

**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Escola de Enfermagem Anna Nery**



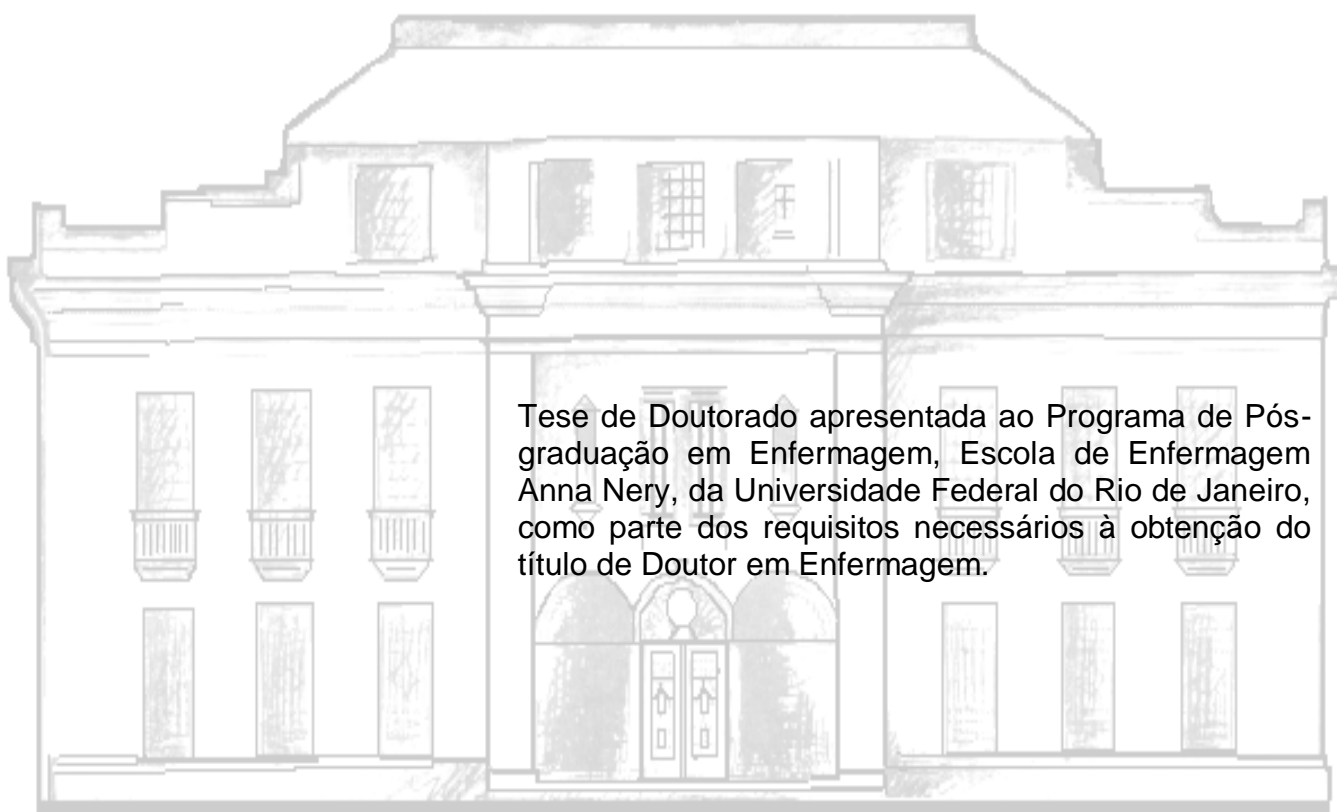
**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NO PROGRAMA SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM FLORIANO (PI)**

**Jesanne Barguil Brasileiro Rocha**

**2006**

**UFRJ**  
**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM**  
**FLORIANO (PI)**

**Jesanne Barguil Brasileiro Rocha**



Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Regina Célia Gollner Zeitoune**

Rio de Janeiro  
Julho, 2006

**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NO PROGRAMA SAUDE DA FAMÍLIA EM  
FLORIANO (PI)**

**Jesanne Barguil Brasileiro Rocha**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune**

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Banca Examinadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Regina Célia Gollner Zeitoune - Presidente - UFRJ

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Líliliana Angel Vargas - 1<sup>a</sup> Examinadora - UNIRIO

Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Helena Maria Scherlowski Leal David – 2<sup>a</sup> Examinadora - UERJ

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Lídyia Tolstenko Nogueira - 3<sup>o</sup> Examinadora - UFPI

Prof. Dr<sup>a</sup> Elisabeth Pimenta Araújo Paz - 4<sup>o</sup> Examinadora - UERJ

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Inês Sousa - Suplente – UFRJ/EEAN

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Benedita Maria Rego Deusdará Rodrigues – Suplente - UERJ

Rio de Janeiro

Julho, 2006

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Rocha, Jesanne Barguil Brasileiro.

O Trabalho da enfermeira no Programa Saúde da Família em Floriano (PI) / Jesanne Barguil Brasileiro Rocha. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006. xiii, 191f.; 2 cm.

