfermeiras, a consulta de enfermagem continuava a trabalhar com o modelo biológico e médico centrado, ao invés de estimular o auto-cuidado e a promoção à saúde dos usuários.

Onde estava o problema? Seria então impossível modificar o modelo hegemônico médico centrado? De que modo estava estruturado o programa de saúde da família em Amparo para não conseguir modificar esse modelo? Qual seria então o papel das enfermeiras para implementar esta mudança?

Foi essa conjuntura que me motivou à realização desta pesquisa, iniciando minha participação no programa de mestrado no segundo semestre de 2010.

Durante o desenvolvimento deste estudo, a secretária de saúde solicitou exoneração, sendo o cargo assumido pela atual vice-prefeita, que havia sido secretária municipal de saúde quando da implantação do PSF no município.

Havia neste momento um grande descontentamento por parte dos profissionais da ESF em relação a gestão central, devido ao distanciamento em relação às equipes, e principalmente no que se refere ao plano de cargos, carreiras e salários, que não foi revisto conforme solicitação dos servidores através do sindicato. Isso deflagrou a primeira greve do funcionalismo no município, que durou 15 dias, e contou principalmente com a adesão dos funcionários da área de saúde e educação.

Entretanto, a mobilização tanto do sindicato como dos servidores não foi efetiva, estando o julgamento das reivindicações ainda em tramitação na justiça do trabalho. A falta de profissionais médicos no município tornou-se um grave problema, o que levou a gestão a conceder um aumento de quase 30% no piso salarial deste profissional, como forma de atrativo

para a categoria. Nenhuma das outras categorias recebeu reajuste salarial.

Isso agravou o descontentamento dos servidores da área de saúde e deixou claro que, apesar de ser uma gestão integrante a um partido de esquerda, a mesma mantinha-se distante dos ideais de gestão democrática, e favorecia a manutenção do modelo biomédico, valorizando apenas a mão-de-obra médica, sem discutir com os servidores outras possibilidades para a crise enfrentada pelo sistema de saúde no município. Uma das principais categorias descontentes foi a de enfermagem, que sentiu-se totalmente desvalorizada pela gestão.

Durante o segundo semestre do ano de 2011, a SMS iniciou rodas de conversa com todas as enfermeiras da ESF para estabelecimento de fluxos de trabalho, capacitações e revisão do protocolo de enfermagem.

Em uma dessas reuniões, realizadas em outubro de 2011, a temática a ser discutida era justamente o papel do enfermeiro na ESF. Como, nesse período, já havia entrevistado cerca de 70% dos participantes deste estudo, fiz uma apresentação preliminar para o grupo de enfermeiras, que indicava que o foco de trabalho do enfermeiro estava se distanciando das ações de promoção e prevenção, e centralizando-se no atendimento às queixas agudas.

Iniciou-se uma reflexão por parte do grupo acerca do processo de trabalho do enfermeiro nas USF's, elaborando-se um relatório dessa reunião à secretaria de saúde. O relatório descreve a sobrecarga deste profissional nas equipes, e reitera a necessidade de dar continuidade ao tema em nova reunião, para redefinir o papel deste profissional no atendimento à demanda espontânea.

Entretanto, as reuniões subseqüentes foram canceladas com a justificativa da saída de uma das enfermeiras do grupo de gestão. As discussões sobre este tema também não foram retomadas de modo independente pelas enfermeiras da ESF.

Para analisar e compreender a inserção do enfermeiro no atual contexto da política municipal de saúde de Amparo é necessário entender como se dá a construção histórica e social do trabalho de enfermagem e, também, compreender o processo histórico no qual se insere a ESF em nosso país.



# 1. INTRODUÇÃO

---



## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde é fruto de um movimento social ocorrido em um complexo momento histórico deste país e, mesmo com os avanços ocorridos, é necessário tempo para sua consolidação e legitimação pela sociedade.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) trouxe a ampliação do conceito de saúde para além do conceito apenas biológico. Por 'saúde' há de entender-se um estado pessoal de bem-estar, ou seja, não é só a disponibilidade de serviços sanitários, como também um estado de saúde que permita a uma pessoa levar uma vida social e economicamente produtiva<sup>(5)</sup>.

Além disso, as mudanças necessárias ao setor saúde passaram a ser vistas de modo integrado a uma modificação administrativa e financeira; implicariam, assim, em uma reforma da sociedade e do Estado, integrada também às modificações nas políticas social e econômica do país<sup>(6)</sup>.

Para o Estado, a garantia ao direito à saúde implica garantir, além do acesso igualitário e com qualidade às ações e serviços de saúde, condições de vida digna à população, com trabalho, moradia, alimentação, lazer, segurança, educação e o direito à livre expressão<sup>(5)</sup>. O direito à saúde é um dos direitos citados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU):

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle<sup>(7)</sup>.

De acordo com o relatório final da 8ª Conferência, estes direitos deveriam estar assegurados constitucionalmente, além de alguns princípios para a organização dos serviços de saúde, tais como: descentralização, integralização das ações, regionalização, hierarquização, participação popular, inclusão de práticas alternativas, universalidade, equidade, atendimento com qualidade, e subordinação do setor privado às diretrizes centrais do sistema nacional de saúde.

Historicamente, no Brasil, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a gerenciar, a partir de 1966, a compra de serviços de assistência médica aos seus segurados. Tal processo se dava através de subvenções às instituições privadas de prestação de serviços, ou complementação de infra-estrutura e equipamentos<sup>(8)</sup>. Neste contexto, priorizava-se a assistência médica curativa, individualizada e fragmentada, e valorizava-se, sobretudo, a especialização dos profissionais.

A partir do final da década de 70, com a Conferência Internacional de Alma-Ata<sup>(9)</sup>, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a priorizar a atenção primária como orientadora do sistema de saúde para todos os países, de modo a minimizar custos e integrar ações de saúde, melhorando a efetividade do sistema, em busca de condições de saúde dignas e com acesso universal.

Assim sendo, a Atenção Primária (AP) passou a ser o foco para as propostas de estruturação dos sistemas de saúde. A atenção primária tem por objetivo abordar os problemas mais comuns em determinada comunidade, integrando as ações quando há mais de um problema de saúde identificado. Além disso, prioriza a atenção voltada para os demais condicionantes do processo saúde-doença, uma vez que procura aproximar o serviço de saúde da comunidade onde está inserida, formando um maior vínculo entre profissionais e população. A atenção primária procura garantir o acesso da população a todas as ações essenciais de

saúde a custos toleráveis ao sistema<sup>(9)</sup>. A atenção primária coloca também em foco um novo conceito, o de promoção à saúde. Ao invés de apenas evitar a ocorrência de doenças (prevenção), através das ações de promoção à saúde o indivíduo passa a ter controle sobre sua própria saúde, priorizando-se a orientação para o auto-cuidado dentro do contexto sócio-cultural de cada indivíduo ou grupo, com enfoque multidisciplinar<sup>(10)</sup>.

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) em 1988, as bases fundamentais para a futura organização do SUS foram demarcadas<sup>(11)</sup>. Além disso, o artigo 198 afirma a prioridade para as ações preventivas, o que demonstra que a constituição brasileira havia sido formulada de acordo com a orientação da OMS, reorientando o modelo hospitalocêntrico, até então vigente, para um modelo de saúde centrado na atenção primária.

Para regulamentar estes preceitos constitucionais, além da lei 8080/90<sup>(12)</sup> que explicita as bases operacionais do SUS, em 1992 foi elaborada a Norma Operacional Básica (NOB 92), cujo objetivo era instrumentalizar a reorganização da rede de serviços, e citava a mudança do modelo centrado na doença de quem procura atendimento, para um modelo de atenção integral, com ações de promoção e prevenção para toda a população<sup>(13)</sup>.

Com a criação da NOB 96, o poder público municipal passa a ter consolidado seu papel como gestor da atenção à saúde de seus municípios. Esta NOB também redefine os papéis de cada esfera de governo e estabelece critérios de financiamento mas, principalmente, redefine a orientação do modelo de atenção em saúde:

... redefine o vínculo dos usuários com os serviços de saúde, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social ... o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes. O modelo que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre profissional e paciente... deve ser transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas... bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais básicos - as famílias<sup>(14)</sup>.

Neste contexto, o Ministério da Saúde estabelece o Programa de Saúde da Família como estratégia reordenadora do modelo de atenção à saúde no país, a partir de 1994.

## 1.1 Modelos Tecnoassistenciais em Saúde

A determinação do conceito de saúde e das necessidades prioritárias a serem abordadas são elementos essenciais para definição de todo o processo de trabalho em saúde.

De acordo com a Carta de Lubiana promulgada pela OMS em 1996,

"Os sistemas de atenção de saúde deveriam ser dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e direcionados para a atenção primária"<sup>(9)</sup>.

As metas a serem atingidas, quais os recursos humanos e materiais necessários, e qual será o modo de produção e gestão dos serviços de saúde depende de qual modelo de atenção será utilizado.

"Modelos assistenciais são construções históricas e sociais, condicionados pelo desenvolvimento das sociedades e resultante de processos de disputa entre diversos atores sociais."<sup>(15)</sup>.

"O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade"<sup>(16)</sup>.

Como citado por Merhy, Malta & Santos <sup>(17)</sup> "*o projeto tecnoassistencial apóia-se em conhecimentos que definem o que é problema de saúde, como devem ser as práticas de saúde, quais serão os trabalhadores necessários e para quem essas práticas são dirigidas.*" Além disso, o modelo tecnoassistencial adotado expressa uma determinada maneira de conformação do Estado e de seu poder político.

A definição expressa por Teixeira<sup>(18)</sup> afirma que modelos assistenciais são

combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Nesse sentido, um modelo de atenção não é simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde. Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Desse modo, Goulart<sup>(15)</sup> considera que não há modelo isento de interesses e que, portanto, não existe modelo que possa ser considerado como certo ou errado, mas, sim, se o modelo está adequado ao projeto político e aos objetivos ao qual se propõe, sendo estes objetivos representativos dos interesses de determinados grupos sociais.

Segundo Teixeira, Paim & Vilasboas<sup>(19)</sup> "*a opção por determinado modelo de atenção não está isenta de finalidades e valores, explícitos ou implícitos. Um mesmo rótulo ou proposta pode expressar-se concretamente em práticas distintas.*"

A estrutura fundamental de um modelo depende da concepção que se tem sobre o processo saúde-doença. Esta concepção segue determinantes históricos, políticos e sociais. O modelo tecnoassistencial apresenta variáveis complexas, tais como necessidades em saúde, recursos humanos e materiais, infra-estrutura, campo de saberes e conhecimentos da área de saúde, interligação entre os diversos serviços assistenciais, modos de produção das ações e práticas de saúde, entre outros.

Considerar todas essas variáveis para formulação e estruturação de um modelo na prática não é tarefa das mais fáceis. Deste modo, faz-se de extrema importância a participação dos diversos atores sociais envolvidos (trabalhadores, usuários e gestores) antes da escolha de qual modelo de atenção será seguido, considerando-se as necessidades específicas de saúde de determinada população.

Portanto, a escolha de qual modelo será adotado não pode ocorrer de forma vertical, direcionada apenas pelos interesses do grupo gestor, e sem a compreensão de cada um dos atores envolvidos sobre seus determinantes.

Sendo assim, é necessário conhecer como têm sido estruturados os modelos de atenção à saúde no país para compreender sua atual conformação, para então refletir sobre a eficácia do modelo vigente, dificuldades apresentadas e perspectivas de mudança.

## 1.2 Histórico dos Modelos Tecnoassistenciais em Saúde no Brasil

É importante considerar que os modelos de saúde adotados expressam sempre uma conformação político-ideológica de um determinado momento histórico, atrelado às necessidades econômicas e sociais de determinada sociedade. Desse modo, o conceito de saúde e doença e as necessidades em saúde modificam-se ao longo do tempo de acordo com os interesses de determinados grupos dominantes<sup>(17)</sup>.

Com a consolidação do capitalismo, nas primeiras décadas do século XX, a concepção de saúde era traduzida pela ausência de doenças. Esta concepção está ligada à necessidade de manutenção da força de trabalho para o contínuo funcionamento das indústrias. Portanto, um modelo que apresentasse a cura das doenças era o mais adequado no momento. Assim, o paradigma estruturado com base no relatório Abraham Flexner, a partir de 1910, apoiava-se em elementos como o individualismo, o mecanicismo e a especialização de procedimentos, respondendo às necessidades da época<sup>(20)</sup>.

Com a evolução da ciência médica e o avanço tecnológico para o diagnóstico e tratamento das doenças, durante as décadas de 50 e 60 a indústria para produção de equipamentos, exames e medicamentos cresceu, desenvolvendo-se um novo mercado, o da saúde. Portanto, o modelo então adotado servia tanto à recuperação da força de trabalho como à inclusão de novos meios de produção capitalista.

Neste contexto, o modelo de saúde brasileiro privilegia o setor privado, gerando dificuldade de acesso aos serviços para os segmentos menos favorecidos da sociedade.

Diante disso e devido aos altos gastos gerados por este tipo de assistência, a partir do final da década de 50 inicia-se a corrente preventivista, que marca a ruptura com a assistência essencialmente curativa, incorporando a história natural das doenças para compreensão do

processo saúde-doença. Com isso inicia-se a prática preventiva, mas ainda focada em uma concepção apenas biológica do ser humano e centrada na prática médica<sup>(21)</sup>.

Com essa ruptura ideológica proporcionada pela corrente preventivista, ao final da década de 60 surgiu a Medicina Comunitária, que passou a incorporar os determinantes sociais para constituição do processo saúde-doença. Um dos diferenciais trazidos por essa corrente foi a captação de agentes locais em determinadas comunidades para orientações básicas em saúde, diminuindo, assim, os custos do sistema.

Entretanto, havia uma dicotomia entre as ações preventivas (ordenadas pelo Ministério da Saúde) e as atividades assistenciais (centralizadas pelo INAMPS). Este modelo mostrou-se ineficiente e com altos custos para sua sustentabilidade, além de propiciar desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços prestados.

Neste contexto, a partir da década de 70 iniciou-se a corrente da Saúde Coletiva, inserindo a saúde no plano das políticas sociais, enfatizando as ações macropolíticas que possam modificar as condições de vida e, por consequência, favorecer as condições de saúde da população. O modelo teórico da Saúde Coletiva *"procura compreender, enfim, as formas como a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los."*<sup>(21)</sup>

No contexto internacional, em 1978, na Conferência de Alma Ata, passou-se a valorizar o investimento em atenção primária em saúde. Além dos cuidados primários, a integração entre promoção, prevenção, cura e reabilitação (integralidade do atendimento), desconcentração de recursos, introdução de novas práticas interdisciplinares, e a participação da comunidade passaram a ser o foco para a mudança das ações de saúde.

As ações básicas de saúde, tanto preventivas quanto curativas, deveriam ser ofertadas

universalmente, e com custos viáveis para os governos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a ser a principal difusora do investimento em atenção primária no mundo.

Foi a partir de então que, no Brasil, desenvolveram-se os ideais da Reforma Sanitária, movimento que se fortaleceu durante a década de 80, juntamente com o processo de redemocratização do país. A Reforma Sanitária possuía o ideal de construir no coletivo a ideia do direito democrático à saúde, do acesso igualitário, da gestão social democrática do processo de trabalho em saúde, reconceitualização do processo saúde-doença, incorporação do pensamento estratégico para o planejamento, e crítica às práticas hegemônicas em saúde<sup>(22)</sup>.

Os preceitos da Reforma Sanitária formaram a base da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que, quatro anos depois, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual a saúde passou a ser "direito de todos e dever do Estado", formalizava o arcabouço jurídico necessário para a articulação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1990.

Entretanto, havia uma lacuna entre o que postulava a lei 8080 e as atividades assistenciais cotidianas dos serviços de saúde. Com o intuito de melhor orientar a descentralização dos serviços, e sua conseqüente ampliação e inserção nas diversas regiões do país, o Ministério da Saúde lança, em 1994, o Programa de Saúde da Família, cujo principal objetivo era ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

Com isso, o MS estimula a implantação de novas equipes através de financiamento específico, adotando a ESF como a principal política de expansão da rede de atenção primária no país, para modificação do modelo tecnoassistencial vigente.

Portanto, para análise deste modelo, não se pode excluir o contexto no qual a ESF foi elaborada. O cenário político em meados da década de 90 era então dominado por um governo neoliberal, e a economia foi marcada pelas políticas de ajuste fiscal induzidas por órgãos

internacionais, como o FMI e o Banco Mundial<sup>(20)</sup>.

Com isso, o setor saúde sofreu a diminuição de recursos financeiros, e as políticas de saúde eram focadas nas camadas mais necessitadas da população. Some-se a este contexto o fato de o modelo de atenção prevalente até então ser o modelo biomédico, o qual também orienta a formação dos profissionais de saúde.

As práticas assistenciais adotadas até o momento refletem o interesse de grupos que obtém lucro com a mercantilização de produtos e equipamentos para a cura de doenças. As necessidades de saúde atuais são reflexas da subjetividade capitalista, que induz ao consumo de serviços e medicamentos. Não representam as necessidades reais da maioria da população<sup>(18)</sup>.

Com isso, conclui-se que um modelo de atenção, para ser eficaz, precisa ser elaborado através da participação dos diversos sujeitos que irão compor sua estrutura: usuários, trabalhadores e gestores, através de espaços democráticos de gestão, propiciando a modificação dos processos de trabalho até então instituídos<sup>(17)</sup>.

Evidencia-se, então, a grande dificuldade vivenciada, no momento, pela ESF: modificar, em pouco mais de uma década, toda uma estrutura elaborada para trabalhar sob a restrita perspectiva do modelo biomédico. Alterar o modo já enraizado de produção dos serviços de saúde, focado na execução de procedimentos individuais e centrado no trabalho médico, para um modo de produção de saúde centrado nas necessidades da população.