Orientadora: Regina Célia Gollner Zeitoune

Tese (doutorado) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2006.

Referências Bibliográficas: f. 175-183

1. Saúde pública 2. enfermagem em saúde coletiva 3. programa de saúde da família 4. unidades básicas de saúde. I. Zeitoune, Regina Célia Gollner. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD610.73

*Dedico a meus filhos,  
Aluisio Filho, Aluanne e Aluan Pierre,  
A meu esposo Aluisio  
E a meus pais, Maria e Pierre,  
a alegria de concluir este Curso.  
Obrigada pela fiel torcida e por terem suportado  
tantos momentos de ausência.*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À Professora Doutora **Regina Célia Gollner Zeitoune**, orientadora, pela confiança, compreensão e incentivo à autonomia e por ser essa pessoa iluminada que, por sua competência em compartilhar seu conhecimento, contribuiu fundamentalmente à realização desta tese.

## AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que em diferentes momentos da construção deste estudo me acolheram e contribuíram com valioso apoio. Assim, agradeço também de forma muito especial à:

À Escola de Enfermagem Anna Nery e à Universidade Federal do Piauí pela oportunidade de concretizar esse sonho.

À Professora Doutora Elizabete Pimenta Araújo Paz que me permitiu compartilhar as idéias e angústias vivida durante o Curso, agradeço a disponibilidade constantemente presente e a valiosa contribuição em todas as etapas do curso.

À Professora Doutora Lídyia Tolstenko Nogueira pela certeza nessa trajetória, foi você quem me mostrou a possibilidade de um vôo mais alto. Obrigada pela disponibilidade em analisar meu relatório final.

Às Professoras Doutoras Liliana Vargas Angel, Elizabete Pimenta Araújo Paz, Helena David Leal, Ana Inês Sousa, Lídyia Tolstenko Nogueira e Benedita Deusdará Rodrigues, que gentilmente, aceitaram participar da banca de defesa final e que tanto colaboraram para o desenvolvimento desse trabalho.

À Direção do Campus Amilcar Ferreira Sobral (CAFS/UFPI) e às colegas do Curso Técnico em Enfermagem que, concordando com a minha liberação, permitiram o meu crescimento pessoal e profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde e em especial às enfermeiras do Programa Saúde da Família que me deram esta oportunidade de pensar e compreender um pouco mais sobre o trabalho da enfermeira.

À Professora Isabel Monteiro que gentilmente se propôs à revisão ortográfica do texto.

Às colegas do Curso de Doutorado: Silvana, Telma, Claudete e Livramento pela convivência fraterna e cooperação durante nossa missão de estudo. Os momentos de alegria e companheirismo foram muito importantes para mim.

À Professora Doutora Benevina Teixeira, na fase inicial, e atualmente a Professora Doutora Maria Helena Barros Luz, eficientes coordenadoras do Programa de Qualificação Institucional (PQI) no Piauí e à professora Doutora Elisabete Pimenta Araújo Paz no Rio de Janeiro.

Às tias Sulamita e Maria Alice e à Maria das Graças, pelo carinho com que me acolheram durante minha permanência no Rio de Janeiro;

À Professora Doutora Ívis Emília de Oliveira Souza pela dedicação e preocupação com as “meninas do Piauí” durante nossa permanência no Rio.

À Sônia Maria Xavier, secretária do Programa de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa da EEAN/UFRJ, pelo atendimento às minhas solicitações durante a realização do curso.

A todos os amigos, colegas e professores que contribuíram, de uma maneira ou de outra, para a realização deste trabalho.



## RESUMO

### O TRABALHO DA ENFERMEIRA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANO (PI)

Jesanne Barguil Brasileiro Rocha  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Regina Célia Gollner Zeitoune

Resumo da tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Neste estudo analisou-se o trabalho da enfermeira nas equipes do Programa Saúde da Família, em Floriano (PI), visando conhecer o seu trabalho no conjunto das práticas profissionais na rede básica de saúde e identificar os fatores que facilitam e os que limitam o trabalho realizado no Programa. Para isso, utilizou-se uma abordagem qualitativa. Realizou-se a caracterização das unidades básicas de saúde do município. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com as enfermeiras integrantes das equipes bem como a observação direta da sua atuação nas unidades de saúde e na comunidade. A atuação da enfermeira no Programa caracterizou-se através de ações pré-estabelecidas voltadas para grupos prioritários, em território delimitado e planejadas sem a incorporação da comunidade. Há uma aceitação das normas ministeriais que direcionam suas ações para a consulta de enfermagem e prescrição de medicamento, para a visita domiciliar e palestras educativas. Somada a essas atividades, a enfermeira desempenha ações de caráter gerenciais e administrativas, incluindo-se as direcionadas para a organização do espaço físico e controle do processo de trabalho. A capacidade instalada, os recursos materiais e humanos das unidades de saúde, as relações interpessoais, vínculos e remunerações diferenciadas para trabalhadores que compartilham o mesmo grau de responsabilidade são fatores que influenciam tanto positiva como negativamente no desenvolvimento do trabalho das enfermeiras. A partir dessas evidências concluiu-se que o Programa Saúde da Família pode constituir-se em um campo que favoreça o surgimento de uma nova prática da enfermeira na rede básica de saúde de forma a permitir a construção do Sistema Único de Saúde na sua totalidade em Floriano.

Palavras – chave: Saúde pública / enfermagem em saúde coletiva; programa de saúde da família; unidades básicas de saúde.

Rio de Janeiro  
Julho, 2006

## **ABSTRACT**

### **THE WORK OF THE NURSE IN THE PROGRAM HEALTH OF THE FAMILY IN FLORIANO (Piauí – Brazil)**

Jesanne Barguil Brasileiro Rocha  
Adviser: PhD Professor Regina Célia Gollner Zeitoune

Abstract of the Doctorate thesis submitted to the Program of Post Graduation in Nursing, Anna Nery School of Nursing - UFRJ, as part of the necessary requirements to the attainment of the heading of Doctor in Nursing.

In this study was analyzed the work of the nurse in the teams of the Program Health of the Family, in Floriano (Piauí - Brazil), aiming at to know its work in the set of the professional practical in the basic net of health and to identify the factors that facilitate and the ones that limit the work carried through in the Program. For this, a qualitative approach was used. Was made a characterization of the basic units of health of the city, through the application of a form. Had been carried through half-structuralized interviews with the integrant nurses of the teams as well as the direct comment of theirs performance in the units of health and in the community. The performance of the nurse in the Program was characterized through pre-established actions come back toward to priority groups, in territory delimited and planned without the incorporation of the community. There is an acceptance of the ministerial norms that direct its action for the nursing consultation and medicine prescription, to the domiciliary visit and educative lectures. Added to these activities, the nurse fulfils managemental and administrative actions, including the ones directed for the organization of the physical space and the control of the work process. The installed capacity, the material and human resources of the units of health, the interpersonal relations, bonds and remunerations differentiated for workers who share responsibility of the same degree are factors that influences positively as negatively in the development of the work of the nurses. From these evidences we conclude that the Program Health of the Family can consist in a field that favors the sprouting of a new practical of the nurse in the basic net of health in a way to allow the construction of the Only System of Health in its totality in Floriano.

Keywords: Public Health / Nursing in Colective Health; Health of the Family Program; Basic Unities of Health

Rio de Janeiro  
July, 2006

## RESUMEN

### EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN EL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA EN FLORIANO (Piauí - Brasil)

Jesanne Barguil Brasileiro Rocha  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Regina Célia Gollner Zeitoune

Resumen de la tesis de Doctorado sometió al Programa de Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería Anna Nery - UFRJ, como parte de los requisitos necesarios al logro del título de Doctor en Enfermería.

En este estudio fue analizado el trabajo de la enfermera en los equipos del Programa de la Salud de la Familia, en Floriano (Piauí - Brasil), teniendo como objetivo saber su trabajo en el conjunto de las practicas profesionales en la red básica de salud e identificar los factores que facilitan y los que limitan el trabajo realizado en el Programa. Para esto, un abordaje cualitativo fue utilizado. Fué hecha la caracterización de las unidades básicas de la salud de la ciudad, con el uso de un formulario. Fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas con las enfermeras integrantes de los equipos así como la observación directa de actuación en las unidades de salud y en la comunidad. La actuación de la enfermera en el Programa fue caracterizado a través de acciones preestablecidas y dirigidas a grupos de prioridad, en el territorio delimitado y planeadas sin la incorporación de la comunidad. Hay una aceptación de las normas ministeriales que dirigen su acción para la consulta de enfermería y prescripción de medicina, para la visita domiciliaria y actividades educativas. Agregada a estas actividades, la enfermera desempeña acciones gerenciales y administrativas, incluyendo las que están dirigidas para la organización del espacio físico y el control del proceso de trabajo. La capacidad instalada, los recursos materiales y humanos de las unidades de salud, las relaciones interpersonales, los enlaces y las remuneraciones distintas para los trabajadores que comparten la responsabilidad en el mismo grado son los factores que influyen positivamente y negativamente el desarrollo del trabajo de las enfermeras. A partir de estas evidencias concluimos que el Programa Salud de la Familia puede consistir en un campo que favorezca el surgimiento de una nueva práctica de la enfermera en la red básica de salud de una manera a permitir la construcción del Sistema Único de Salud en su totalidad en Floriano.

Palabras clave: Salud pública / enfermería de salud colectiva; programa salud de la familia; unidades básicas de salud.