## **1.3 Correntes da Saúde Coletiva**

### **1.3.1 Vigilância em Saúde**

A corrente da vigilância em saúde tem sido o eixo teórico adotado para reorientação do modelo assistencial no SUS, expressando-se na prática através das diretrizes da ESF<sup>(19)</sup>.

A vigilância em saúde utiliza-se da epidemiologia para fundamentar as ações em saúde, predominante sobre a prática clínica. A saúde é vista como produto social inerente a vários fatores, entre eles: biologia, estilo de vida, meio ambiente e serviços de saúde.

Essa corrente pressupõe apreender as desigualdades sociais inerentes a um determinado território, deslocando-se do eixo exclusivo de controle dos determinantes em saúde para uma compreensão das relações sociais existentes, produtoras dessas desigualdades. Portanto, transcende o espaço institucional da saúde para elaboração de ações intersetoriais.

A oferta dos serviços não deve ser organizada através somente da demanda espontânea mas, sim, de acordo com as características epidemiológicas detectadas, avaliando as principais causas de morbi-mortalidade da população em questão.

O principal exemplo desta corrente é a Estratégia de Saúde da Família, adotada atualmente pelo Ministério da Saúde. Entretanto, dentro da ESF o conhecimento clínico é desvalorizado em detrimento do saber epidemiológico, e o interesse coletivo predomina sobre as necessidades individuais, não favorecendo a produção de sujeitos autônomos, utilizando-se de práticas prescritivas e burocráticas. A APS é vista como única porta de entrada para o sistema, que é hierarquizado em níveis de atenção, não ocorrendo integração entre estes níveis. Não há sugestão para organização do atendimento à demanda espontânea. Para a gestão utiliza-se o planejamento estratégico, mas não há a democratização das decisões.

De acordo com Franco & Merhy<sup>(23)</sup>, a ESF, ao utilizar-se do núcleo teórico da vigilância em saúde, não apresenta inserção na clínica, apresentando, portanto, baixa potência para reverter o modelo médico hegemônico. Por mais que a ESF tenha ampliado o acesso da população aos serviços de saúde, o atendimento às urgências, processo este também muito importante para a população, não é considerado para a organização dos serviços.

Outro ponto é que a composição restrita da equipe, sendo a mesma para qualquer região do país, não permite uma adequação dos recursos humanos de acordo com as reais necessidades e estruturas disponíveis em cada território. Além disso, a ESF ainda centra seu processo de trabalho na produção de procedimentos, ao invés da produção do cuidado. Segundo Carvalho, *"estratégias de territorialização, hierarquização, planejamento e programação, embora importantes e necessárias, não são suficientes para a transformação do modo concreto de se produzir saúde"*<sup>(21)</sup>.

### 1.3.2 Promoção à Saúde

Essa corrente tem início no Canadá durante a década de 70, após a publicação do relatório Lalonde, no qual questionava-se a abordagem exclusivamente médica devido aos resultados pouco significativos<sup>(24)</sup>. O relatório Lalonde apresentava um conjunto de ações para intervir sobre comportamentos individuais não saudáveis, relacionando os fatores ambientais, biológicos, estilo de vida e organização dos serviços para produção da saúde. O conceito de risco e o conhecimento epidemiológico são utilizados para definição das prioridades de intervenção.

Entretanto, de acordo com Carvalho<sup>(24)</sup>, isto poderia servir às políticas neoliberais para culpabilizar o indivíduo sobre seu estado de saúde, não interferindo nas estruturas sociais que influem negativamente sobre as condições de saúde da população.

Neste sentido, surge durante a década de 80 o movimento da Nova Promoção à Saúde, apresentado durante a 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada no Canadá em 1986.

O principal documento elaborado nesta conferência foi a Carta de Ottawa, segundo a qual *"promoção é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo... a saúde é o principal recurso para o desenvolvimento econômico e social"*<sup>(24)</sup>.

Seu enfoque é o estímulo ao auto-cuidado, favorecendo a construção da cidadania e de sujeitos críticos e participativos em todo o processo do cuidado em saúde.

A Nova Promoção à Saúde segue a linha de Alma-Ata (Saúde para Todos no Ano 2000), e propõe estratégias que possibilitem o alcance deste objetivo, tais como: a implementação de políticas públicas saudáveis, organização de ambientes sustentáveis, reorientação dos serviços

de saúde, desenvolvimento das capacidades individuais e fortalecimento das ações comunitárias<sup>(21)</sup>.

O diferencial da Nova Promoção à Saúde é a discordância da responsabilização exclusiva dos sujeitos pelo seu modo de vida, dado que o comportamento individual é socialmente influenciado.

O eixo central desta corrente é o conceito de "empowerment". Consiste em aumentar a capacidade dos indivíduos e coletivos sobre o controle dos determinantes em saúde. O "empowerment" refere-se a um

indivíduo comedido, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com princípios abstratos de justiça e de equilíbrio.<sup>(21)</sup>

A estratégia principal para promoção do "empowerment" são as ações de educação em saúde, direcionadas para um processo de construção crítica da cidadania. Neste contexto, a educação em saúde não é vista apenas como um repasse de informações mas, sim, como um meio de apoiar indivíduos e coletivos no processo de reflexão sobre os seus problemas e necessidades, questionando as estruturas existentes, de modo a modificá-las, melhorando sua condição de saúde.

Para isso, o fortalecimento da auto-estima, o estímulo à solidariedade, e a criação de espaços públicos para promover a participação popular na identificação e análise crítica de seus problemas de saúde, são ações que devem fazer parte das estratégias de educação em saúde. De modo restrito, o "empowerment" pode ser entendido como a promoção e o ensino para o auto-cuidado de modo crítico e reflexivo.

No Brasil, um dos principais expoentes dessa corrente é o modelo em Defesa da Vida, elaborado ao final da década de 80.

Este modelo apresenta como pressupostos a incorporação dos trabalhadores e usuários para a efetivação da gestão democrática, valorizando o sujeito na tomada de decisões que interferem diretamente no seu cotidiano de trabalho.

Além disso, a incorporação da clínica ampliada, do projeto terapêutico e do atendimento às pequenas urgências na unidade básica favorecem a aproximação e o vínculo dos trabalhadores com os usuários, facilitando a identificação das reais necessidades da comunidade.

Este modelo valoriza a relação intersubjetiva entre os diversos atores envolvidos, ou seja, o processo que ocorre na relação pessoal entre o usuário e o trabalhador, ou na relação deste com o gestor, é fator determinante para a mudança dos processos de trabalho e consolidação de um modelo contra-hegemônico, modificando o modo de produção em saúde. *"Produzir saúde significa contribuir para o aumento do coeficiente de autonomia dos indivíduos e coletivos para viver a vida, possibilitando-lhes lidar com as limitações decorrentes da doença, da genética e do contexto psicossocial"* <sup>(21)</sup>.

#### **1.4 A Estratégia de Saúde da Família como Reorientadora do Modelo Tecnoassistencial no País**

O Programa de Saúde da Família tem como objetivo modificar o enfoque assistencial e aprimorar as propostas do SUS; sua implantação em todo o país é induzida através de uma política específica de financiamento para o programa<sup>(10)</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>(25)</sup> a proposição do programa era focalizar a atenção na família e em seu meio social. Através da atuação do agente comunitário de saúde (ACS), o objetivo seria o de integrar o conhecimento popular aos cuidados em saúde para favorecer maior resolubilidade das ações básicas e maior racionalidade na utilização dos demais níveis de assistência do sistema.

O PSF torna-se, em seu início de implantação, uma das prioridades políticas do MS, transformando-se em uma estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente para um modelo centrado na atenção primária que possibilitasse a efetivação prática das diretrizes do SUS. A partir de 2006, o programa passa a ser denominado Estratégia de Saúde da Família<sup>(25)</sup>.

Com a portaria 648/06, o Ministério da Saúde oficializa a ESF como prioritária para reorganização da atenção primária no país<sup>(26)</sup>. Além disso, esta portaria identifica quais são as atribuições e responsabilidades de cada núcleo profissional e sua atuação conjunta em relação à comunidade.

Estabelece que a equipe da ESF deve ser composta por um médico clínico geral, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, atendendo a uma população máxima de 4000 habitantes, com adscrição dessa clientela em um território específico.

A ESF operacionaliza suas ações através do núcleo teórico da epidemiologia e vigilância em saúde, para análise e identificação dos problemas, integrado a uma oferta organizada dos serviços, a partir do conhecimento das necessidades da população de um determinado território. O referencial teórico principal insere-se na corrente da Vigilância à Saúde, cujo objeto de trabalho são os modos de transmissão e fatores de risco das doenças, e uso de tecnologias de comunicação social para mobilização de grupos em defesa de condições adequadas de saúde<sup>(17)</sup>.

Entretanto, a corrente da Vigilância em Saúde apresenta pequena inserção na prática clínica, não demonstrando grande potencial para mudança do modelo hegemônico médico-centrado. Para Franco e Merhy<sup>(23)</sup>, as diretrizes da ESF não são suficientes para mudança do modelo, pois há pouco impacto na reorientação do processo de trabalho.

Ao não questionar a modificação da prática clínica, a ESF apresenta uma nova dicotomia entre as ações realizadas no coletivo, sob responsabilidade da equipe multiprofissional, e as ações realizadas individualmente, centradas na prática médica.

Vale ressaltar que a expansão numérica das equipes da ESF não vem acompanhada de um salto qualitativo na assistência. Em muitos municípios, a ESF é implantada apenas como um modo de atrair recursos financeiros, e distancia-se totalmente da proposta de mudança do modelo de atenção<sup>(3)</sup>.

O que se observa no cotidiano de trabalho das equipes da ESF logo após sua implantação, conforme apontado por Aguiar<sup>(27)</sup>, é a manutenção da hegemonia médica, centrada no atendimento individual e na produção de procedimentos. Mesmo quando há outros profissionais envolvidos, a clínica médica mantém sua soberania.

A demanda por pronto-atendimento também prevalece e, com isso, mantém-se a

fragmentação das ações em saúde. Mesmo quando esse atendimento à demanda espontânea ocorre em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a fragmentação das ações continua a ocorrer, e o pronto-atendimento acaba por suplantar as ações de prevenção e promoção<sup>(28)</sup>.

Apesar de as considerações destes autores terem sido feitas em período muito curto após a implantação do PSF no país, no caso do município de Amparo, após 15 anos de implantação do programa, observa-se que essas críticas são verdadeiras.

Outro ponto a ser ressaltado é que a ESF propiciou a inserção de outros profissionais, dentre os quais se destaca a atuação do enfermeiro, cujo campo de trabalho neste setor expandiu-se sobremaneira nos últimos anos<sup>(29)</sup>.

Entretanto, percebe-se que a prática da enfermagem na atenção primária não foi modificada em relação a sua atuação dentro do hospital. Observa-se que o modelo biomédico mantém-se como foco de atuação do enfermeiro, seja na atenção hospitalar ou na primária, colaborando, deste modo, para a legitimidade deste modelo médico centrado, ao invés de colaborar para sua modificação, como proposto pelas diretrizes da ESF.



## **2. OBJETIVO**

---



## **2. OBJETIVO**

### **Objetivo Geral:**

Analisar a prática de enfermeiras da ESF no município de Amparo/SP.

### **Objetivos Específicos:**

1. Descrever, através dos dados coletados nas entrevistas, as atividades das enfermeiras da ESF em sua rotina de trabalho.

2. Identificar, entre as enfermeiras da ESF, conceitos que sinalizam o conhecimento sobre a construção teórica de um modelo tecnoassistencial em saúde, e a utilização destes conceitos para a elaboração de sua prática profissional na ESF.

3. Identificar perspectivas e limites para atuação da enfermeira na ESF, através de sua percepção, na elaboração de propostas de ação com vistas à qualificação da prática de enfermagem, fundamental para consolidação da promoção em saúde e melhoria da qualidade de assistência prestada à população.



### **3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

---



### 3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Conforme citado na introdução deste trabalho, o movimento da Reforma Sanitária trouxe um novo conceito sobre o processo saúde-doença para além de seus determinantes apenas biológicos. Com isso trouxe também a reflexão sobre as práticas de saúde hegemônicas e novas propostas de orientação do trabalho em saúde.

A proposta de mudança de modelo, por si só, não garante a mudança das práticas realizadas. Para isso, é necessário compreender o processo de trabalho em saúde, no qual a enfermagem se insere, para então possibilitar as transformações necessárias no cotidiano de trabalho.

Todo trabalho possui a intencionalidade de transformação de algo para o atendimento de uma necessidade. Esse processo de transformação supõe, primeiro, a concepção ideológica de qual é essa necessidade. A finalidade de um trabalho é, portanto, atender a uma necessidade. Para isso, são utilizados instrumentos e conhecimentos específicos que possibilitem a modificação da matéria-prima em um objeto final que atenda à necessidade previamente percebida<sup>(30)</sup>.

Portanto, todo processo de trabalho é composto por um objeto (sobre o qual o trabalho é aplicado), instrumentos (direcionam a transformação aplicada ao objeto) e uma finalidade (motivo pelo qual o trabalho é realizado)<sup>(30)</sup>.

Na área de saúde, o objeto de trabalho é extremamente complexo, considerando o ser humano em seus aspectos biológico, psicológico, social, econômico, cultural, político e religioso. Os instrumentos utilizados são denominados por Merhy de tecnologias duras, leves e moderadas. Os equipamentos e materiais utilizados para realização de exames e

procedimentos compõem as tecnologias duras. O conhecimento técnico utilizado para operar a tecnologia dura é denominado de tecnologia leve-dura. Segundo Franco & Merhy, além dos instrumentos e conhecimento técnico, há também o campo das relações interpessoais que se produzem entre usuários e trabalhadores. *"Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional porque depende do Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo."*<sup>(23)</sup> Este instrumento de relações é chamado de tecnologia leve.

Cada profissional de saúde desenvolve o seu trabalho como parte de um trabalho coletivo, e cada núcleo atua sobre um objeto compartilhado - o ser humano. O resultado não é um produto material, o produto é indissociável do processo de produção, é a própria assistência que é produzida e consumida simultaneamente.<sup>(31)</sup>

Historicamente, o modelo tecnoassistencial estruturou-se em torno do trabalho médico, e a produção de cuidados está centrada na produção de procedimentos dependentes de tecnologias duras e leve-duras, com um processo de trabalho centrado em atos normativos e prescritivos<sup>(22)</sup>.

O modelo tecnoassistencial que considera o usuário como protagonista da produção do seu cuidado é estruturado valorizando a implementação das tecnologias leves para construção do processo de trabalho nos serviços. A finalidade do trabalho em saúde passa a ser a produção de cuidados para o ganho de autonomia do usuário, e não a produção de procedimentos.

Sendo assim, e considerando que o foco de um modelo em consonância com os princípios do SUS encontra-se na consolidação da APS com incorporação de novas práticas em saúde, na descentralização dos procedimentos médicos e nas ações de promoção à saúde, a

atuação do enfermeiro na ESF apresenta-se como um dos principais colaboradores para a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde.

O interesse em compreender, numa perspectiva crítica/analítica, a efetividade da prática das enfermeiras nas equipes de saúde da família é justificado pela sua relevância ao surgir como prática social para legitimar-se no contexto político do setor saúde, de modo a contribuir para a construção de um projeto político para a Enfermagem, por acreditar que essa prática poderá facilitar a construção de novos saberes, e por entendê-la na perspectiva de produção de novos conhecimentos no sentido de elaborar proposições para a efetivação desse modelo de atenção<sup>(32)</sup>.

### **3.1 O Processo de Trabalho e a Prática dos Enfermeiros: da Constituição como Profissão à Atuação em Saúde da Família**

Desde a antiguidade, várias eram as sociedades, desde a Roma e Grécia antigas, que contavam com a presença de mulheres para prestação de cuidados a crianças e indivíduos pobres<sup>(33)</sup>. Essa prestação de cuidados ocorria dentro do núcleo familiar, comumente realizado pela mulher.

A partir da era cristã, cuidar de pessoas doentes e necessitadas, proporcionando-lhes conforto físico e espiritual, passou a ser uma das maneiras pela qual o indivíduo poderia expiar seus pecados<sup>(34)</sup>.

Os hospitais surgiram durante a Idade Média para assistência aos doentes empobrecidos, com o intuito de afastá-los do convívio social. Estas instituições surgem ligadas

a ordens religiosas, expressando-se, no Brasil, através das Santas Casas de Misericórdia.

Assim, nos primórdios da enfermagem evidenciam-se práticas de cuidado aos enfermos e necessitados, caracterizando-se inicialmente como um trabalho caritativo, fosse domiciliar ou nos hospitais, com forte influência religiosa. Nesse momento, a enfermagem era praticada por mulheres leigas, das quais era exigida uma postura abnegada, subserviente e obediente, herdada das ordens religiosas que administravam os hospitais.

Com o advento do capitalismo e a necessidade de recuperação da força de trabalho, o hospital se torna um espaço direcionado à cura. O saber médico ocupa esse espaço, e surgiu a necessidade de o cuidado prestado ser melhor qualificado.

Esta necessidade evidenciou-se na Guerra da Criméia (1854-1856), quando Florence Nightingale desenvolveu aspectos específicos para o cuidado com os soldados ingleses no hospital militar, diminuindo o número de óbitos. Após isso, Florence foi convidada a desenvolver seu trabalho em outros hospitais ingleses<sup>(35)</sup>.

Apenas em meados do século XIX, a partir dos estudos de Nightingale, a enfermagem passa a ter um caráter profissional para cujo exercício seria necessária uma formação específica. Em seu livro "Notes on Nursing", Florence destaca as principais atividades a serem desenvolvidas pela enfermeira no cuidado aos doentes, ressaltando a importância dos cuidados para com o ambiente onde se encontrava o enfermo<sup>(36)</sup>.