Rio de Janeiro  
Julio, 2006

## SUMÁRIO

### CAPITULO I

#### ■ INTRODUÇÃO

▪ Objeto de Estudo e a Problemática .....	14
▪ Questões Norteadoras e Objetivos .....	23
▪ Justificativa do Estudo .....	24
▪ Relevância do Estudo .....	27
▪ Considerações sobre a Temática .....	29
▪ Modelo de Atenção para Florianó – PI .....	39

### CAPITULO II

#### ■ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

▪ Saúde Coletiva: aspectos conceituais e evolutivos .....	43
▪ Promoção da Saúde .....	52
▪ O PSF como uma Estratégia na Saúde Coletiva .....	59
▪ O Trabalho de Enfermagem .....	67
▪ O Trabalho da Enfermeira no Contexto da Saúde Coletiva .....	71

### CAPÍTULO III

#### ■ CAMINHO METODOLÓGICO

▪ Tipo de Estudo .....	78
▪ O Cenário do Estudo .....	79
▪ Os Sujeitos do Estudo .....	85
▪ Os Instrumentos e a Coleta dos Dados .....	89
▪ A Análise dos dados .....	92

### CAPÍTULO IV

#### ■ RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS

▪ O Trabalho da Enfermeira no PSF em Florianó (PI) .....	96
▪ A Percepção da Enfermeira sobre o seu trabalho no PSF .....	127
▪ Fatores Facilitadores e Limitantes da Prática da Enfermeira no PSF .....	137

### CAPÍTULO V

▪ CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	167
------------------------------	-----

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....	175
--------------------------------	-----

### ANEXOS



*E se a realidade não é a realidade, mas a questão;  
se a verdade não é a verdade, mas o problema; se  
perdemos já o sentido da realidade e se, (...)   
desconfiamos da verdade, teremos, talvez,  
que aprender a viver de outro modo,  
a pensar de outro modo,  
a falar de outro modo,  
a ensinar de outro modo.*

**(Jorge Larrosa, 2000)**

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

- **O Objeto de Estudo e a Problemática**

O presente estudo teve como objeto **o trabalho<sup>1</sup> da enfermeira<sup>2</sup> no Programa Saúde da Família<sup>3</sup> no município de Floriano-PI**, e visou conhecer o trabalho desse profissional no conjunto das práticas profissionais na rede básica de saúde.

A enfermeira é um profissional com formação acadêmica que vive tensões entre o teórico e o prático, o ideal e a realidade e que, aparentemente, possui dificuldades em delimitar seu real campo de ação. Portanto, convive com o universo profissional a partir da interação dos diversos fatores, gerando estímulos à prática autônoma em seu exercício ou restringindo-a. No trabalho da enfermeira são considerados aspectos importantes: o conhecimento e habilidade técnicas científico, a atitude profissional, o desenvolvimento de atividades junto ao cliente e a consulta de enfermagem.

Como situações que limitam a prática da enfermeira vemos ainda hoje a não definição do papel próprio do profissional, o não prestígio socioeconômico da

---

<sup>1</sup> No estudo utilizar-se-á os termos trabalho e prática da enfermeira como sinonímia quando referida ao fazer da enfermeira em saúde coletiva.

<sup>2</sup> Será utilizado no estudo a denominação enfermeira para designar os profissionais graduados em enfermagem, por representarem a maioria no cenário de estudo.

<sup>3</sup> Mesmo considerando que “Saúde da Família” é antes de tudo uma estratégia de organização da atenção primária em saúde, que impulsiona a reorganização dos serviços nos demais níveis, optou-se pela utilização da denominação “programa”, e na maioria das vezes PSF, por já ser uma marca socialmente aceita.

profissão, de um saber e de uma área de atuação específica, apesar de que seu trabalho integra-se aos de outros profissionais na área de saúde onde cada um tem seu campo de atuação definido por objetos de trabalho específicos e comuns. (ALMEIDA, ROCHA, 1989).

Leopardi(1994), levando em consideração a realidade contraditória, vivenciada pelos profissionais em seu cotidiano considera a enfermagem como uma profissão polissêmica, que tem como atribuições exclusivas e específicas, não somente o cuidar, mas também a organização do espaço assistencial e a integração dos atos terapêuticos junto aos clientes. É este caráter polissêmico, segundo a autora, que caracteriza a enfermagem em sua apresentação aos seus profissionais, à equipe de saúde e à sociedade, tornando-a aberta às inovações tecnológicas e comportamentais, ao mesmo tempo em que apresenta dificuldades em se definir como portadora de um papel próprio.

Faz-se necessário destacar, contudo, que o papel da enfermeira é definido em seus aspectos legais, tanto pela Lei do Exercício Profissional de 1986, quanto por outros documentos emanados do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e Conselho Regional de Enfermagem - COREN. No entanto, a definição e a conseqüente execução do papel próprio no âmbito da prática profissional em instituições específicas se revestem de inúmeras dificuldades, como a qualificação técnico-científica dos profissionais, as políticas da instituição, as relações de poder na equipe de saúde e a liberdade de ação cedida aos profissionais.

Outro ponto que merece ressalva é o espaço de atuação e liberdade de ação das enfermeiras que variam de instituições e serviços, na dependência das políticas adotadas e da visão gerencial dos administradores e gestores. Isso demonstra a fragilidade com que a prática é executada como conseqüência, em parte, de uma

não legitimação ou especificação do papel da enfermeira nos diferentes espaços políticos da rede de saúde.

Leopardi (1994) reconhece o comportamento ambíguo dos profissionais em diversas questões. Uma das ambigüidades é a tensão existente entre o desempenho das atividades domésticas, de difícil mensuração quantitativa em termos capitalistas, mas fundamentais à existência e ao conforto humano e o desempenho de ações e procedimentos científicos na esteira da biomedicina. Enquanto aquelas têm origem na realidade histórica da profissão através das figuras da mãe e das religiosas, estas nascem da evolução técnico-científico da profissão ante o aparato das ciências biomédicas, farmacêuticas e da tecnologia em saúde. Outra ambigüidade é a falta do papel próprio e da autonomia profissional aliada a um discurso dos profissionais acerca do compromisso político e busca da valorização profissional.

Neste sentido e na procura da valorização profissional, as enfermeiras assumem compromissos com implicações técnicas complexas, entre o que se espera do profissional e a sua atuação, tanto em práticas concretas e legitimadas quanto em capacidade técnica, mas não permitidas no todo ou em parte quando se discute a autonomia profissional. A enfermeira vive paradoxos entre o assistir e o gerenciar, a execução de tarefas tradicionais acrescida de novas funções na evolução da profissão, o ser agente concentrador da equipe de saúde, confluindo as ações desta para o cliente.

Cabe ainda destacar que, em um certo sentido e em tarefas menos importantes, o poder médico foi transferido às enfermeiras, em um jogo político que cede o poder à medida que este se corporifica, especialmente em atividades manuais ou repetitivas, ou ainda, que demandam muito tempo ao lado dos clientes



(LEOPARDI, 1994). Desta forma, as enfermeiras convivem com tensões entre o que socialmente foram consideradas como próprias da profissão e novas funções e tarefas impostas pela modernidade, pelo mercado ou por alterações nas relações de poder na interioridade das instituições.

Ao lado dessas considerações, no entanto, a enfermeira tem participado da equipe multidisciplinar e incluída pelo Ministério da Saúde em diversos programas e linhas de ação dentro da saúde pública. Tem oferecido uma contribuição teórica importante em áreas temáticas como administração em enfermagem; aspectos filosóficos do cuidar; intervenções especializadas em unidades como Unidades de Terapia Intensiva e neonatologia; assistência à mulher; programação em saúde; dentre outras. Contudo, mesmo considerando as contribuições teóricas citadas, observa-se que no plano das práticas profissionais a realidade apresenta particularidades.

É importante ressaltar que a enfermeira tem ampliado a sua área de atuação e está sendo cada vez mais requisitada a ocupar espaços que até bem pouco tempo não existiam. A enfermeira é um ator essencial na atenção à saúde das pessoas, seja em âmbito individual ou coletivo. Ela capacita, forma, treina e coordena a grande maioria dos trabalhadores da saúde. Também assume a gestão e gerência de programas e projetos sociais, especialmente de saúde, bem como de ensino e pesquisa. Acredita-se que essa diversidade de atuação potencializa uma intervenção crítica em contextos específicos.

Nos dias atuais, passou a ser cobrada uma nova atuação dos profissionais de saúde, onde é valorizado o trabalho em equipe, voltado para a reorganização do processo de trabalho dos profissionais. As novas formas de organização do trabalho em saúde destacam o caráter multiprofissional e a necessidade de articulação das

ações de cada profissional com os demais agentes da equipe. Assim, envolvem o redimensionamento da autonomia de cada profissional, maior liberdade de decisão, melhoria na comunicação e a adoção de condutas em conjunto. O que envolve uma maior capacidade de diagnóstico, solução de problemas e autonomia, visando o alcance de mudanças no processo de trabalho, organizado em equipe para o enfrentamento de situações sociais complexas e diversificadas.

Atualmente, a política de saúde em implementação no País, apresenta como eixo de reorientação do novo modelo assistencial e estratégia de reorganização da atenção básica, a Estratégia Saúde da Família, assumida como proposta governamental do Ministério da Saúde, a partir de 1994. Dificuldades e avanços na recomposição do trabalho nas equipes de saúde do PSF estão sendo identificados desde os primeiros anos de implantação do programa.

Os principais problemas levantados envolvem: falta de clareza da função de cada profissional e conflito de conduta entre o modelo tradicional e o PSF, por parte das equipes e das instituições; dificuldades de relacionamento interpessoal; insuficiência na capacitação dos profissionais, dificuldade em atender as necessidades sociais e de articulação com outros serviços, além do excesso de demanda por consulta médica.