Diante disso, Florence Nightingale evidenciou a necessidade de uma *"preparação formal e sistemática para aquisição de conhecimentos de natureza distinta daquele buscado pelos médicos"*, sendo a precursora da sistematização das técnicas de cuidados aos enfermos<sup>(36)</sup>. Com isso, inaugura a chamada "enfermagem moderna", estruturando a Escola Nightingale, em Londres, que desenvolvia suas atividades junto ao Hospital St. Thomas<sup>(35)</sup>.

Para ser admitida na Escola Nightingale haviam preceitos morais e educacionais exigidos. As moças provenientes de classe social mais elevada e que podiam custear seus próprios estudos destinavam-se à supervisão das tarefas, e eram chamadas de "lady-nurses". As moças de nível social inferior, denominada "nurses", prestavam cuidados diretos aos enfermos, e o ensino era custeado pela própria instituição em troca de trabalharem posteriormente no hospital pelo período de um ano<sup>(35)</sup>.

Nightingale legitimou a hierarquia e disciplina no trabalho de enfermagem, trazidas de sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação, subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social<sup>(34)</sup>.

A consolidação da enfermagem enquanto prática profissional ocorreu dentro da instituição hospitalar, através de normas e rotinas rigidamente impostas, que visavam o controle do corpo e o fazer pelo doente, estando subordinado ao campo de conhecimento médico e biológico, estruturando-se sob a divisão do trabalho entre o manual e o intelectual<sup>(37)</sup>. As primeiras escolas de enfermagem estruturaram-se como modo de fornecer mão-de-obra para o trabalho nos hospitais, no final do século XIX na Europa<sup>(34)</sup>.

No Brasil, em 1890, o ensino de enfermagem foi instituído na Escola Profissional de Enfermeiros, ligado ao Hospital Nacional de Alienados. Em 1901 iniciou-se o curso de enfermagem no Hospital Evangélico de São Paulo, e em 1916 a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, com o intuito de preparar socorristas para atuarem na Primeira Guerra Mundial. Apenas em 1923 é instituída a primeira escola de enfermagem no Brasil sob administração direta de enfermeiros, a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública, anexa ao Hospital Geral deste departamento, com o propósito de possibilitar o saneamento dos portos no Rio de Janeiro<sup>(38)</sup>.

Embora destacavam-se as disciplinas de caráter preventivo no currículo desta escola, ao

final da década de 40 a área hospitalar surgia como principal campo de trabalho para o enfermeiro, direcionando a estrutura curricular de enfermagem para as clínicas especializadas<sup>(38)</sup>.

Observa-se, portanto, que o ensino de enfermagem é moldado de acordo com as demandas econômicas e sociais de determinado período histórico. No período após a Segunda Guerra Mundial, os estudos de tempo e movimento destacaram-se na produtividade das fábricas com os estudos de Taylor e Fayol, e isso foi transposto para a atuação da enfermagem, consolidando a divisão do trabalho dentro da profissão. A finalidade do trabalho passa a ser a execução de tarefas<sup>(34)</sup>.

Com a inclusão dos auxiliares de enfermagem, o enfermeiro passou a assumir cada vez mais atividades burocráticas, distanciando-se do seu objeto de trabalho que, segundo Horta<sup>(39)</sup> *"é assistir o ser humano no atendimento a suas necessidades básicas, valendo-se de princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais"*.

De acordo com Horta<sup>(39)</sup>, cabe à enfermagem desenvolver atividades para prevenção de doenças, manutenção, promoção e recuperação da saúde, promovendo interação entre o homem e o meio ambiente, para a realização máxima do seu potencial de saúde. Para isso, utiliza-se de um mosaico de conhecimentos provenientes das mais diversas áreas da ciência, tais como biologia, filosofia, química, psicologia e antropologia, entre outros.

Na década de 70, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) passou a direcionar a formação de enfermagem, destacando a inclusão dos conhecimentos epidemiológicos e da Medicina Comunitária. Em 1977, o Ministério da Saúde publicou os "Padrões de Assistência de Enfermagem à Comunidade", estruturando a prática de enfermagem através de ações da vigilância epidemiológica, identificação de riscos na comunidade, administração do serviço, entre outras ações descritas neste documento<sup>(35)</sup>. Com a expansão da rede de atenção

primária, os enfermeiros passaram a atuar cada vez mais na vigilância epidemiológica e nas Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>(40)</sup>.

A partir da década de 90, com a expansão da Estratégia de Saúde da Família na qual cada equipe deve ter um enfermeiro, o quantitativo de enfermeiros atuando em atenção primária foi ampliado.

Entretanto, a mudança na formação destes profissionais tem ocorrido de modo vagaroso, mantendo-se prioritariamente centralizada na atenção hospitalar, no saber médico e biológico e na divisão do trabalho<sup>(41)</sup>.

E é este o campo de conhecimentos que é transposto para a atuação do enfermeiro na atenção primária, mantendo a fragmentação de seu campo de conhecimento e distanciando-o do seu real objeto de trabalho, ou seja, da assistência integral ao ser humano.

Em revisão de literatura, observam-se vários estudos sobre a prática do enfermeiro em saúde da família, que descrevem como principais atividades a realização de consulta de enfermagem, visitas domiciliárias, grupos educativos, atividades gerenciais, e procedimentos de enfermagem. Observa-se uma grande centralidade nos procedimentos e consultas individuais e, em segundo plano, ficam as atividades administrativas. Mesmo quando há atuação em grupos educativos, observa-se uma prática prescritiva e centrada no saber biológico<sup>(41)</sup>.

Através da literatura estudada, infere-se que a atual prática das enfermeiras na ESF mantém-se centrada na consulta de enfermagem, embasada no modelo biomédico. Poucos são os estudos que descrevem a utilização de uma teoria de enfermagem ou de um instrumento próprio para orientar o processo de trabalho do enfermeiro na atenção primária.

Pelas características de sua formação e pelo rol de conhecimentos inerentes à profissão, além do grande número de profissionais que atuam na ESF - 31.883 equipes em

fevereiro de 2011<sup>(29)</sup> - o enfermeiro é um profissional de extrema importância para que os cuidados à promoção em saúde e o ensino para o auto-cuidado sejam de fato inseridos no cotidiano dos serviços, colaborando para o fortalecimento da atenção primária no país.

Assim sendo, analisar a atual prática dos enfermeiros em saúde da família é necessária para identificar as perspectivas e dificuldades existentes, buscando elementos que sinalizem a mudança de atuação deste profissional no atual contexto da saúde coletiva.

Identificar as práticas inerentes ao cotidiano de trabalho destes profissionais na ESF possibilita a elaboração de um adequado planejamento de suas ações para que, de fato, favoreça uma modificação do atual modelo biomédico para um modelo centrado nas reais necessidades da população atendida.

## **4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**



## 4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 4.1 Local de Estudo e Sujeitos da Pesquisa

O levantamento de dados para este trabalho foi realizado no município de Amparo/SP, nas Unidades de Saúde da Família sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

Há 20 equipes, incluindo equipes de saúde bucal, distribuídas em 14 Unidades de Saúde da Família. A distribuição das enfermeiras nas USF's se dá conforme quadro abaixo:

**Tabela 1: Números de enfermeiras por USF e população adstrita**

USF	Nº Enfermeiras 40h/sem	Nº Enfermeiras 20h/sem	População adstrita	Nº Enf/ 1000 hab.
Vale Verde/ MARP**	1	-	3833	0,13
Areia Branca/ Pedrosos/Boa Vereda/ Rosas**	1	1	6019	0,24
Jd. América	2	-	6627	0,30
Jd. São Dimas	3	-	9153	0,32
Jd. Moreirinha	2	-	6039	0,33
Pinheirinho	3	-	8026	0,37
Jd. Brasil	2	-	5158	0,38
Três Pontes*	1	1	3805	0,39
Jd. Camanducaia	3	-	7099	0,42
Arcadas*	1	1	2950	0,50
Jd. Silvestre	1	1	2876	0,52

Fonte: dados da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, abril/2011

\* USF's com divisão do território entre zona urbana e rural

\*\* USF's em território rural

De acordo com os dados apresentados, verifica-se que mesmo na USF onde a proporção de enfermeiros/1000 habitantes é maior (0,52 na USF Jd. Silvestre), ainda assim

este número está abaixo da média nacional (1,43 enfermeiro/1000 habitantes) e do que é recomendado pela OMS (2 enfermeiros/1000 habitantes). Com isso, pode-se inferir que o número de profissionais menor do que o recomendado interfere negativamente no desempenho desses profissionais, causando sobrecarga de atividades<sup>(42)</sup>.

Todos os funcionários são contratados mediante realização de concurso público municipal, sob o regime de contratação Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com carteira assinada e recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Há gratificação por tempo de serviço incorporada ao salário e plano de carreira atrelado à via acadêmica, no momento em revisão. A jornada de trabalho contratada pelo edital de concurso é de 40 horas semanais.

No total são 24 enfermeiras concursadas para a função específica de Enfermeiro em Saúde da Família, mas duas exercem funções no ambulatório de especialidades e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Não há capacitação específica dos servidores que irão atuar em Saúde da Família. Os funcionários são inseridos diretamente nos postos de trabalho, independente do tempo de formação e/ou experiência na área, e o aprendizado das funções ocorre no cotidiano de trabalho sem supervisão específica.

Foram sujeitos deste estudo enfermeiros de Saúde da Família que atualmente desempenham sua função em USF's do município de Amparo, e que concordaram em participar da pesquisa, com consentimento livre e esclarecido (apêndice I). Espera-se adesão total de 21 participantes, excluindo a pesquisadora.

Desse total, deve-se ressaltar que 4 enfermeiras dividem sua jornada de trabalho entre duas unidades, com 20 horas em cada USF, o que já descaracteriza o vínculo de 40 horas

semanais exigido pela ESF.

#### **4.2 O Método: Pesquisa Qualitativa**

Trata-se de estudo qualitativo que tem como objetivo identificar e analisar as práticas profissionais referidas pelas enfermeiras, desenvolvendo-as sob uma perspectiva crítica.

De acordo com Minayo,

pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas<sup>(43)</sup>.

Assim, é possível apreender a realidade através da projeção da subjetividade de cada um dos atores sociais envolvidos, dado que as relações sociais são dinâmicas. De acordo com a autora,

a discussão crítica do conceito de “Metodologias Qualitativas” nos induz a pensá-las não como uma alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas a aprofundar o caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada<sup>(43)</sup>.

Sendo este trabalho desenvolvido no campo da saúde, faz-se necessário depreender qual a significação desse fenômeno. Por se tratar de algo complexo e com significações diferentes de acordo com os valores e crenças de cada classe social, é preciso identificar, através da pesquisa, "*as posições frente à realidade... preocupações e interesses de classes e de grupos determinados*"<sup>(43)</sup>.

Assim, *"a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais envolvidos estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto de pesquisa até o resultado do trabalho."*<sup>(43)</sup>.

Desse modo, a abordagem fenomenológica é uma das mais relevantes para o campo da saúde, pois consegue apreender, mesmo que não totalmente, a realidade cotidiana da vivência humana. O ponto de partida é o senso comum que permeia o objeto estudado uma vez que este já se encontra, de certo modo, interpretado pelos diversos atores sociais de acordo com sua visão de mundo e seus interesses <sup>(43)</sup>.

*"O propósito é revelar os significados subjetivos implícitos que penetram no universo dos atores sociais"* <sup>(43)</sup>, considerando a posição social dos mesmos, o contexto histórico no qual se encontram e a intersubjetividade que ocorre entre eles.

Com isso, tem-se que o tema para este tipo de pesquisa surge de problemas inerentes à vida cotidiana, e qualquer que seja o local para o desenvolvimento da mesma, os sujeitos encontram-se em uma relação dinâmica com o ambiente e entre si mesmos.

O discurso destes sujeitos encontra-se tomado por ideias próprias, inerentes a cada indivíduo, ao mesmo tempo em que também representa, sem estar consciente disso, os interesses e ideais de determinado grupo social.

Com isso, tem-se que a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas para este tipo de trabalho, dado que a fala dos sujeitos revela condições estruturais e de valores inerentes ao grupo no qual se encontra. Na entrevista semi-estruturada, o pesquisador deixa espaço para o aparecimento de conteúdos não previstos inicialmente. O ambiente onde o indivíduo desenvolve suas atividades tem grande importância para a compreensão dos significados que ele próprio estabelece.

Para Bourdieu *apud* Minayo<sup>(43)</sup> "*todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas.*" Devido a isso, é possível realizar uma generalização suficientemente representativa dos interesses do grupo em questão. Para isso, a amostra deverá ser capaz de refletir as múltiplas dimensões existentes no cenário escolhido para o estudo.

Através do senso comum é possível analisar o modo como o grupo elabora e expressa a sua realidade, fenômeno este denominado representação social. A representação social indica a "*reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento... Expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Enquanto material de estudo, essas percepções são consideradas consensualmente importantes.*"<sup>(43)</sup>.

As representações sociais se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas... Sua medição privilegiada é a linguagem do senso comum..., devem ser analisadas criticamente, uma vez que correspondem às situações reais de vida<sup>(43)</sup>.

Na pesquisa qualitativa, a análise dos dados deve proporcionar um olhar abrangente sobre os mesmos, além de integrá-los na totalidade social no qual foram produzidos.

Assim sendo, o método de escolha para tratamento dos dados deste trabalho é a análise de conteúdo, pois, segundo Campos<sup>(44)</sup>, este método objetiva a busca do significado de uma determinada mensagem, tendo por finalidade a produção de inferências. Inferência é "*uma operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras.*"<sup>(45)</sup>.

De acordo com Moreira<sup>(46)</sup>, a análise de conteúdo visa "*a compreensão e interpretação dos relatos dos sujeitos, os quais emitem uma opinião sobre determinado assunto, carregada de sentidos, significados e valores.*"

*"O mais importante não é o conteúdo manifesto da mensagem, mas o que ela expressa graças ao contexto e circunstâncias em que se dá"* <sup>(43)</sup>, ou seja, articula significantes e significados avaliando o contexto e o processo de produção da mensagem.

A análise de conteúdo surgiu nos Estados Unidos entre as décadas de 40 e 50, como um instrumento de análise das comunicações, na tentativa de interpretar mensagens as quais poderiam conter um outro significado que não apenas o que estava explícito.

O objetivo da análise de conteúdo é a ultrapassagem da incerteza; é descobrir conteúdos e estruturas que confirmem o que se pretende demonstrar. É verificar se aquilo que o pesquisador "vê" na mensagem existe realmente, e se essa visão particular pode ser generalizada<sup>(45)</sup>.

A análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens <sup>(45)</sup>.

A análise de conteúdo é também considerada como *"uma técnica que consiste em apurar descrições de conteúdo muito aproximativas, subjetivas, para pôr em evidência com objetividade a natureza e as forças relativas dos estímulos a que o sujeito é submetido"* <sup>(45)</sup>.

O tratamento dos resultados compreende a inferência e a interpretação dos dados. A interpretação dos dados é um recorte adotado pelo pesquisador em relação ao ser humano e ao mundo. Afasta-se a ideia de neutralidade, pois é importante a presença do pesquisador em sua forma humana<sup>(46)</sup>. Sendo assim, é necessário ressaltar que a pesquisadora deste trabalho

desenvolve suas atividades laborais no campo selecionado para estudo.

### **4.3 Procedimentos adotados para a Análise de Conteúdo.**

- Pré-análise do material: é a fase de transcrição das entrevistas e leitura flutuante do texto produzido, comparando com os dados anotados no diário de campo, atentando para comportamentos que chamaram a atenção do pesquisador.

Nesta fase deixam-se fluir as impressões para apreensão da ideia geral do texto, sistematizando as ideias iniciais.

Em função da hipótese pré-determinada para o trabalho é que são escolhidos os índices; a menção explícita de um tema em uma mensagem<sup>(45)</sup>. O indicador é elaborado pela frequência com que este índice aparece na mensagem.

- Exploração do material: é a fase descritiva em que se decompõe o conteúdo explícito da mensagem. Para isso é necessário escolher as unidades de codificação ou de registro/significação.

A unidade de registro pode ser uma palavra-chave, um tema pré-estabelecido, ou uma frase que chamou a atenção do pesquisador<sup>(46)</sup>. O tema é geralmente utilizado para estudar opiniões, atitudes e tendências do sujeito entrevistado<sup>(45)</sup>. A unidade de contexto, por sua vez, é a que serve para a compreensão da unidade de registro. Isto posto, passa-se a enumeração das unidades de registro em um determinado texto.

Primeiro avalia-se a frequência absoluta com que determinada unidade aparece no

texto, dado que sua importância é proporcional ao número de vezes em que é enunciada. Entretanto, a medida da intensidade com que determinada unidade aparece, independente de sua frequência, é imprescindível para a análise das tendências e atitudes. Isto pode ser feito avaliando-se adjetivos e advérbios que acompanham as unidades de registro. Outros itens importantes a serem considerados é a ordem em que essas unidades são citadas no texto, e a existência, ou não, da frequência de associações entre elas<sup>(45)</sup>.

Após a identificação das unidades de registro, procede-se à categorização das mesmas. A categorização é a fase na qual realiza-se a aproximação entre os conceitos teóricos pré-determinados e o conteúdo encontrado na mensagem.

Para estabelecer uma categoria é necessário estabelecer as unidades de significação que constituem um determinado conceito-chave. Os conceitos-chaves são pressupostos constantes na teoria utilizada para embasar a análise dos dados.

As características de uma categoria devem ser:

- Exclusão mútua: um elemento não pode fazer parte de mais de uma categoria
- Homogeneidade: devem-se agrupar elementos com características comuns
- Pertinência: a categoria deve pertencer ao quadro teórico pré-definido e refletir os objetivos da pesquisa
- Objetividade e fidelidade: os índices que determinam a inclusão de um elemento em uma categoria devem ser claramente definidos
- Produtividade: a categoria deverá remeter à produção de índices de inferência.
- Análise do material: realização de inferências e interpretação dos dados obtidos.

Segundo Bardin<sup>(45)</sup>, "*a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção*" da mensagem analisada.

A inferência é a dedução lógica a partir de indicadores produzidos na fase exploratória do material. As variáveis inferidas a partir desses dados podem ser de natureza psicológica, cultural, econômica, entre outras. Procura-se identificar quais os antecedentes que levaram a produção de determinada mensagem, e quais as possíveis consequências deste mesmo enunciado, identificando ideologias, tendências e atitudes do grupo estudado.

Sendo assim, uma vez realizadas as inferências sobre os dados, retorna-se ao referencial teórico para a interpretação dos mesmos. Neste momento identificam-se os aspectos individuais representativos de uma determinada realidade, elaborando-se algumas proposições que passam a ser consideradas como verdadeiras para um determinado grupo estudado<sup>(46)</sup>.

#### **4.4 Procedimento para Coleta de Dados**

Foi solicitada anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo para desenvolvimento da pesquisa, sendo o pedido deferido, por se tratar de estudo que avalia diretamente o trabalho desenvolvido no município.

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas em maio de 2011 e aprovado para execução.

A apresentação da pesquisa aos sujeitos envolvidos foi realizada em entrevistas individuais agendadas entre os meses de agosto e dezembro de 2011. Todos os enfermeiros participantes foram devidamente esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, e quanto à

possibilidade de recusarem-se a participar, além da garantia do anonimato.

#### **4.4.1 Instrumento de Coleta de Dados**

A obtenção dos dados realizou-se por entrevista aberta, semi-estruturada, composta por uma sequência de perguntas norteadoras (apêndice II), feitas oralmente pelo entrevistador. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, para que o conteúdo de cada entrevista pudesse ser analisado detalhadamente.

O pré-teste para validação do instrumento foi realizado com duas enfermeiras que trabalham em saúde da família no município de Santo Antonio de Posse.

Para complementar a análise da pesquisa foi também consultado, como fonte secundária, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) referente ao ano de 2011. Este sistema permite a quantificação do número de consultas, visitas domiciliares e demais atividades desenvolvidas pelos profissionais da ESF.

#### **4.4.2 Categorias Empíricas**

**Categoria 1:** Atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho

Subcategorias – Atividades realizadas com maior frequência

- atividades consideradas como mais importantes

- a polêmica sobre o acolhimento

**Categoria 2:** O modelo tecnoassistencial em saúde sob a perspectiva das enfermeiras

Subcategorias – O conceito de modelo tecnoassistencial

- Aplicação do conceito de modelo tecnoassistencial para elaboração da prática de enfermagem na ESF

**Categoria 3:** Estruturação e avaliação do processo de trabalho pelos enfermeiros

Subcategorias – a percepção dos enfermeiros sobre sua prática

- facilidades e dificuldades do cotidiano de trabalho

- sugestões apresentadas para a mudança do processo de trabalho

- o trabalho de enfermagem e sua contribuição para a mudança do

modelo tecnoassistencial

- a enfermagem e a construção de seu papel na ESF – seu campo e núcleo de atuação.



## **5. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS**

---

## 5. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Das 21 enfermeiras, apenas uma recusou-se a responder o questionário por achar que poderia haver implicações administrativas, dado que a mesma é coordenadora de uma das USF's. Portanto, 20 enfermeiras participaram da pesquisa, sendo 100% do sexo feminino, o que reitera o perfil sócio-histórico desta profissão. O período de coleta de dados foi prorrogado até o mês de dezembro devido a algumas enfermeiras encontrarem-se em período de férias ou licença médica.

### 5.1 Caracterização Sócio-Demográfica e Perfil Profissional

O perfil pessoal e profissional distribui-se conforme as tabelas a seguir:

**Tabela 2: Distribuição por faixa etária das enfermeiras que trabalham na ESF de Amparo/SP**

<b>Faixa etária</b>	<b>Nº absoluto</b>	<b>Porcentagem %</b>
< 30 anos	1	5
30 a 34 anos	11	55
35 a 39 anos	3	15
40 a 44 anos	1	5
45 a 49 anos	1	5
50 a 54 anos	2	10
55 a 59 anos	0	0

> 60 anos	1	5
-----------	---	---

**Tabela 3: Ano de conclusão da graduação das enfermeiras que trabalham na ESF de Amparo/SP**

<b>Período de Conclusão</b>	<b>Nº Absoluto</b>	<b>Porcentagem %</b>
2005 - 2010	4	20
2000 - 2004	8	40
1990 - 1999	4	20
Anterior a 1990	4	20

Observa-se que a maioria das profissionais (55%) encontra-se na faixa etária de 30 a 34 anos, sendo que 70% está na faixa etária de 30 a 39 anos. A maioria (60%) possui menos de 8 anos de formação, ou seja, fizeram a graduação em um período em que a ESF já estava concretizada enquanto política de reorientação do modelo assistencial. Treze enfermeiras graduaram-se em instituição privada (65%) e sete em instituição pública (35%). Apenas uma enfermeira (5%) participa de entidades sociais, sendo esta o conselho local de saúde.

**Tabela 4: Realização de curso de pós-graduação**

<b>Pós graduação</b>	<b>Nº Absoluto</b>	<b>Porcentagem %</b>
Nenhuma	4	20
1 especialização (lato sensu)	8	40
2 especializações (lato sensu)	4	20
3 especializações (lato sensu)	4	20
mestrado (stricto sensu)	1	5

Observa-se por estes dados que a maioria possui ao menos um curso de pós-graduação, denotando a importância da continuidade dos estudos para estas profissionais.

Quanto a atualização dos conhecimentos profissionais, 15 (75%) responderam que procuram atualizar-se sempre que acham necessário, buscando informações na internet.

Três enfermeiras (15%), responderam que raramente se atualizam, uma (5%) se atualiza uma vez por mês e uma (5%) se atualiza quinzenalmente. Entre as dificuldades apontadas, duas referiram não terem tempo disponível para se atualizarem, duas referiram dificuldades orçamentárias, pois acham os cursos muito caros, e uma referiu desmotivação.

**Tabela 5: Leitura de revistas da área de saúde**

<b>Frequência</b>	<b>Nº Absoluto</b>	<b>Porcentagem %</b>
Sim	7	35
Às vezes	8	40
Não	5	25

A revista do COREN foi citada por 13 enfermeiras, a revista Nursing foi citada por 5 profissionais, a revista de medicina de família por uma, e a revista da sociedade brasileira de imunização por uma das enfermeiras.

O que é inferido através destes dados é que, embora a maioria das enfermeiras referem que se atualizam de acordo com o necessário, isto é uma perspectiva subjetiva, dado que cada profissional irá buscar o conhecimento que mais lhe interessa, no momento em que julgar necessário.

Isto denota a necessidade de uma política de educação permanente na SMS para estas profissionais, elaborada através das necessidades apontadas pelos serviços e levantamento de dados epidemiológicos, para melhor direcionar as ações em saúde.

**Tabela 6: Tempo de trabalho no município na Estratégia de Saúde da Família**

<b>Tempo de trabalho</b>	<b>Nº Absoluto</b>	<b>Porcentagem %</b>
< 1 ano	1	5
1 a 2 anos	2	10
3 a 5 anos	6	30
6 a 10 anos	9	45
> 10 anos	2	10

Observa-se que a maioria (55%) está trabalhando no município há mais de 5 anos. O tempo de permanência no serviço facilita a formação de vínculo com a equipe e a comunidade, além de maior conhecimento sobre as rotinas do serviço e sua integração com as demais instituições da rede municipal. Apenas uma enfermeira possui outro vínculo empregatício no momento da entrevista, lecionando em escola técnica de enfermagem.

## **5.2 Atividades Desenvolvidas no Cotidiano de Trabalho**

De acordo com a lei federal 7498/86<sup>(47)</sup>, que regulamenta o exercício profissional de enfermagem, as atividades privativas do enfermeiro incluem a direção do órgão de enfermagem da instituição; planejamento, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem; consulta e prescrição de enfermagem; cuidados diretos e de maior complexidade que necessitem tomada de decisão imediata, entre outras. Como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro deve contribuir no planejamento, execução e avaliação da programação em saúde; na prescrição de medicamentos estabelecidos nesses programas; na educação visando à melhoria da saúde da população, entre outras atividades.

Conforme a portaria 648/06<sup>(26)</sup> que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, são atribuições específicas do enfermeiro: realizar assistência integral às pessoas e famílias na unidade, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar consultas de

enfermagem; planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde; realizar atividades de educação permanente para a equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde; participar do gerenciamento dos insumos para o funcionamento da USF.

Entre as atribuições comuns a todos os profissionais, incluem-se as seguintes atividades: participar da territorialização; realizar o cuidado em saúde da população adscrita; realizar ações de atenção integral; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos; realizar a escuta adequada das necessidades dos usuários em todas as ações; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a participação da comunidade; participar das atividades de educação permanente; garantir a qualidade do registro das atividades.

Descrever todas as atividades realizadas pelo enfermeiro no cotidiano de trabalho é algo complexo. Mas conhecer quais são essas atividades e como são realizadas é passo importante para compreender o processo de trabalho que atualmente ocorre nas unidades de saúde da família.

Diversos autores definem que o trabalho de enfermagem, independente do campo de atuação, é realizado nas dimensões assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa, articulado a outros trabalhos em saúde<sup>(48)</sup>.

Entretanto há uma grande diversidade de práticas de enfermagem. Conceituá-las e descrevê-las de modo uniforme para que possibilite uma análise correta dos dados é a tarefa inicial. Para isso, em 1991, o Conselho Internacional de Enfermeiras iniciou o projeto de Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem. Isso ocorreu porque o trabalho de enfermagem não apresentava dados que expressassem qual seu objeto de trabalho e o resultado de suas ações, não sendo, portanto, passível de ser avaliado e, conseqüentemente, reestruturado<sup>(49)</sup>.

Mas esse sistema estava direcionado às ações desenvolvidas na área hospitalar. Por tal motivo, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em 1996, iniciou o projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), com o intuito de repensar o processo de trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva, tendo como referência os pressupostos da Reforma Sanitária.

A CIPESC pode ser pensada enquanto instrumento do processo de trabalho assistencial do enfermeiro, mas não só. Ela possibilita visibilizar as estruturas maiores que organizam o trabalho da enfermagem, ao mesmo tempo, podem se tornar um poderoso instrumento potencializador da avaliação processual dos resultados, benefícios e impactos da ação da enfermagem<sup>(50)</sup>.

O fato é que, não havendo uma categorização das práticas de enfermagem realizadas na unidade de saúde da família, não há possibilidade de avaliá-las e, portanto, de repensá-las e transformá-las. Sendo assim, descrever as atividades realizadas pelas enfermeiras da ESF é o primeiro passo para compreender o processo de trabalho atualmente estabelecido.

### **5.2.1 Atividades realizadas com maior frequência**

Quanto às atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho, três das entrevistadas são coordenadoras de unidade, acumulando as funções dentro da mesma jornada de trabalho.

Foi realizada uma pergunta aberta solicitando a descrição das atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho. A intenção foi a de observar quais seriam as atividades citadas espontaneamente.

Em seguida foi questionado com quais atividades é dispendido o maior tempo da

jornada de trabalho. Os resultados apresentam-se conforme as tabelas abaixo:

**Tabela 7: Atividades citadas pelas Enfermeiras como inerentes ao seu cotidiano de trabalho**

<b>Atividades</b>	<b>Citada por (nº absoluto)</b>	<b>Porcentagem %</b>
Vigilância epidemiológica	1	05
Conselho de saúde	1	05
Reuniões de equipe	4	20
Discussão de caso	6	30
Checagem de exames	8	40
Burocracia*	8	40
Procedimentos	9	45
Supervisão de ACS	9	45
Visita domiciliar	10	50
Grupos educativos	11	55
Supervisão dos técnicos	12	60
Acolhimento/ atendimento a demanda espontânea	20	100
Agendados/ atendimento a pacientes programáticos	20	100

\*Burocracia: preenchimento de relatórios, planilhas, checagem de exames, notificações.

**Tabela 8: Atividades com as quais dispõem maior carga horária da jornada de trabalho**

<b>Atividade</b>	<b>Citada por (nº absoluto)</b>	<b>Porcentagem %</b>
Acolhimento/ atendimento a demanda espontânea	8	40
Agendados/ atendimento a pacientes programáticos	11	55
Burocracia	1	5

De acordo com os dados acima, observa-se que as atividades de acolhimento e atendimento de pacientes agendados (programáticos), foram citadas por 100% das

profissionais, sendo ambas denominadas de consulta de enfermagem. O mesmo não ocorre com as demais atividades, citadas por apenas uma parcela das profissionais. Do mesmo modo, estas duas atividades foram citadas como as que ocupam a maior parte da jornada de trabalho.

#### **5.2.1.1 Avaliação quantitativa do relatório do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) – Produção de Marcadores para Avaliação (PMA2)**

Foram levantados, através do SIAB, os dados referentes ao relatório PMA2 (Produção de marcadores para avaliação) de todas as equipes de Saúde da Família cadastradas no município, durante o ano de 2011. O período de um ano foi escolhido para evitar distorções entre as equipes devido à diminuição de produção durante o período de férias e licença dos profissionais.

O relatório PMA2 é um consolidado mensal da produção de cada equipe e, também dos principais agravos ocorridos em cada território. Os dados que constam no relatório PMA2 são: total de consultas médicas realizadas, distribuídas por faixa etária; tipo de atendimento, de acordo com os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (puericultura, pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino, DST/AIDS, diabetes, hipertensão, hanseníase e tuberculose); exames complementares solicitados pelo médico; encaminhamentos para outros serviços, internação domiciliar, procedimentos realizados pela equipe, entre os quais o atendimento individual do enfermeiro, e visitas domiciliares, separadas por profissional (médico, enfermeiro, agente comunitário, outros profissionais de nível superior e profissionais de nível médio).

Os dados referentes às atividades programáticas são apresentados por equipe. Portanto, não é possível verificar quantas dessas consultas programáticas foram realizadas pelo enfermeiro. Não há também diferenciação entre as consultas eletivas para usuários não cadastrados nos programas e as consultas para demanda espontânea.

As demais atividades (procedimentos de enfermagem e realização de grupos e reuniões) também são avaliadas por equipe, não sendo possível verificar quantas dessas atividades foram realizadas exclusivamente pelo enfermeiro.

Sendo assim, o modelo de avaliação atualmente utilizado pelo Ministério da Saúde baseia-se em dados produzidos individualmente pelo médico, sendo que os demais dados são de produção da equipe como um todo, não diferenciando a produção de cada um de seus profissionais.

Deste modo, observa-se que, prioritariamente, a avaliação do trabalho do enfermeiro está centrada na produção de procedimentos individuais, como a consulta e a visita domiciliar, não sendo possível quantificar as demais atividades realizadas. Seria necessário um levantamento de dados específicos no município sobre o trabalho do enfermeiro para melhor caracterizar quais as atividades desenvolvidas e a proporção de cada uma dentro da jornada de trabalho deste profissional.

Os dados apresentados na tabela 9 referem-se à produção de consultas e visitas domiciliares realizados pelos enfermeiros no ano de 2011. O total geral de consultas e visitas foi obtido através do relatório PMA2, distribuídos por Unidade de Saúde da Família.

**Tabela 9: Produção dos enfermeiros de acordo com o relatório PMA2**

<b>Equipe</b>	<b>Nº de Enf 40h/ sem</b>	<b>Nº Enf/ 1000 hab</b>	<b>Nº Total de Visitas Domiciliares</b>	<b>Nº VD/ Enf</b>	<b>Nº Total de Consultas Enfermagem</b>	<b>Nº consultas/ Enfermeiro</b>	<b>Nº CE/ hab/ ano</b>
Boa Vereda/ Rosas/ Areia Branca Pedrosos**	1,5	0,24	030	20	1206	804	0,20
Arcadas*	1,5	0,37	063	63	2235	1165	0,43
América	2	0,33	118	16	4357	1459	0,48
Vale Verde/ MARP **	1	0,13	051	051	1842	1842	0,48
Camand.	3	0,30	272	59	5010	2178	0,65
Três Pontes*	1,5	0,42	044	<b>90</b>	2799	1670	0,70
Jd Brasil	2	0,39	133	88	4143	1866	0,73
Pinheirinho	3	0,50	190	42	3496	1490	0,75
São Dimas	3	0,38	168	66	8408	2071	0,80
Moreirinha	2	0,32	032	56	2919	1459	0,91
Jd Silvestre	1,5	<b>0,52</b>	093	62	3456	<b>2304</b>	<b>1,20</b>

CE - consulta de enfermagem

VD - visita domiciliar

\* USF's com divisão do território entre zona urbana e rural

\*\*USF's em território rural

Das unidades abaixo descritas, deve-se ressaltar que:

- A USF Jd. Moreirinha teve uma das enfermeiras afastadas por licença maternidade, além de permanecer até o início do segundo semestre sem médico fixo em nenhuma das duas equipes

- A USF Três Pontes também teve uma das enfermeiras afastadas por licença

maternidade

- A USF Jd. Brasil e Jd. Pinheirinho também apresentaram déficit de profissional médico em uma de suas equipes

Observa-se, pelo quadro acima, que há muita discrepância entre o número de consultas e o número de visitas realizadas por cada profissional em cada USF. Isso demonstra uma heterogeneidade na organização do processo de trabalho em cada USF.

O parâmetro colocado pela ESF é que uma equipe deve atender uma população de 2400 a 4500 pessoas, o que daria a média de 0,22 a 0,41 enfermeiro/1000 habitantes. Diante desse parâmetro, o número de enfermeiros estaria adequado em todas as USF's.