Nas unidades assistenciais do PSF, as equipes profissionais encontram-se submetidas aos novos processos de regulação do trabalho, onde predomina a precarização dos vínculos empregatícios, além de mudanças na atuação desses profissionais. (CAMPOS, 2003; ALMEIDA, 2001; PEDROSA, TELES, 2001; CORBISHLEY, 1998.). Tal situação indica que os profissionais estão vivendo um momento de transição, em que o trabalho em equipe não só precisa ser construído,

mas, também, examinado criticamente, visando à busca de soluções para o atendimento das exigências do novo modelo de atenção à saúde.

Então, contextualizando o objeto de estudo a partir da trajetória profissional da autora, em 1981 comecei a trabalhar como enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí – SESAPI, inicialmente, na função de supervisora das atividades de enfermagem e de agente multiplicador dos Programas da SESAPI, nas unidades de saúde dos municípios que ainda hoje compõem a 10ª Diretoria Regional de Saúde – 10ª DRS, com sede em Floriano, e, a partir de 1991, como Coordenadora Regional do então Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS, responsável pela supervisão de instrutores/supervisores do Programa nos municípios da 10ª D.R.S.

Além dessas atividades assistenciais e gerenciais soma-se a experiência como docente na Universidade Federal do Piauí – UFPI, a partir de 1996, atuando no Curso Técnico em Enfermagem do Campus Amílcar Ferreira Sobral – CAFS, em Floriano-PI, responsável por disciplinas teóricas e pela supervisão dos alunos no campo de estágio. Posteriormente, em 2000, como Coordenadora de Estágio Curricular do referido Curso foi possível observar o fazer dos trabalhadores de enfermagem na prestação de serviços de saúde à população, no contexto da saúde coletiva.

Assim, ao longo dos anos de atividade na assistência e na docência surgiram algumas inquietações quanto à clareza que a enfermeira tinha do próprio trabalho e sobre a interrelação entre esse trabalho e as questões mais amplas de saúde coletiva, tais como o contexto econômico, o político e o social do país.

Como docente nas unidades de saúde que são campos de estágio do curso técnico, observava-se que, até 1999, as atividades desenvolvidas nas UBSs do

município eram realizadas por uma equipe de profissionais reduzida a médicos, odontólogos e auxiliares de enfermagem que trabalhavam para fazer um atendimento muitas vezes voltado para a ação curativa, atendendo casos para diagnóstico e acompanhamento. Sentia falta da permanência da enfermeira nessas unidades. Até então, o trabalho de enfermagem era realizado pelo pessoal auxiliar, sem supervisão direta da enfermeira, embora houvesse a lotação desta profissional na sede da Secretaria Municipal de Saúde, responsável por todas as unidades básicas de saúde do município.

Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1999 no mesmo espaço físico das unidades básicas de saúde existentes no município, foi acomodado ali a equipe do PSF e as UBSs passaram a contar com o trabalho da enfermeira. Esta foi contratada para desenvolver as ações relativas ao PSF, mas, na prática, observa-se que a enfermeira absorve também as atividades das UBS, o que pode vir a comprometer o desempenho de suas atividades no Programa Saúde da Família.

As unidades de saúde passaram apenas por uma adaptação, na qual incorporaram o PSF, tendo assim, que realizar além do trabalho de atendimento à demanda normal da comunidade, acrescentaram atividades na comunidade e no domicílio.

Nestas UBS, a enfermeira desenvolve ações, dentro da equipe multidisciplinar, nos programas de saúde, como o de assistência à criança, à mulher, ao programa de combate ao câncer cérvico-uterino (Útero é Vida), ao de hipertensão arterial e diabetes (Hiperdia), tuberculose, hanseníase e participa do controle das carências nutricionais em gestantes e crianças, bem como a abordagem sindrômica em DST/AIDS.

Nos programas, as enfermeiras realizam consulta de enfermagem<sup>4</sup>, incluindo nesta a solicitação de exames laboratoriais e de imagens e prescrição de medicamentos<sup>5</sup>; educação em saúde; controle dos registros das atividades dos programas; coordenação das atividades da equipe de enfermagem e controle de materiais.

Além das atividades específicas da enfermeira nas UBS, elas coordenam as unidades e programas de saúde e projetos especiais do Ministério da Saúde no município, tais como Programa de Tuberculose, de Hanseníase, de DST/AIDS, entre outros, denotando uma centralização das atividades na área assistencial, educativa e gerencial. Sob a responsabilidade de algumas destas enfermeiras também está a elaboração do relatório anual de gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Então surge o questionamento se esta situação é a mesma em todas as unidades básicas de saúde que foram geminadas e se transformaram em uma única unidade, quando aglutinaram as atividades do PSF às atividades da UBS. Será que para atender as necessidades do serviço, a enfermeira está realizando as atividades específicas do PSF? Dá conta das atividades que deveriam ser de uma enfermeira da UBS? Por estar no mesmo espaço físico comum a outros profissionais percebe-se empiricamente não haver um delineamento do papel desta enfermeira cujas atividades extrapolam, na maioria das vezes, o âmbito da sua especificidade profissional além das atividades do PSF.