De acordo com os parâmetros colocados pela portaria 1101/02<sup>(4)</sup>, espera-se um total de 0,50 a 1 consulta/habitante/ano de outros profissionais de nível universitário que não o médico. Não há parâmetro específico para cobertura da consulta de enfermagem. Pelos dados levantados, observa-se que a cobertura média apenas da consulta de enfermagem é de 0,40 consulta/habitante/ano, levando-se a supor que a média de atendimento de outros profissionais de nível superior aproxime-se do parâmetro sugerido.

Pela portaria 1101/02<sup>(4)</sup>, considerando 30 horas semanais de trabalho do enfermeiro, e a realização de 3 consultas de enfermagem/hora, o potencial seria de 396 consultas por mês para cada enfermeiro, o que daria, considerando 11 meses de trabalho, descontando-se um mês de férias, 4356 consultas por profissional/ano. Apenas 10 horas da carga horária semanal do enfermeiro seria destinada para todas as outras atividades.

Este número estaria muito acima do que foi encontrado nos dados do município. Entretanto, deve-se ressaltar que a portaria 1101/02<sup>(4)</sup>, novamente, apresenta parâmetros de avaliação de um modelo médico centrado, com foco no atendimento individualizado.

Verifica-se que, para estruturar quais parâmetros serão utilizados para avaliar a produção das equipes é necessário, antes, definir quais os objetivos devem ser atingidos e o que é esperado de cada profissional, de acordo com o modelo de atenção adotado.

Infere-se através dos dados apresentados pelo SIAB e pelo relato das entrevistadas que o trabalho das enfermeiras realmente está concentrado no atendimento individualizado, sendo o foco principal a consulta de enfermagem.

Os dados encontrados em Amparo corroboram o estudo de Marques<sup>(51)</sup>, no qual também observa-se que o atendimento individual prevalece sobre as demais atividades, reafirmando a situação já apontada pelos estudos de Silva et al<sup>(40)</sup> e Benetti<sup>(48)</sup> no município de Campinas/SP, e também do estudo de Nauderer & Lima<sup>(52)</sup>, realizado em Porto Alegre/RS.

Em estudo realizado por Ermel & Fracoli<sup>(53)</sup>, no município de Marília/SP, os dados obtidos também foram a centralização das ações na visita domiciliar e na consulta de enfermagem, ambas voltadas para o indivíduo, reiterando a lógica da prática curativa, com postura prescritiva, e não considerando as dimensões psicossociais envolvidas no processo saúde/doença.

### **5.2.2 Atividades consideradas como mais importantes**

Dado a maior carga horária despendida no atendimento individual (seja na consulta de enfermagem agendada/programáticos, ou na demanda espontânea, chamada pelas enfermeiras de acolhimento) e nas atividades burocráticas, muitas relatam falta de tempo para a realização de outras atividades, como se observa pelas falas a seguir:

*"Como em todas as unidades, logo que chego de manhã eu faço o acolhimento e depois*

*tem o atendimento dos programáticos, aí se sobra um tempinho eu já começo a fazer a parte burocrática, vendo exames, resolvendo esses assuntos" (E10).*

*"Faço o acolhimento logo pela manhã, o atendimento dos agendados, eu tento fazer a supervisão da equipe de enfermagem, dos agentes comunitários..." (E11).*

*"As outras questões de supervisão, de educação em saúde, a gente não tem conseguido fazer isso" (E12).*

*"Hoje se resume em fazer avaliação de risco e vulnerabilidade, atender agendamento de consulta de enfermagem, hipertenso, diabético, puericultura, gestante e parte burocrática" (E20).*

*"Procedimento de enfermagem muito pouco, só quando aperta e dá pra participar" (E1)*

*"A gente faz milagre, né? ... muita burocracia, muito papel" (E5)*

*"Tudo junto e misturado, não tem tempo assim de falar eu faço isso, isso e isso. Você nunca sabe o que você vai encontrar durante o dia." (E14)*

*"Nossa senhora, que doidura, hein?" (E19)*

Ao serem questionadas sobre qual atividade seria a mais importante, metade das profissionais relatou ser o atendimento dos pacientes agendados (programáticos).

Questiono se a importância dada ao atendimento agendado é realmente assim considerada pelas profissionais que a citaram, ou se isto é influência da maior carga horária destinada a esta atividade, preconizada como uma das principais a serem desenvolvidas pelo ESF.

**Tabela 10: Atividades consideradas como as mais importantes pelas Enfermeiras da ESF**

## Amparo

Atividade	Citada por (nº absoluto)	Porcentagem %
Acolhimento/ atendimento a demanda espontânea	1	05
Supervisão ACS	2	10
Vínculo	2	10
Grupos educativos	2	10
Supervisão técnicos de enfermagem	2	10
Todas	3	15
Educação em saúde	4	20
Agendados/ atendimento a pacientes programáticos	10	50

Sendo assim, a prática das enfermeiras na ESF de Amparo estrutura-se a partir das ações programáticas determinadas pelo Ministério da Saúde, como se depreende pelas falas a seguir, quando questionadas sobre as atividades do cotidiano:

*"Bom, consultas de rotina, programáticos, hipertensão, diabetes, puericultura, resultado de papanicolaou." (E2)*

*"Nas duas unidades que eu tô são mais as consultas de enfermagem, né, que vai desde o diabético, hipertenso, a puericultura, o atendimento à gestante, papanicolaou." (E3)*

A atividade de educação em saúde é considerada como a segunda mais importante, apontada por 4 (20%) profissionais. Destacam-se, neste ponto, duas coisas: a atividade de educação em saúde não foi citada quando solicitado que descrevessem suas ações cotidianas. Além disso, sendo colocada em separado das demais atividades, supõe-se um momento específico para realização da mesma, quando, dentro do modelo de promoção à saúde, espera-se que este conceito permeie todas as outras atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, assim como a criação de vínculo, citado por 10% (2 profissionais).

Apenas três enfermeiras (15%) apontaram todas as atividades como sendo importantes, aproximando-se um pouco mais do conceito de integralidade na sua prática cotidiana:

*"Eu acho que tudo acaba sendo importante, porque uma coisa tá amarrada com a outra né? Acho que não dá pra você destacar uma coisa só. Acho que se você escolhesse uma coisa só, você não tá trabalhando num PSF, né?" (E7)*

*"Não sei qual é a mais importante, acho que todas têm seu peso, sua importância, né, num tem como, é tudo." (E8)*

*"Eu acho que todas são importantes, eu acho que todas têm um significado, uma importância diferente. Eu acho que uma coisa que é importante e que tô deixando de lado devido a todas as outras coisas que preciso fazer é dar um pouco mais de atenção pras agentes comunitárias, mas todas são importantes." (E10)*

### **5.2.3 A polêmica sobre o acolhimento**

A atividade de acolhimento foi citada separadamente como mais importante por apenas uma das enfermeiras. Este achado é contrário ao identificado no estudo de Benetti <sup>(48)</sup>, no qual o acolhimento, além de ser a atividade mais frequente, também foi considerada como a mais importante pelas enfermeiras do município de Campinas/SP.

*"Eu acho importante a função do acolhimento, porque a pessoa tá naquele sofrimento agudo, então eu acho que a gente tem que acolher esse paciente sim." (E17)*

O acolhimento refere-se, na fala das entrevistadas, ao atendimento dos pacientes que procuram a unidade em demanda espontânea. Pela citação das profissionais, em seu conceito, esta é a atividade menos importante a ser desenvolvida em seu cotidiano, embora ocupe um grande espaço na jornada de trabalho.

*"O que acho mais importante seria exclusivamente a consulta de enfermagem, que muitas vezes a gente acaba atropelando pra fazer um acolhimento, né, dessa demanda espontânea." (E4)*

*"Mais importante... acho que as consultas agendadas mesmo, porque a avaliação de risco, na verdade, eu acho que não deveria existir." (E9)*

*"Olha, o acolhimento fica muito concentrado nas queixas, tanto agudas como crônicas. Dá muito pouco tempo pra você trabalhar aquilo que realmente cabe à enfermeira, que é a orientação, a educação. O acolhimento é um pouco frustrante pra enfermeira porque a gente percebe que a gente ainda vive assim num momento médico-centrado, né?" (E15)*

No contexto observado, o termo acolhimento está associado à realização da avaliação de vulnerabilidade e risco para os pacientes não agendados, que visa definir se o paciente será atendido em consulta médica ou de enfermagem, mas que implica, impreterivelmente, uma consulta por algum dos profissionais.

Essa confusão na aplicação do termo distorce sua real conceituação. O acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial <sup>(54)</sup>.

Segundo Merhy, Campos & Cecílio<sup>(55)</sup>, o acolhimento *"consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários; uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção."*

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento <sup>(56)</sup>.

De acordo com Puccini & Cecílio<sup>(57)</sup>, o acolhimento propõe atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; e reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do atendimento médico para uma equipe multiprofissional.

O que ocorreu na ESF em Amparo é que esse deslocamento do atendimento médico centrou-se na consulta de enfermagem, desvinculando-se de sua conceituação original. Ou seja, ao invés de o usuário ser orientado logo em sua chegada por qualquer outro profissional da equipe sobre os fluxos do sistema, ele é encaminhado para o técnico de enfermagem que, após a verificação da queixa, é diretamente direcionado para uma consulta de enfermagem. Isto ocorreu, inclusive, pelo déficit de profissionais da categoria médica enfrentado pelo município no momento das entrevistas.

O que se depreende pelos relatos é que, devido a sobrecarga gerada pela atividade acolhimento, com conseqüente "desvio de função", o enfermeiro deixa de realizar o restante das atividades, algumas das quais consideradas mais importantes pelas profissionais.

### **5.3 O Modelo Tecnoassistencial em Saúde sob a Perspectiva das Enfermeiras**

#### **5.3.1 O conceito de modelo tecnoassistencial**

A questão referente ao que é um modelo de atenção em saúde gerou dúvidas para as entrevistadas. A questão possui a seguinte formulação: "Na sua opinião, o que é um modelo de atenção em saúde?" Foi solicitado, também, que citassem um exemplo de modelo. Percebe-se, através disso, que as enfermeiras da ESF não estão familiarizadas com esta nomenclatura.

*"Ah, eu não sei te falar... um modelo?" (E10)*

*"O que é o modelo? É um protocolo que a gente segue de conduta." (E3)*

*"Modelo de atenção em saúde... na saúde básica, né?" (E15)*

*"Modelo? Num sei responder essa..." (E9)*

*"Nossa... o nosso, ou o que eu penso?" (E18)*

*"Você fala atenção básica né?" (E1)*

*"Modelo? Em saúde geral, não é atenção básica?" (E11)*

Para não interferir nem suggestionar as respostas, a pergunta foi apenas repetida, com ênfase na opinião individual sobre o que é um modelo de atenção.

Metade das entrevistadas responderam que o modelo deveria embasar-se nas atividades preventivas. Mas as ações preventivas são apenas uma parcela entre todas as ações que necessitam ser desenvolvidas.

Sete entrevistadas responderam que o modelo deveria atender integralmente a todos. Entretanto, a integralidade é uma das diretrizes para a organização das ações e serviços de saúde, conforme citado pelo artigo 198 da CF, item II: *"Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das ações assistenciais."*

Apenas duas enfermeiras aproximaram-se do conceito explicitado no referencial teórico deste trabalho:

*"Eu acho que deve ser um processo de atendimento que engloba a vida de uma determinada comunidade, passando por todo o processo da assistência às necessidades humanas básicas. Quando eu consigo equilibrar essas necessidades, eu consigo fazer um bom projeto de saúde para essa população. Eu acho que não existe projeto que você possa aplicar, jogar assim pra todo mundo. Até porque as necessidades mudam de acordo com cada população, cada região. Eu acho que é isso." (E12)*

*"Eu acho que é uma estratégia pra gente tá oferecendo cuidados de saúde pra população como um todo. Eu acho assim, desde o mais simples até uma coisa de maior complexidade. Não sei se é isso que é a pergunta, se eu entendi direito." (E8)*

A conceituação teórica de um modelo tecnoassistencial abrange, inicialmente, a definição do conceito de saúde, conceito esse subjugado ao contexto histórico e social de determinada época e sociedade. A partir do conceito de saúde são definidas as necessidades e problemas a serem abordados para, então, definir quais ações serão realizadas e quais recursos serão necessários. Com isto articulam-se os processos de trabalho nos serviços de

saúde, com o objetivo de atender a essas necessidades histórico e socialmente construídas e, dentro deste contexto, a inserção das práticas de enfermagem.

### **5.3.2 Aplicação do conceito de modelo tecnoassistencial para elaboração da prática de enfermagem na ESF**

Uma das enfermeiras fez a seguinte citação:

*"No momento, e já há algum tempo, acho que a gente tá totalmente sem noção do que é um modelo de atenção, acho que tá todo mundo meio perdido de qual modelo seguir, né?"*  
(E16)

Esta frase expressa o que de fato tem acontecido na ESF em Amparo: não há uma diretriz clara da gestão municipal sobre qual modelo é seguido, o que confunde os profissionais e atrapalha a organização do processo de trabalho, pois não está claramente definido qual o objetivo a ser alcançado ou, melhor dizendo, quais as necessidades e problemas de saúde devem ser prioritariamente abordados pelas equipes.

Essa falta de clareza acaba por deturpar o processo de trabalho. A falta de um levantamento adequado de dados impossibilita o diagnóstico das necessidades em saúde e, conseqüentemente, o planejamento das ações a serem realizadas. O estabelecimento de prioridades é passo fundamental para nortear essas ações, adequando o quadro de recursos humanos, o que favorece a organização das atividades cotidianas, diminuindo a sobrecarga e a insatisfação percebida pelas profissionais, além de melhorar a qualidade da assistência prestada à população.

Devido a falta de familiaridade com a conceituação teórica de um modelo tecnoassistencial, quando questionadas sobre qual modelo seria o mais adequado para sua realidade de trabalho, também verifica-se uma grande confusão de termos e propostas.

Cinco enfermeiras não citaram nenhum modelo como exemplo. Uma enfermeira citou o modelo de exame físico e protocolos para guiar melhor o trabalho. Outra profissional citou como modelo ideal ter uma equipe completa e, outra, citou a humanização como modelo a ser seguido. Uma delas chegou a citar o modelo de Vancouver:

*"Era consulta de enfermagem com o instrumento do curso que veio do Canadá pra gente fazer, muito voltada pra esse aspecto da prevenção primária, promoção, não é esse o modelo que a gente faz aqui não." (E20)*

Duas enfermeiras citaram o SUS como modelo ideal. Deve-se ressaltar que o SUS não é um modelo assistencial em si, é um arcabouço jurídico cuja estruturação foi decorrente do movimento da Reforma Sanitária, de modo a possibilitar que os ideais propostos por esse Movimento sejam atingidos. Ideais construídos de modo democrático, com participação de profissionais de saúde e movimentos populares, já descritos na introdução deste estudo, mas que não são rediscutidos no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde.

*"Olha, o SUS é um projeto maravilhoso. Eu gostaria muito que ele fosse um projeto de saúde e não um projeto político. Ele é um projeto de saúde muito bem elaborado, feito por grandes pensadores com muita experiência. Mas absolutamente manipulado." (E12)*

*"Não acho que é o modelo, eu acho que é o que tá acontecendo hoje no serviço. Um modelo bom nós temos. O que o SUS tem como diretriz, que é a política proposta pelo SUS, é uma proposta boa, só que nós não conseguimos fazer funcionar." (E11)*

Nove enfermeiras citaram que o PSF seria um modelo ideal, mas não do modo como está atualmente estruturado no município.

*"Eu acho que a gente trabalhava num modelo muito bom antes de mudar, a gente acolhia mesmo as pessoas, as consultas eram programadas, eram agendadas, antes ninguém tumultuava, não era esse negócio de porta aberta, a gente tinha retaguarda da gestão, aquele modelo era bom." (E9)*

*"No caso, a estratégia de saúde da família, que a gente tá se distanciando cada vez mais disso. Então, pra mim, se a gente tá trabalhando na ESF, a gente devia seguir por isso." (E16)*

*"Eu acho o PSF bom, mas eu acho que deveria ter menos acolhimento e mais educação em saúde. Só que o modelo que a gente segue é misto, né?" (E1)*

*"Eu defendo e gosto do PSF, mas que fosse assim como era alguns anos atrás, um trabalho voltado para a família, que hoje em dia isso se perdeu, tá voltando a ser médico centrado, ou apenas o tratamento, né?" (E4)*

Pelas falas apresentadas, infere-se que a conceituação de modelo tecnoassistencial entre as enfermeiras da ESF de Amparo é deficiente. A falta de conhecimento sobre o que é um modelo de atenção e a indefinição sobre qual modelo é adotado, dificulta o levantamento adequado de dados e a priorização das ações a serem desenvolvidas.

Dado que a ESF é estruturada de acordo com o modelo de vigilância à saúde, ao ser citada como exemplo de modelo pelas enfermeiras, supõe-se a importância dada por estas profissionais ao levantamento epidemiológico preconizado por esta corrente para o direcionamento das ações em saúde.

Outro ponto a ser destacado nas falas é a importância dada às ações preventivas e à educação em saúde. Entretanto, não há a citação de um referencial teórico específico para operacionalização destas ações. Pode-se dizer que, de certo modo, ocorre a repetição de um discurso (o enfoque nas ações preventivas) sem que este esteja, necessariamente, acompanhado de sua real significação.

Sendo assim, as equipes estruturam-se de modo heterogêneo e o processo de trabalho do enfermeiro é reflexo deste contexto, ocasionando o distanciamento de sua prática cotidiana da real transformação do modelo hegemônico.

#### **5.4 Estruturação e Avaliação do Processo de Trabalho pelos Enfermeiros**

De acordo com Marques & Silva<sup>(58)</sup> *"ao analisarmos o trabalho de enfermagem não devemos focar nossa atenção às ações realizadas, mas à finalidade do trabalho, quais os interesses em jogo, como o processo de trabalho se organiza."*

Dado que a prevalência das atividades dos enfermeiros está centrada no atendimento individual, devemos observar de que modo é realizada a consulta de enfermagem pelos profissionais da ESF.