Assim, tal condição vem inquietando a autora do presente estudo, pois a enfermeira vem fazendo o que é previsto na legislação, mas, em alguns momentos, está indo além, assumindo um papel que, às vezes, é do médico, do assistente

---

<sup>4</sup> Regulamentada no município através da Portaria nº. 001 de 01/09/ 2000, da Secretaria de Saúde do Município de Floriano – PI.

<sup>5</sup> A Resolução 01/2000 de 01/09/2000 regulamenta a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotinas de serviços por enfermeiros lotados na S.M.S de Floriano – PI.

social, do psicólogo. Se não tem estes profissionais na equipe, a enfermeira acaba assumindo, talvez em detrimento de uma atividade específica da enfermeira que ela deveria estar fazendo e não disponibiliza tempo.

Há de se pensar que existem atividades que não deveriam ser feitas pela enfermeira, mas sim por outros profissionais e, às vezes, a mesma acaba delegando a auxiliares e/ou técnicos de enfermagem uma ação dela, a qual faria com muito mais propriedade, com muito mais conhecimento e domínio, e provavelmente, até pela qualificação, proporcionaria à população, uma assistência com mais qualidade.

Neste sentido, percebe-se, no município de Floriano-PI, uma indefinição quanto aos limites da prática da enfermeira em saúde coletiva, quando assume responsabilidades ou funções levando à sobrecarga de trabalho e às vezes ao afastamento da prática específica.

Desde a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF em Floriano, 1999, observa-se uma crescente tendência dos profissionais de saúde deste município, a trabalharem no Programa, mesmo sem uma qualificação específica para atuarem no mesmo. Entretanto, há o domínio do modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde, com predominância da medicina curativa, enquanto a Secretaria Municipal de Saúde, através do PSF, dá ênfase à promoção e prevenção, com um sistema de vigilância e o incremento de ações básicas de saúde.

A construção das práticas da enfermeira, em relação ao trabalho nas equipes do PSF, apresenta-se, portanto, como um processo em desenvolvimento, carecendo de reflexão para o alcance de sua compreensão no contexto social. Desse modo, reconhece-se os obstáculos presentes no processo de implantação do PSF em Floriano (PI) e acredita-se que o aprofundamento do conhecimento sobre a atuação

da enfermeira nas equipes de saúde torna-se uma forma de contribuir para a superação desses obstáculos, ampliando o conhecimento sobre as práticas dessas profissionais no novo contexto da rede básica de saúde.

Nessa busca, defende-se a tese de que **o trabalho no PSF pode favorecer mudanças na prática da enfermeira, com uma atuação voltada para as necessidades de saúde da comunidade, propiciando a sua inclusão como agente de mudança na reorganização da atenção à saúde na rede básica de saúde do SUS.** Cabe a ela ainda, nesse contexto, orientação pertinente a outros profissionais, e, dessa forma, sinaliza-se a necessidade de outros profissionais como referência para que o cliente tenha uma assistência integral.

- **Questões Norteadoras e Objetivos do Estudo**

Diante da problemática apresentada o estudo teve como questões norteadoras:

- Como a enfermeira está inserida no contexto da saúde coletiva nas unidades básicas de saúde em Floriano-PI?
- Como se dá o trabalho da enfermeira inserida no Programa Saúde da Família no contexto da saúde coletiva nas Unidades Básicas de Saúde de Floriano-PI?

Considerando-se as questões traçou-se como objetivos do estudo:

- Descrever o trabalho da enfermeira no Programa Saúde da Família do município de Floriano-PI;

- Discutir a percepção<sup>6</sup> da enfermeira acerca do seu trabalho no contexto do PSF com vista ao trabalho em equipe no cenário foco do estudo;
- Analisar o trabalho da enfermeira no contexto do PSF no município de Floriano-PI.

- **Justificativa do Estudo**

Nas últimas duas décadas, as reformas implantadas no Brasil como resultantes da reestruturação do sistema capitalista, da crise fiscal, das novas relações no mundo do trabalho, têm modificado, em especial, as concepções e práticas das políticas públicas. As políticas de saúde, compreendidas e assumidas como ações de responsabilidade do Estado, passam por mudanças significativas, tanto na essência ideológica, quanto na operacionalização das reformas institucionais e no cotidiano de suas práticas. Em meio a essa nova tendência o governo federal instituiu, entre outros, o Programa de Saúde da Família.

A implantação do Programa de Saúde da Família em várias regiões do país traz à tona alguns debates, não só no meio acadêmico como nos próprios serviços. Esses debates apontam duas tendências explicativas para a opção de implementação de novos modelos de atenção à saúde: uma, reprodutora da cultura da iniquidade natural sobre a qualidade de vida e de assistência de saúde, na qual somente determinadas medidas racionalizadoras serão capazes de causar impactos nos indicadores das respectivas áreas; outra, a reclamar a superação das complexas e profundas desigualdades sociais – fatores determinantes do processo saúde-doença, indicando, como estratégias dessa superação, a adoção de políticas

---

<sup>6</sup> Ato de perceber, ação de formar mentalmente representações sobre objetos externos a partir dos dados sensoriais. (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996, p. 210)



públicas comprometidas com mudanças na qualidade de vida da maioria da população.