A consulta de enfermagem é estabelecida pela lei federal 7498/86<sup>(47)</sup>, que dispõe sobre o exercício profissional, e regulamentada pela resolução COFEn 271/2002<sup>(59)</sup>. Nesta resolução, no artigo 5º, coloca-se como objetivo da consulta de enfermagem o de *"conhecer/intervir, sobre os problemas/situações de saúde/doença"*, complementado pelo artigo 6º, no qual *"o Enfermeiro poderá diagnosticar e solucionar os problemas de saúde detectados integrando, às ações de Enfermagem, as ações multi-profissionais."*

A resolução COFEN 272/2002<sup>(60)</sup> dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). No artigo 1º, estabelece que a consulta de enfermagem deve abranger a entrevista, o exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, sendo registrados formalmente no prontuário.

Esta resolução foi revista pela resolução COFEN 358/2009<sup>(61)</sup>, esclarecendo que a SAE, nas instituições que prestam serviços ambulatoriais, corresponde à denominação 'consulta de enfermagem'. No artigo 3º, destaca que este processo deverá estar embasado em um *"suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem"*.

Sendo assim, uma das questões colocadas para este trabalho foi sobre a utilização de teorias ou instrumentos para o desenvolvimento da consulta de enfermagem. Entre as entrevistadas, 19 (95%) enfermeiras responderam negativamente a esta questão:

*"Dependendo se tiver queixa eu tiro a história, nada pré-formulado." (E2)*

*"Não, eu acho que é mais a linha mesmo da faculdade, que a gente faz a anamnese e tudo mais, e a gente continua nisso e só." (E6)*

*"Eu tenho a consulta de enfermagem meio que elaborada, e o SAE, que trabalho pouco com ele, mas eu não sou muito organizada pra fazer as coisas. Mas eu tento não me perder do SAE." (E12)*

*"Tento me adequar ao que o sistema propõe, que as condições de trabalho nem sempre são aquelas que a gente gostaria, mas a gente acaba se adequando." (E15)*

*"Eu tento seguir um pouquinho as orientações que eu aprendi do SAE, mas que não é*

*possível porque o volume é muito grande, é aquele resuminho de queixa-conduta e exame físico mesmo." (E19)*

Infere-se pelas falas acima que não há nenhuma orientação específica para o desenvolvimento da consulta de enfermagem, seja por parte da SMS ou do próprio grupo de enfermeiras. Cada profissional prefere seguir um método particular, sendo o mais citado a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) por algumas das entrevistadas.

Observa-se, novamente, uma confusão dos termos, pois algumas profissionais citaram a SAE como parte da consulta de enfermagem quando, pela resolução COFEN 358/2009<sup>(61)</sup>, consulta de enfermagem e SAE possuem o mesmo significado.

Apenas uma enfermeira (5%) citou a utilizou de uma teoria, embora expressasse dúvida a respeito:

*"Eu não sei se é da Dr<sup>a</sup> Wanda Horta, seria aquela teoria holística, que vê o paciente como um todo" (E13).*

Verifica-se também a heterogeneidade com que cada profissional estrutura sua consulta, não seguindo nenhum modelo teórico específico. Como colocado pelo próprio COFEN, há a necessidade de um modelo teórico que direcione a coleta de dados, pois este levantamento é o que irá embasar o restante das ações de enfermagem.

A implantação da consulta de enfermagem requer mudanças na prática assistencial do enfermeiro, levando-o a compreender sua complexidade enquanto atividade que necessita de metodologia própria e objetivos definidos <sup>(62)</sup>.

#### **5.4.1 A percepção dos enfermeiros sobre sua prática**

Conforme observa-se pelas falas demonstradas anteriormente, o trabalho de enfermagem no município de Amparo é bastante heterogêneo. Dado que a conceituação teórica de modelo tecnoassistencial é deficiente, não há um objetivo conceitualmente definido para o trabalho das enfermeiras. Sem objetivo, o trabalho perde sua finalidade, gerando insatisfação. Tal insatisfação é percebida quando solicitado que as enfermeiras avaliem seu trabalho.

*"Cansativo, desgastante, e na maioria das vezes sem visão de futuro." (E2)*

*"Nossa, difícil né, da gente avaliar nosso trabalho? Eu tô num momento meio assim desgastada, né, então eu tô achando assim que eu poderia tá me dedicando mais." (E4)*

*"Desgastante, pouco reconhecido, meio discriminado, mas ainda vale a pena."(E5)*

*"Ah, eu acho que falta bastante coisa pra ele ficar um trabalho legal. Acho que assim, tem uma parte burocrática muito grande. No dia-a-dia assim, é corrido, o tempo é meio tumultuado, a gente é pressionado pela demanda espontânea, a gente não tem tempo assim de planejar, tudo meio tumultuado, acho que falta um norte assim, acho tudo muito atrapalhado." (E7)*

*"Ah, eu ultimamente tô muito desanimada. Muito desanimada, não tem retaguarda da gestão, tudo é não, um monte de gente reclamando... Na verdade eu tento fazer o melhor, mas eu tô meio desanimada, eu tô vindo meio que forçada." (E9)*

*"É frustrante, eu gostaria de estar fazendo mais programas, mais grupos, mas no momento é o que o sistema precisa, então a gente tenta suprir isso né?" (E15)*

*"Ah, se fosse possível eu queria ser enfermeira (risos)" (E19)*

*"Nossa... péssimo hoje. Até pela minha desmotivação tá cada dia mais empurrado, cada dia mais doloroso, e vou fazendo cada vez mais sem vontade, infelizmente." (E20)*

Dentre as enfermeiras que avaliaram o próprio trabalho como bom, todas ressaltaram a sobrecarga de atividades e o desvio de função, realizando atividades fora do núcleo de enfermagem, tema que será abordado mais adiante. A sensação de desmotivação e esgotamento está relacionada ao fato de o trabalho da enfermeira estar pouco voltado para as ações preventivas, dado que, pela fala das profissionais, esta era a expectativa de quem escolheu trabalhar na atenção primária. As ações curativas são realizadas de modo desarticulado às ações de promoção e prevenção.

Essa fragmentação da assistência é provavelmente decorrente da formação deficiente desses profissionais no que se refere ao trabalho em saúde coletiva, reforçado pelo cotidiano de trabalho centrado no modelo biomédico.

A concepção deficiente sobre o modelo adotado dificulta a reflexão das profissionais sobre sua prática, distanciando-as do seu objeto de trabalho e, conseqüentemente, dos resultados esperados, gerando a insatisfação relatada.

#### **5.4.2 Facilidades e dificuldades do cotidiano de trabalho**

Ao serem perguntadas, a principal facilidade apontada foi o grande vínculo com a equipe de profissionais em cada USF. Esse vínculo é apontado como o principal facilitador do processo de trabalho nas USF's, pois os profissionais conseguem conversar para avaliar e intervir nas questões locais que independem da atuação da gestão central. Por esse motivo, na visão das enfermeiras, as equipes são bastante autônomas e resolutivas para as demandas internas de cada serviço, adequando-se de acordo com a necessidade de cada USF.

Outros pontos facilitadores apontados foram o vínculo com a população, a autonomia do trabalho da enfermeira, e a satisfação em fazer o que gosta.

*"A facilidade que eu tenho, que eu vejo aqui no meu trabalho, é a integração que eu consigo ter. Então apesar de ser uma equipe que tá em sofrimento por questões assim de falta de componente da equipe, ao mesmo tempo a gente segura um no outro." (E17)*

As dificuldades apontadas pelas profissionais são bem mais variadas, como descritas a seguir: falta de materiais, infra-estrutura inadequada de algumas USF's, falta de tempo para planejamento adequado das atividades, falta de capacitação dos servidores, grande insatisfação e críticas provenientes dos usuários, falta de apoio da gestão central.

Outras dificuldades importantes também foram apontadas por 16 enfermeiras, entre estas a desvalorização do profissional, remuneração inadequada, desmotivação e esgotamento emocional.

O principal problema apontado por 100% das profissionais está relacionado à demanda excessiva e à falta de profissionais nas equipes o que apresenta, como consequência, o desvio de função da enfermeira, saindo do seu núcleo de atuação, para cobrir o desfalque especialmente do profissional médico.

*"Hoje a gente faz uma coisa meio bombeiro. Faz um pouco de medicina pra salvar a pátria, muito mal feita porque a gente não é médico. Então a gente fica fazendo um monte de coisa, e a gente tem um papel que a gente não se apropria, não desenvolve. Não somos nós que temos que fazer diagnóstico clínico, a gente tem que fazer diagnóstico de enfermagem."(E12)*

Entretanto, esse fato de desviar o núcleo de atuação da enfermagem não está relacionada apenas ao aumento da demanda e diminuição de médicos nas equipes. Pela fala das próprias enfermeiras, depreende-se que este desvio também está relacionado a uma falta de definição clara do papel do enfermeiro na ESF. Esta falta de clareza sobre a função da

enfermeira por parte da gestão central interfere na elaboração do modelo tecnoassistencial. Entretanto, as próprias enfermeiras também não possuem uma definição clara sobre o que deveria ser a sua atuação na ESF.

*"Só que eu acho que a gente precisava ser mais respeitado, mais valorizado, maior conhecimento, ter maior diferença, saber quem é o enfermeiro. Então eu acho que é uma profissão que não é nova, uma profissão bem antiga, que sempre existiu e ninguém sabe definir." (E5)*

*"Porque achar que atendeu só três hoje, mas e o desdobramento, não é só a planilha que a gente faz, a gente é responsável pelos técnicos, tudo, qualquer coisa sobra pra gente. A rotina da enfermagem é diferente de um médico. Então acho que tá mais reconhecendo isso mesmo, porque fala que a produção tá baixa, eu acho que é muita cobrança e às vezes não sabe o real papel" (E8)*

*"Eu acho que a gente se perdeu. Aqui a gente se perdeu. Porque nós não temos porquê ser resolutiva num campo que num é nosso. Então conta com o enfermeiro pra atuação num ramo que num é dele, que não é da atribuição da enfermeira. Se a gente conseguisse soltar o que não é nosso, aí eu acredito que assim, ia ter alguma medida pra ter um serviço mais resolutivo. Hoje o sistema conta com o enfermeiro atuando num ramo que não é dele. Agora tem uma coisa, o enfermeiro tem que querer fazer isso. Porque às vezes eu tenho a impressão que o enfermeiro não quer mais fazer isso." (E11)*

Esta falta de definição da atuação da enfermeira é algo que percorre a enfermagem desde a sua instituição enquanto profissão. Este item é extremamente relevante de ser avaliado mais aprofundadamente, o que será realizado em outro tópico, pois isto interfere negativamente na estruturação do processo de trabalho do enfermeiro dentro da ESF, contribuindo para a manutenção do modelo hegemônico.

### 5.4.3 Sugestões apresentadas para mudança do processo de trabalho

Outro questionamento realizado durante a entrevista foi sobre o que gostaria de modificar em seu cotidiano de trabalho.

De modo geral, as enfermeiras apontam que gostariam de realizar um trabalho mais voltado para ações de prevenção e educação em saúde, diminuindo o enfoque na consulta individual e realizando outras atividades, entre as quais destacam-se a supervisão dos técnicos de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde.

*"Se eu pudesse eu queria voltar como era antes, fazer PSF assim integral, tempo pra isso mesmo, pra investir mais na parte de prevenção, de educação em saúde, não pronto-atendimento." (E5)*

*"Tentaria dividir mais a parte da assistência, do atendimento individual, e colocar um pouco mais do atendimento coletivo no nosso trabalho, que é o que não tá acontecendo nesse momento." (E7)*

*"Acho que a gente tem que mudar aqui, parte de orientação à população, fazer porque, querendo ou não, você fazendo uma parte preventiva, uma orientação assim melhor, o pessoal não vem tanto com queixas esporádicas, sabe?" (E8)*

*"Ai, dá vontade de mudar tudo. A gente pode mudar a avaliação de risco? (risos)" (E9)*

*"Tiraria o acolhimento, ficaria só com programático, teria mais tempo pra fazer atividades preventivas." (E14)*

*"Hoje eu mudaria tudo, acho que principalmente sair um pouco desse assistencialismo que não tem nada a ver com a enfermagem, talvez entrar mais na prevenção." (E20)*

*"Se a pressão não fosse tão grande eu investiria mais em ação coletiva. Eu tento fazer, tento encaixar discussão com os técnicos, supervisão com agente comunitária, mas a gente não tem isso previsto no nosso processo de trabalho, esse tempo pra fazer, num tá previsto isso. E a gente não consegue incorporar por nossa conta, porque a pressão do dia-a-dia não permite." (E11)*

*"Eu mudaria muita coisa (risos)... mas a gente na verdade entra nessa rotina de trabalho porque é a rotina que vem acontecendo, que aumenta os acolhimentos, cai essa demanda dos agendados, aí que na verdade a gente deveria tentar tirar esses acolhimentos, mas no momento não tem como mexer agora, ainda mais sem médico." (E6)*

*"Eu queria ter mais tempo pra fazer grupos, eu acho que isso faz muita falta né, do trabalho assim mais preventivo, acho que a gente tá mais mesmo hoje em dia centrado na consulta mesmo, né, ao pronto-atendimento do saúde da família." (E3)*

*"A gente tá muito centralizada só no atendimento aos pacientes e, como eu te disse, deixando de lado funções que são nossas, que uma delas é dar atenção pra agente comunitária, que devido a falta de médico que a gente tá, pra suprir essa falta, a gente tá acabando fazendo outras coisas que não era bem o que a gente deveria fazer." (E10)*

Novamente destaca-se, por estas falas, o fato de a enfermeira substituir a função do médico sendo que, além das questões legais envolvidas, atrapalha o desenrolar das demais atividades.

As sugestões apontadas pelo grupo de profissionais para que essa realidade possa ser modificada envolve diversas situações, tais como: aproximação com a comunidade e

favorecimento do controle social para melhor esclarecer a população sobre o trabalho das USF's, reorganização das equipes com contratação de profissionais, aumentar as atividades de educação em saúde, melhorar o planejamento tanto em nível local quanto central, contar com maior apoio e maior proximidade da gestão central, repensar o modelo de atenção voltando o foco para a ESF, valorizar o profissional enfermeiro com reestruturação do plano de carreira e melhor remuneração, capacitação dos servidores, apropriar-se do real trabalho dos enfermeiros, e unificar a categoria em torno de um projeto de trabalho.

*"Eu acho que se todas se unissem, se todas as enfermeiras se unissem né, e sei lá, fizesse alguma coisa, eu acho até que a gente poderia mudar alguma coisa a nível local, retomar os protocolos que nós começamos a ver e depois ficou um pouco parado né? Então eu acho que se nós fizéssemos isso daria até pra mudar alguma coisa local." (E10)*

*"Então, dependeria aí das enfermeiras terem também uma posição, uma postura, fazerem um documento e reivindicar mais horas pra que a gente pudesse se dedicar ao trabalho com o técnico, com as agentes e com a comunidade. Acredito que a secretaria teria que tá pensando seriamente em contratar profissionais e pensar também que a remuneração da gente tá muito ruim, nós acabamos sendo mão-de-obra muito barata pra ajudar a atender a demanda que não é nossa responsabilidade." (E19)*

*"A nível local fazer uma reavaliação assim, bem corajosa do processo de trabalho. E a nível central eu acho que tem que ser reavaliada a atuação do enfermeiro na rede de saúde. Eu acho que se reavaliasse a atuação do enfermeiro e reavaliasse o processo de trabalho das unidades a gente não teria falta de profissionais, se a gente fizesse o que é pra fazer, porque conta com a gente aí pra salvar o que não consegue com o resto da equipe. Até porque a gestão espera que o enfermeiro atue assim." (E11)*

*"É mais as demandas que a gente necessita da secretaria, como acabei de falar. Tentar repensar nosso modelo de atenção, pra quê nós tamos aqui, quê que nós queremos e fazer o caminho inverso, dar uns passinhos pra trás, rever e tentar reestruturar" (E16)*

*"Eu acho que se eles olhassem pros profissionais como eles querem que a gente olhe pra população já ajudaria bastante. A gente sabe que tem coisa que é muito burocrática, mas tem muita coisa que se eles olhassem pra gente com um olhar mais humano mesmo e menos, como que eu posso dizer? Como ser e não como número, acho que bastante coisa podia melhorar." (E5)*

#### **5.4.4 O Trabalho de Enfermagem e sua Contribuição para a Mudança do Modelo Tecnoassistencial**

Quando questionadas sobre qual o diferencial do trabalho da enfermeira dentro do modelo citado, metade respondeu que o principal foco seria o trabalho preventivo e a assistência integral, dado que o enfermeiro seria o profissional com formação para avaliar o paciente de maneira holística.

Outras quatro enfermeiras destacaram, além da ação preventiva, a necessidade de realizar mais trabalhos com a comunidade, saindo da instituição de saúde, procurando levar informações e, também, realizando as ações de promoção à saúde.

As demais enfermeiras citaram a importância de um maior contato com os técnicos de enfermagem e agentes comunitários em saúde, realizando supervisão e educação em serviço, de modo a ampliar e melhorar a eficácia das ações de promoção à saúde junto à comunidade.

*"O médico faz mais a parte de diagnóstico, o enfermeiro não, tem que ver o indivíduo como um todo, como um cidadão. Às vezes vem com uma queixa pontual, mas ao conversar você vê que aquilo é mais o iceberg ali, né, uma ponta. E investigar tudo mesmo. Às vezes vem com uma queixa de dor, mas você vê que no fundo tem a parte psicológica, social, tem os outros desdobramentos." (E8)*

*"Nossa,muito! Iria contribuir 100%, iria diminuir muito a demanda espontânea, iria diminuir o adoecimento, iria investir no autocuidado pra pessoa ter independência do seu cuidado e não ir procurar a unidade à toa. Eu acho que ia reduzir muito gasto, sei lá, do setor secundário e terciário se a gente conseguisse atingir o primário." (E20)*

*"Eu acho assim, o profissional de enfermagem ele tá mais preparado pra ter uma visão do todo. Não olhar o paciente e só a queixa dele. Ele vem procurar a unidade porque ele tá triste, porque ele brigou com alguém. O enfermeiro pela própria visão dele, ele vê aquilo mas ele procura saber o que está por trás daquilo. Então o enfermeiro ele faz a diferença no PSF a partir do momento em que ele aplica esse olhar ampliado." (E18)*

*"Eu acho que o enfermeiro faz um grande papel se ele trabalhasse mais na comunidade, se a gente pudesse tá mais com os agentes comunitários, conhecer melhor nosso território." (E17)*

*"Eu acho que a nossa contribuição seria acho que focar nas atribuições da enfermeira, não ficar cobrindo falta de outros profissionais." (E16)*

*"Fazer atividades extra-muros, levar as informações, não esperar que eles cheguem até a gente, atividades de esclarecimento, conversas mesmo com a população." (E15)*

A fala da enfermeira E20 demonstra uma opinião interessante sobre o trabalho da enfermeira em relação ao restante do sistema de saúde. Atuando e melhorando a eficácia das

ações de prevenção e promoção, diminuiria-se, a médio e longo prazo, os agravos da população o que, por consequência, levaria a uma diminuição da demanda na atenção especializada. Desse modo poderia-se observar a redução nos custos do sistema e a melhora na qualidade de vida da população, investindo-se cada vez mais nas ações primárias. Isso representaria de fato a inversão do modelo biomédico para um modelo focado na promoção à saúde e qualidade de vida.

A principal contribuição do enfermeiro seria, justamente, o ensino para o autocuidado e o maior vínculo com a comunidade, quesito este considerado como essencial para efetivação do modelo de promoção à saúde.

Mas onde estão os entraves a esta atuação do enfermeiro na ESF de Amparo? Como isso poderia ser colocado em prática?

#### **5.4.5 A enfermagem e a construção de seu papel na ESF - seu campo e núcleo de atuação**

Verifica-se, em algumas falas, uma certa confusão de papéis relatada pelas enfermeiras.

*"Eu gosto, acho que eu faço um trabalho interessante, eu acho que tem resultado... Eu acho que nós tamos ultrapassando o limite de enfermagem, de atuação de enfermagem, então eu acho que a gente tinha que ter como ser enfermeira. Porque às vezes nós tamos muito salvando pra gente tentar manter o serviço de pé, nós tamos entrando em outro campo de atuação que não é o nosso, não é o da enfermagem." (E11)*

*"Como eu avalio? Eu acho que tá bem, acho que dentro da resolutividade do que é da enfermeira eu creio que esteje muito bem. Porque acaba sobrando muita coisa que não é pra gente, né?" (E6)*

*"Eu avalio que é bom, acho que dentro da rotina que a gente se encontra, acho que todo mundo trabalha super bem, né? Eu acho uma enfermagem bem resolutiva que talvez ainda não tenha encontrado o seu valor, mas eu acho que é uma peça chave mesmo, qualquer equipe trabalha sem médico, mas não trabalha sem a enfermeira, a gente faz muita coisa, até que não é nossa." (E3)*

*"A consulta de enfermagem ficou uma coisa bem ampla, né? Pro que a gente se propunha a fazer, não sei se é pelo dia-a-dia, nós temos muitas enfermeiras aqui em Amparo bem qualificadas mesmo, mas eu acho também que a gente é um pouco que mão-de-obra mais barata né? E a gente acaba assumindo alguns papéis que não seriam nossos, principalmente em relação à consulta médica, a gente acaba fazendo muita coisa." (E3)*

*"Ultimamente tá difícil saber o que que é atividade, o que que não é da gente." (E6)*

*"Ah, tem de tudo né? Tem urgência, emergência, virou um fuá." (E14)*

*"A gente tá um pouco sobrecarregado, principalmente a enfermeira com bastante desvio de função por conta da gente se ocupar demais com a parte curativa. Então realmente a nossa função que é educadora, fazer levantamento, diagnóstico epidemiológico, a gente não tem tempo de fazer. E a gente fica frustrada porque fica tampando o sol com a peneira na falta de horas médicas."(E15)*

*"Como a Dr<sup>a</sup> X está de férias, tem alguns resultados de (exames) imagem que a gente chega a dar uma olhada também" (E6)*

*"Não põe isso na entrevista, mas depois que receberam aumento (os médicos), eu não assumo mais nada (risos)" (E9)*

*"Quase 99% das vezes que vai pra enfermeira (o atendimento de demanda*

*espontânea), acaba gerando uma interconsulta (com o médico). (E17)*

*"Se eu entro no acolhimento, que é corrido, eu perco esse vínculo com essas pessoas e não consigo fazer uma escuta adequada." (E18)*

De acordo com WITT,

no contexto de relações da equipe de saúde, a enfermeira tem se caracterizado como uma espécie de 'faz tudo', sendo que em alguns momentos ela se vê até mesmo exercendo atividades de outros profissionais. Diante dessa situação, as enfermeiras revelam-se confusas diante de seu papel, executando suas atribuições com muitas dúvidas e poucos questionamentos, não havendo consenso a respeito de suas funções nas instituições de saúde<sup>(63)</sup>.

O que se depreende pelas entrevistas é o que tem acontecido no processo de trabalho na ESF em Amparo, já citado na apresentação deste estudo. Após a abertura das USF's para atendimento da demanda espontânea em período integral, o volume de consultas aumentou. Para não sobrecarregar o profissional médico, as queixas menos complexas passaram a ser avaliadas pela enfermeira da equipe que, embora possua conhecimento técnico, não possui respaldo legal para determinadas ações. Devido a isso, implantou-se a interconsulta, ou seja, além de atender o usuário, a enfermeira leva o caso para discussão com o médico da equipe, devolvendo a conduta e as orientações ao usuário.

Por este motivo é que as entrevistadas referem, em sua maioria, que realizam um trabalho que vai além do núcleo da enfermagem. O que as profissionais fazem é uma consulta voltada apenas para a queixa, com levantamento de dados apenas clínicos, para subsidiar a conduta médica. Isso também reforça a sensação referida pelas entrevistadas de não estarem realizando o trabalho preventivo e de educação em saúde, tomado pelas enfermeiras como o ideal dentro de sua função.

Como resultado disso, o tempo despendido pela enfermeira na consulta ao usuário em demanda espontânea aumentou, diminuindo o tempo para realização das demais atividades sob sua responsabilidade.

Sendo assim, o atendimento a demanda espontânea foi tomado como 'bode expiatório' pelas profissionais, que focalizaram nesta atividade a causa principal do desvio de suas funções. A insatisfação proveniente disso tem sua fonte geradora no contraste entre a realidade de trabalho e o ideal preconizado pelas enfermeiras do que seria o seu papel dentro da ESF. Entretanto, talvez este papel não esteja muito esclarecido nem mesmo pelas próprias profissionais, dado que, pelos dados levantados, não há um direcionamento do processo de trabalho, ficando este a cargo das necessidades impostas pela demanda.

Estas tensões encontram eco no que diz respeito ao núcleo específico de atuação do enfermeiro.

Campos<sup>(64)</sup> afirma que o núcleo demarca a identidade de uma prática profissional, seu conjunto específico de saberes. O campo, no caso a área da saúde, é o espaço no qual os diferentes núcleos atuam, com limites por vezes imprecisos, onde cada profissão busca apoio uma nas outras para chegar à finalidade de produção do cuidado. Campo e núcleo estabelecem uma relação dialética, ocorrendo uma inter-influência entre ambos.

Neste aspecto, tanto a lei do exercício profissional como a portaria 648/06<sup>(26)</sup> estabelecem as atribuições específicas do enfermeiro (núcleo), e suas atribuições enquanto integrante da equipe de saúde (campo).

Lima<sup>(35)</sup> questiona se a finalidade do trabalho de enfermagem seria a mesma do trabalho em saúde como um todo. Esta autora, assim como Horta<sup>(39)</sup>, aponta que o processo de cuidar é

característico da enfermagem, estruturando-se a partir de necessidades concretas ou subjetivas de indivíduos e/ou coletivos.

De acordo com Borges e Silva<sup>(65)</sup> *"estudos revelam que as enfermeiras não têm clareza acerca do objeto de seu trabalho (o cuidado)"*. De algum modo, o cuidado é confundido com o tratamento prescrito pelo médico, lógica essa existente devido à conformação da enfermagem dentro da instituição hospitalar. Além disso, o cuidado é visto como algo que qualquer pessoa pode realizar, dado que o ato de cuidar é inerente ao ser humano. *"Nesse contexto, os cuidados de enfermagem são uma substituição aos cuidados que a pessoa não pode temporariamente garantir a si própria, ou não pode ser garantido pelo seu entorno social"* <sup>(65)</sup>.

Leopardi <sup>(33)</sup> caracteriza o ato de cuidar como uma ação capaz de transformar uma situação de desconforto/dor em outra situação menos desconfortável/dolorosa.

Segundo afirma Pires <sup>(31)</sup> o cuidado é a essência do ser humano, do qual necessita para sobreviver. Para a visão de Andrade et al (2008), o cuidado é uma atitude de preocupação, zelo, responsabilização por si mesmo e pelo outro, quando acontece um envolvimento afetivo. De acordo com Silva <sup>(67)</sup>, *"o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim"*.

Entretanto, o cuidado também é realizado fora do âmbito profissional. Além disso, o trabalho de outros profissionais também possuem uma dimensão cuidadora. Mas é a enfermagem que coloca o cuidado como objeto epistemológico. A assistência de enfermagem é o cuidar de indivíduos ou grupos, desde a concepção, promovendo a cura, o bem-estar, o conforto, até o preparo para a morte. Outros aspectos da prática de enfermagem envolvem a educação para o processo de cuidar, a pesquisa para produção de conhecimentos que subsidiem esse processo, e a administração dos espaços institucionais nos quais se realiza o cuidado.<sup>(31)</sup>

Conforme aponta Carvalho <sup>(68)</sup>, *"a enfermagem é entendida como ciência e arte de ajudar indivíduos, grupos e comunidades, em situações nas quais não estejam capacitados a prover o auto-cuidado para alcançar seu nível ótimo de saúde."*

Silva afirma que *"o cuidado de enfermagem implica em auxiliar as pessoas a buscarem um caminho que lhes dêem o sentido do cuidado de si através da compreensão de que a vida é repleta de sentidos."* <sup>(67)</sup>

Segundo Andrade et al,

o processo de cuidar tem sido foco de constantes estudos e reflexões, que pretendem a transformação da nossa prática em uma atitude de entendimento do outro como um ser holístico, e a transformação da assistência em um sistema de cuidar, em que o cuidado deve ser apreendido como uma relação única entre dois seres humanos <sup>(66)</sup>.

Sendo o cuidado a finalidade do trabalho de enfermagem, na atenção primária, tomando por base o modelo de promoção à saúde, a enfermagem teria um outro importante espaço de atuação: a educação para o auto-cuidado.

*"As ações de auto-cuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar"* <sup>(69)</sup>.

Essas ações são dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de controlá-los de acordo com interesses individuais ou coletivos. A capacidade para o auto-cuidado é influenciada por diversos fatores tais como: sexo, idade, condições de vida e trabalho, orientação sócio-cultural, estado de saúde, disponibilidade de recursos, entre outros.

O desenvolvimento da capacidade de auto-cuidado é uma das premissas da corrente da Nova Promoção à Saúde, conforme apresentado no referencial teórico deste trabalho.

Não há caracterização clara do projeto da enfermagem para a atenção primária. Conforme apontam Marques e Silva <sup>(58)</sup>, *“há a necessidade de construção de um projeto comum para a enfermagem, definindo a finalidade deste trabalho, rompendo a lógica do modelo tradicional e participando da construção de um novo modelo assistencial.”*

Entretanto, pelas falas das entrevistadas, estas compreendem o PSF como uma estratégia de construção de um modelo diferente do hegemônico, mas sem ter clareza de qual novo modelo seria este. Este fato corrobora o estudo de Nascimento & Nascimento <sup>(32)</sup>, no qual as enfermeiras também vislumbram o PSF como possível caminho para a consolidação do SUS. Para essas autoras, as práticas atuais da enfermagem devem ser analisadas segundo os princípios que norteiam o SUS, para deslocar a organização do seu processo de trabalho, ainda embasado no modelo biomédico, para a realização de ações de prevenção e promoção à saúde, ações estas identificadas pelas profissionais do presente estudo como importantes e características do trabalho da enfermeira na ESF.





# 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o relato histórico realizado pela ex-secretária de saúde do município em sua tese de doutorado, já em 2001, quando iniciou-se a gestão do PT, foi identificada uma grande demanda no Pronto-Socorro dos dois hospitais filantrópicos do município. Segundo análise de Pimenta<sup>(3)</sup>, isso ocorria porque as equipes de saúde da família, cuja implantação começou no ano de 1996, não haviam modificado o modo de produção de saúde até o momento, mantendo-se centralizadas no trabalho médico.

Ao iniciar a gestão do PT, priorizou-se o investimento na ampliação da infra-estrutura da atenção primária, e intensificou-se a contratação de enfermeiras devido a ampliação do número de equipes. Entretanto, o incentivo ao trabalho da enfermeira dentro das equipes estava relacionado a questões econômicas, como apontou Pimenta<sup>(3)</sup> em sua tese, dado que o salário deste profissional é metade do salário pago ao médico.

Depreende-se, por esta colocação, que o trabalho de enfermagem foi subentendido como substitutivo do trabalho médico, como forma de mão-de-obra mais barata para realizar os atendimentos individuais. O que é observado na prática cotidiana é que o enfermeiro coleta todos os dados da anamnese e exame físico para o médico estabelecer a conduta medicamentosa.

Essa distorção do trabalho do enfermeiro, gerada por essa postura adotada pela gestão central, ocasionou os ruídos por mim identificados durante os poucos encontros entre as enfermeiras do município. A queixa principal das colegas era a centralização de suas atividades em consultas clínicas, sobrando pouco tempo para atividades de prevenção, promoção e supervisão do trabalho dos ACS's e técnicos de enfermagem.

Além disso, observei também a quantidade de pessoas que procuravam as USF's para pronto-atendimento, além do número de consultas realizadas pelo Pronto-Socorro de referência, como citado na apresentação deste trabalho.

Diante disso, subentendi que o modelo de atenção, mesmo após 15 anos de inserção da ESF no município, continuava centrado no modelo biomédico. A implantação de 20 equipes de ESF após esse tempo não foi suficiente para subverter o modelo vigente e direcioná-lo para a promoção em saúde.

Portanto, compreender o que é um modelo tecnoassistencial em saúde é o ponto de partida para analisar o trabalho em saúde. A contextualização histórica nos permite compreender o atual momento vivenciado pelo setor saúde e a origem das dificuldades encontradas. Isto nos permite entender as causas das deficiências e problemas, para então vislumbrar possíveis soluções que promovam a real mudança do modelo assistencial.

Deve-se destacar que estamos em um período considerado como de “crise” do setor saúde. Prefiro considerar como um período de transição, dado que qualquer mudança gera turbulências, uma vez que a implantação do SUS tem pouco mais de 20 anos, tempo este muito curto para operar mudanças culturais e sociais tão profundas como proposto por seus princípios e diretrizes. Ter a expectativa que a simples implantação da ESF possibilite essa transformação, sem que ocorra uma reflexão profunda deste contexto pelos atores envolvidos, é algo utópico.

Sendo assim, este trabalho objetivou analisar a prática profissional das enfermeiras do município de Amparo/SP, para verificar como o trabalho de enfermagem tem se estruturado neste contexto histórico, e qual sua contribuição para consolidação do SUS e de um modelo tecnoassistencial consonante com as reais necessidades da população.

Foram entrevistadas 20 enfermeiras. Ocorreram dificuldades para realização das entrevistas, principalmente devido à falta de tempo e necessidade de reestruturar as agendas para marcar os encontros com a pesquisadora. Todas as participantes demonstraram interesse pelo tema da pesquisa, entretanto algumas sentiram-se inseguras ao responder o questionário, por temerem respostas inadequadas. Do mesmo modo, observei uma necessidade de as enfermeiras falarem sobre seu trabalho, dado que não há um espaço para esta finalidade.

Do total, onze enfermeiras entrevistadas (55%) estão na faixa etária entre 30 e 34 anos, e 60% graduadas no período após o ano 2000, quando a ESF já estava estabelecida como política redirecionadora do modelo de atenção pelo Ministério da Saúde. Entre as profissionais, 80% realizou curso de pós-graduação, e 85% estão atuando no município há mais de 3 anos. Portanto, esse perfil demonstra um rol de profissionais experientes, com possibilidade de conhecimento sobre o funcionamento da rede de serviços municipal, o que favorece a criação de vínculo com a população atendida e a melhoria da resolutividade das ações.

Para se atualizarem, as enfermeiras procuram por temas de seu interesse na internet, sendo que a leitura de revistas da área restringe-se principalmente à revista do COREN. Ou seja, as enfermeiras têm pouco contato com artigos científicos da área, e a falta de uma política de educação permanente na SMS dificulta a reflexão sobre o trabalho desenvolvido por essas profissionais na ESF. Também não há um treinamento específico para assumir o cargo. Essas situações ocasionam uma heterogeneidade das ações desenvolvidas pela enfermeira em cada

USF, dificultando a análise do processo de trabalho de enfermagem no município.

Diante da diversidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em seu cotidiano, apenas a consulta de enfermagem, tanto a pacientes agendados como oriundos da demanda espontânea, foi citada por 100% das profissionais. Esta mesma atividade foi identificada como a predominante na jornada de trabalho. Dentro dos instrumentos de avaliação do trabalho na atenção básica utilizados pelo Ministério da Saúde, a produção específica do enfermeiro também é avaliada apenas pela produção do quantitativo de consultas e visitas domiciliares realizadas.

Vários estudos realizados em outros municípios são condizentes com a percepção das enfermeiras em Amparo; a de que o trabalho dos enfermeiros está centrado na produção de atendimentos individuais, prejudicando o desenvolvimento das demais atividades, especialmente no que se refere ao trabalho de supervisão e de atividades com a comunidade.

Um dos principais problemas que colaboram para isso, de acordo com a percepção das profissionais, é o excesso de atendimento à demanda espontânea, denominado de acolhimento. Conforme detectado no estudo, as enfermeiras entendem que o atendimento dessa demanda não seria sua função, especialmente devido à maioria das queixas (cerca de 85% de acordo com os dados levantados pela USF Jd. Camanducaia) exigirem uma conduta do médico da equipe.

A polêmica que envolve o atendimento à demanda espontânea pelo enfermeiro pode estar relacionada a dois fatores principais: a falta de um protocolo que determine o núcleo de atuação do enfermeiro, com clareza sobre as questões legais que envolvem a profissão, e a expectativa das profissionais em realizarem um trabalho voltado para a predominância de ações preventivas, como relatado ao serem questionadas sobre qual modelo de atenção seria o mais adequado ao seu cotidiano de trabalho.

Há uma conceituação confusa entre as enfermeiras sobre modelo de atenção; muitas citam o SUS ou a ESF como exemplo de modelo. A falta de definição da gestão central sobre qual modelo é adotado também colabora para isso. A ESF está implantada no município há 15 anos, e seu núcleo teórico embasa-se na corrente da Vigilância em Saúde, valorizando o levantamento epidemiológico, a territorialização e o redirecionamento da oferta de serviços, contrapondo-se ao modelo biomédico centrado na realização de procedimentos especializados.

Entretanto, a corrente da Vigilância em Saúde apresenta pequena inserção para a modificação dos processos de trabalho; coloca unicamente a atenção primária como reordenadora de todo o sistema, pautada principalmente pela oferta de ações programáticas direcionadas a diminuir a ocorrência dos principais agravos em saúde. Não apresenta sugestão para o atendimento à demanda espontânea, que não está previsto na composição da equipe da ESF sendo a mesma em todo território nacional, não considerando as necessidades locais para estruturação dos recursos humanos e das ações prioritárias. Além disso, a maioria das ações preventivas é pautada por ações prescritivas, através de relações verticais, desconsiderando a individualidade dos atores envolvidos.

A corrente da Promoção à Saúde, que serviu de base para a realização da 8ª CNS e estruturação do SUS, propõe a valorização da subjetividade dos sujeitos envolvidos na produção em saúde - usuários, gestores e trabalhadores. Seu principal foco é a orientação dos sujeitos para o auto-cuidado, através de ações educativas que possibilitem a reflexão sobre sua condição de saúde, elaborando em conjunto com os trabalhadores e gestores as ações necessárias, em uma relação horizontal.

O que observa-se em Amparo, pela fala das enfermeiras e levantamento dos dados, é a coexistência dos modelos biomédico, de vigilância e de promoção à saúde. Isto atrapalha o direcionamento das ações, uma vez que não há clareza sobre quais objetivos e metas devem

ser atingidos.

Este contexto interfere diretamente no processo de trabalho do enfermeiro que, por questões históricas inerentes à profissão, também não possui claramente definido qual o seu objeto de trabalho. O que ocorre é que, de acordo com os estudos consultados e com o levantamento realizado através das entrevistas, o trabalho do enfermeiro está centrado no modelo biomédico, valorizando a intervenção individual. A avaliação do trabalho dos profissionais também está centrada apenas em indicadores quantitativos, que não vislumbram a diversidade presente no processo de trabalho deste profissional.

A discrepância entre as atividades realizadas, centrada no atendimento clínico individual, e a expectativa das enfermeiras, voltada para ações preventivas, é uma das principais razões para a desmotivação e insatisfação relatada pelas profissionais. A falta de apoio e de valorização do trabalho de enfermagem pela gestão central também colaboram para este fato.

Para modificação desta realidade, as sugestões apontadas pelo grupo de enfermeiras de Amparo, entre outras, são: capacitação dos servidores, aproximação com a comunidade, diminuição da carga assistencial através da contratação de mais profissionais, reestruturação do plano de cargos e salários, reuniões de núcleo para fortalecimento da categoria, redirecionamento das ações aumentando a realização de grupos e outras atividades que não apenas a consulta de enfermagem.

Considerando o modelo de Promoção a Saúde, no qual valoriza-se a intersubjetividade e a construção da autonomia do usuário, o enfermeiro, além de apresentar-se como uma categoria numericamente significativa dentro da ESF, é o profissional que apresenta, em sua formação, as competências necessárias para o desenvolvimento deste processo. Dado que o enfermeiro também é o responsável pela supervisão do trabalho do agente comunitário, que possui uma grande inserção na comunidade, investir na qualificação e valorização do trabalho

deste profissional possibilita a melhoria das ações realizadas pelo ACS, efetivando as ações de educação em saúde com a população, o que diminuiria as taxas de morbi-mortalidade na população, favorecendo a melhoria da qualidade de vida. Sendo assim, a subversão do modelo biomédico, entre outras coisas, passa pelo adequado direcionamento do trabalho de enfermagem, possibilitando a construção de novos modos de produção em saúde, descentralizado do trabalho médico.

Entretanto, através das entrevistas realizadas, pode-se inferir que o enfermeiro não apresenta um olhar sobre si mesmo como sujeito de seu próprio trabalho, como agente transformador de mudanças sobre sua realidade, depositando sua expectativa no direcionamento dado pela gestão central ao processo de trabalho.

O entendimento sobre as características e necessidades do objeto de trabalho, bem como o maior ou menor domínio sobre o processo de trabalho, tem consequência na capacidade dos profissionais intervirem, mais ou menos criativamente, na definição de suas ações, com vistas a atingir a finalidade de seu trabalho <sup>(31)</sup>.

Essa expectativa se frustra quando os gestores também não esclarecem qual o projeto político desenvolvido pelo setor saúde no município, dado que não apresenta um modelo technoassistencial definido, exercendo um modelo misto que confunde os atores envolvidos, distanciando-se do objetivo de promover saúde e qualidade de vida. E neste contexto está inserido o trabalho da enfermeira.

Todas sabemos que a enfermagem faz mais do que pensa, faz mais do que o instituído, faz mais do que é dito que deve ser feito. Mas faz sem pensar sobre o que faz e sobre o que pensa. No campo da saúde coletiva isto significa quase ausência de reflexão crítica sobre a inserção das profissionais de enfermagem neste campo e pela histórica adesão da enfermagem brasileira às políticas

formuladas na saúde e sua operacionalização, quase sempre através de programas verticais centralizados pelo Ministério da Saúde. Tal fato não exclui a alienação com que também executamos as tarefas/atividades no cotidiano do trabalho, nem tampouco as questões referentes à formação, cuja direção conduz ainda muito mais para atender o mercado <sup>(70)</sup>.

Quando não ocorre a reflexão sobre o trabalho desenvolvido, o trabalhador não se vê como co-partícipe deste processo, levando a alienação sobre sua realidade, passando à mecanização dos atos, comprometendo todo o processo de trabalho em saúde.

Portanto, para que as mudanças sugeridas possam ser implementadas, faz-se extremamente necessário que as enfermeiras do município de Amparo possam usufruir de um espaço para a reflexão e discussão sobre o seu trabalho. Redefinir o papel do enfermeiro na ESF é ação prioritária para possibilitar a mudança do modelo de atenção e, como consequência, melhorar a qualidade de vida da população.





## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prefeitura Municipal de Amparo. [www.amparo.sp.gov.br/node/1](http://www.amparo.sp.gov.br/node/1) [Acesso em 30 de dez de 2011].
2. Prefeitura Municipal de Amparo [www.amparo.sp.gov.br/node/451](http://www.amparo.sp.gov.br/node/451) [Acesso em 20 de jan de 2012].
3. Pimenta AL. Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF), 2002. Disponível em <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf> [Acesso em 14 de dez de 2010]
5. Dias HP. Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. Brasília(DF)/Brasil. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Saude](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Saude) [Acesso em 14 de dez de 2010]
6. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília (DF); 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca> [Acesso em 14 de dez de 2010]

7. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembléia Geral da ONU, Paris, França, 1948. Disponível em:

[http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php) [Acesso em 14 de dez de 2010]

8. Brasil. Lei nº 5890 de 08 de junho de 1973. Altera a legislação da previdência social e dá outras providências. Brasília (DF); 1973. Disponível em:

[www.jusbrasil.com.br/legislacao/.../lei-5890-73](http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/.../lei-5890-73), [Acesso em 12 de jan de 2011].

9. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004, Cap 1, p.19-40

10. Ronzani TM, Stralen CJ. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. Rev Atenção Primária em Saúde. 2003 jul/dez; 6(2):99-107.

11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo da Saúde. Brasília (DF); 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br> [Acesso em 14 de ago de 2010].

12. Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. [Acesso em 12 de jan de 2011]

13. Brasil. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) 01/92. Brasília (DF), 1992. Disponível em:

[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234\\_07\\_02\\_1992.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf), [Acesso em 25 de mar de 2011]

14. Brasil. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) 01/96. Brasília (DF), 1996. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>, [Acesso em 25 de mar de 2011]

15. Goulart FAA. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. Informe Epidem do SUS. 1999 Abr/jun; 8(2):17-26.

16. Silva Junior AG, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA.(org) Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

17. Merhy EE, Malta DC, Santos FP. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese, E. (org) Municípios: A gestão da Mudança em Saúde. Recife: Editora Universitária UFPE, 2004, 327p.

18. Teixeira CF. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: 11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000, Brasília,DF. Brasil, 261-81.

19. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância a saúde. Informe Epidem do SUS. 1998 Abr/jun;7(2):7-28.

20. Santos C, Davi J, Martiniano MS, Péret TC, Leite RBF. Novo (?) modelo assistencial de saúde. Rev Pol Públ. 2008 Jan/jun;12(1):73-81.

21. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e

da mudança. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2005, 178p.

22. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface. 2005 Set/dez; 9(18):489-506.

23. Franco T, Merhy EE. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde on-line. Belo Horizonte/Campinas, março/1999. Disponível em:  
<http://www.geosc.ufsc.br/bfranco.pdf>, [Acesso em 12 de mar de 2011]

24. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5(1):163-77.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz conceitual do programa de saúde da família. Brasília (DF), 2011(a). Disponível em: <http://189.28.18.99/dab/atencaobasica.php> [Acesso em 20 de fev de 2011]

26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF), 2006. Disponível em:  
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>, [Acesso em 14 de mar de 2011]

27. Aguiar AD. A “saúde da família” no sistema único de saúde: um novo paradigma?. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ;1998.

28. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Públ. 1997 Jul/set 13(3):469-78.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília (DF), 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>, [Acesso em 14 de mar de 2011]

30. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São

Paulo: CEFOR, 1992. 53p.

31. Pires DA. Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev Bras Enfermagem. 2009 Set/out; 62(5):739-44.

32. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(2):333-45.

33. Leopardi, MT. Teorias e método em assistência de enfermagem. Florianópolis: Soldasoft, 2006, Cap 4, p.117-153

34. Almeida MCP. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986, 159p.

35. Lima VA. O processo de trabalho da enfermagem na atenção primária. [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2004.

36. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989, 174p.

37. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2007 Dez; 41(Esp):793-98.

38. Germano RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1985, 118p.

39. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979, 99p.

40. Silva EM, Nozawa MR, Silva JC, Carmona SAMLD. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2001 Jul/ago; 17(4):989-98, Rio de Janeiro, ago/2001.
41. Marques D, Silva EM. A enfermagem e o programa de saúde da família: uma parceria de sucesso?. Rev Bras Enferm. 2004 Set/out; 57(5):545-50.
42. Luz, S. Enfermagem: quanto somos x onde estamos. Disponível em: [www.portaldaenfermagem.com.br](http://www.portaldaenfermagem.com.br) [Acesso em 22 de abr de 2011].
43. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ªed. São Paulo: Hucitec, 2004, 269p.
44. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004 Set/out; 57(5):611-14.
45. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Editora 70, 2004. 223p.
46. Moreira WW, Simões R, Porto E. Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. Rev Bras Ciência e Movimento. 2005; 13(4):107-14.
47. Brasil. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): 1986. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86> [Acesso em 20 de jan de 2012]
48. Benetti, M R S. Perfil e práticas de enfermeiras da rede básica de saúde de Campinas. Campinas/ SP, 2008
49. Antunes MJM, Silva IS, Egly EY, Champré RR. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil. Rev Latino-Am Enferm. 1997 Jul/ago; 5(2):101-02, 1997

50. Cubas MR, Egry EY. Classificação internacional de práticas de enfermagem em saúde coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2008 Mar;42(1):181-6
51. Marques D. Gênero e o trabalho da enfermagem na atenção básica: percepções das enfermeiras. São Paulo, 2008
52. Nauderer TM, Lima MADS. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. Rev Latino-Am Enferm. 2008 Set/out;16(5):889-94.
53. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP. 2006 Dez; 40(4):533-9
54. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007 Fev; 23(2):331-40.
55. Merhy, EE, Campos GWS, Cecilio LCO. Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994, 333p.
56. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999 15:345-353.
57. Puccini PT, Cecilio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20(5):1342-53.
58. Marques D, Silva EM. A enfermagem e o programa de saúde da família: uma parceria de sucesso?. Rev Bras Enferm. 2004 Set/out;57(5):545-50
59. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 271 de 12 de julho de 2002. Regulamenta

ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Brasília (DF): 2002 Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4308> [Acesso em 25 de jan de 2012].

60. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras. Brasília (DF): 2002. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309> [Acesso em 25 de jan de 2012].

61. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358 de 15 de outubro de 2009. Dispões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): 2009. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384> [Acesso em 25 de jan de 2012].

62. Silva MG. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente. Rev Latino-Am Enfermagem. 1998 Jan; 6(1): 27-31.

63. Witt RR. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais da saúde pública. [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 2008

64. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Sociedade e Cultura. 2000 Jan/dez; 3(1,2): 51-74.

65. Borges MS, Silva HCP. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. Rev Bras Enferm. 2010 Set/out 63(5): 823-9.

66. Andrade BB, Bellini EF, Santos MES, Waidman MAP. Ontologia e epistemologia do cuidado em enfermagem. Arq Ciênc Saúde Unipar. 2008 Jan/abr; 12(1): 77-82.
67. Silva LWS, Francioni FF, Sena ELS, Carraro TE, Randünz V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. Rev Bras Enferm 2005 Jul/ago; 58(4):471-5.
68. Carvalho, V. Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem - do ângulo de uma visão filosófica. Rev Bras Enferm. 2009 Abr/jun; 13(2): 406-14.
69. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKAA. Noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006;15(esp) 152-7.
70. Melo C. O silêncio da prática da enfermagem em saúde coletiva. Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem 2003 Out/nov/dez; 45(4):13.





## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_,

estou devidamente informado(a) e concordo em participar livre e espontaneamente da pesquisa intitulada “PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CONTRIBUIÇÃO PARA A MUDANÇA DO MODELO TECNOASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DE AMPARO/SP, proposta pela estudante de pós-graduação em Enfermagem Isabela Gianeli Belli, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Regina Nozawa, cujo objetivo consiste em caracterizar as práticas dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e sua relação com a mudança do modelo assistencial neste município. Para cumprir tais objetivos, estou ciente e concordo em conceder entrevista e responder o questionário correspondente para fim exclusivo desta pesquisa. Tenho a garantia de que a minha participação na pesquisa não acarretará quaisquer ônus ou prejuízos pessoais, estando garantida a confidencialidade de minhas opiniões, e estou ciente de que tenho plena liberdade de desistir da pesquisa se assim me for conveniente. Para dirimir quaisquer dúvidas tenho à disposição o contato com as pesquisadoras pelos telefones: (19) 3807-4230 ou (19) 9841-7775, email: [isabelab@fcm.unicamp.br](mailto:isabelab@fcm.unicamp.br), ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp, pelo telefone: (19) 3521-8936, email: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

Amparo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Estudante pesquisadora Isabela Gianeli Belli



## APÊNDICE II

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA E COLETA DE DADOS

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde onde trabalha: \_\_\_\_\_

1- Instituição na qual conclui a graduação em enfermagem: \_\_\_\_\_

( ) pública ( ) privada Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

2 - Formação complementar:

3 - Participação em entidades sociais e políticas / profissionais (ABEn, sindicato, partido político, conselho de saúde, outros:

4 - Lê revistas da área de enfermagem ou da área de saúde? Qual?

5 - Com que freqüência procura atualizar seus conhecimentos profissionais? Através de qual veículo informativo/ cursos?

6 - Tempo de atuação nesta unidade:

7 - Empregos anteriores

8 - Algum outro vínculo profissional no momento?

9 - Descreva as suas atividades do cotidiano

a) Dentre estas, qual você acha mais importante?

b) A qual destas você dedica maior carga horária da sua jornada de trabalho?

11 – Você utiliza alguma teoria ou instrumento específico para o desenvolvimento do seu trabalho?

12 – Você mudaria alguma coisa em sua rotina de trabalho? O quê?

13 – Na sua opinião, o que é um modelo de atenção em saúde?

a) Você poderia citar um exemplo de modelo de atenção que você acha adequado para o seu cotidiano de trabalho?

14 - Em sua opinião, como o trabalho da enfermeira poderia contribuir para esse modelo citado?

15 – Quais as facilidades/ dificuldades do seu cotidiano de trabalho?

16 – Você acha que poderia mudar alguma coisa nos níveis local e/ou central de gestão?

17 – Gostaria de acrescentar alguma outra coisa?