Ao propor a realização de um estudo sobre a prática da enfermeira no Programa Saúde da Família tem-se consciência que esta prática é um recurso inestimável para fazer emergir e fortalecer o sistema local de saúde fundamentado na promoção da saúde em toda a sua amplitude.

O momento atual foi favorável para esta pesquisa, pois a produção de serviços de saúde no setor público está em fase de grandes transformações. No que se refere à justificativa do estudo somando-se à problemática apontada na sua introdução, buscou-se o que já foi produzido sobre o trabalho da enfermeira em Unidades Básicas de Saúde, com a intenção de mostrar as lacunas de conhecimento acerca do objeto de estudo a que se propôs investigar na sua dimensão maior, justificando, portanto, a produção de conhecimento, particularizado, no caso de Floriano - PI.

Desta forma a enfermagem brasileira já tem uma produção científica acerca de seu processo de trabalho, que se iniciou na década de oitenta e que no primeiro momento buscou construir a dimensão sócio-histórica dessa prática. A partir de vários eventos, destacadamente os Congressos Brasileiros de Enfermagem, os estudos a cerca do processo de trabalho da enfermagem se consolidou.

A prática da enfermeira em saúde coletiva que já foi estudada por Almeida (1991) e Corbishley (1998), entre outros estudos, está apresentada nos próximos parágrafos permitindo ressaltar a importância do presente estudo, que pretende ampliar a discussão sobre a prática da enfermeira em saúde coletiva.

A enfermagem como uma prática inserida no processo de trabalho em saúde, foi foco de estudo por Almeida e Rocha, J. (1989), em "O Saber da enfermagem e

sua dimensão prática” e por Almeida (1991) em “O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de saúde coletiva – rede básica de saúde de Ribeirão Preto”. Este último fundamentado no processo de trabalho segundo Mendes-Gonçalves (1988), que se dedicou ao estudo da prática médica na sua constituição histórica e social.

Almeida (1991) ressalta que o trabalho de enfermagem se caracteriza como um trabalho auxiliar das atividades do Pronto Atendimento. Identificou que, a recepção da clientela, a pré-consulta, a consulta médica e a pós-consulta são as atividades centrais das unidades básicas de saúde, sendo realizadas de forma rápida, confusa, com “diálogos monossilábicos e truncados, com um nível de tensão e insatisfação considerável” pelo lado dos trabalhadores.

As ações que seriam instrumento de trabalho para alcançar a saúde coletiva, como visitas domiciliares, trabalhos educativos, atividades externas com grupos populacionais ou em instituições, vigilância sanitária e epidemiológica, não são realizadas pelas unidades básicas de saúde. O trabalho das categorias profissionais não é articulado e as tarefas visam ao imediatismo do pronto atendimento. A autora constatou ainda que para os sujeitos de sua pesquisa as políticas de saúde eram vistas como externas ao trabalho e ao trabalhador, como instâncias que só “maculam” as boas intenções dos técnicos. (ALMEIDA, 1991).

Corbishley (1998) pesquisou o trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora (MG) e sua articulação com o trabalho global em saúde coletiva, mediados pela proposta de organização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde, e obteve como resultados, que o trabalho de enfermagem, caracterizado nos diferentes tipos de unidades básicas de saúde existentes em Juiz de Fora – MG, acompanha o trabalho em saúde coletiva no Brasil, é um trabalho

“condicionante” e “condicionado” pelo modo como se organiza a prestação dos serviços nessas unidades. A autora ressalta ainda que o trabalho de enfermagem em saúde coletiva vem se transformando, acompanhando o processo de construção do trabalho em saúde coletiva em geral.

Andrade (1998) em sua pesquisa sobre o PSF no Ceará ressalta a dificuldade no processo de trabalho das equipes que atuam no PSF no tocante ao despreparo dos profissionais para desenvolverem atividades na comunidade. A autora associa a situação às limitações nos cursos de graduação de Enfermagem e Medicina na preparação dos profissionais. Desde a implantação do PSF, do ponto de vista técnico, o maior desafio está sendo a capacitação dos atuais profissionais e a formação dos que hoje estão nas escolas. Existe uma necessidade de formação do enfermeiro com uma visão crítica da realidade, na tentativa de transformar sua prática assistencial com a finalidade de intervir sobre a saúde da coletividade.

O estudo de Nogueira (1996) sobre a trajetória da Enfermagem Moderna no Piauí no período de 1937 a 1977, que apontou aspectos históricos que podem, ainda hoje, estar influenciando a prática das enfermeiras no estado do Piauí, e o de Rocha (1999), que estudou a prática do técnico de enfermagem na área hospitalar, também em cenários no Piauí. Estes vieram contribuir para o conhecimento da enfermagem no Estado do Piauí, contudo, dentre os estudos realizados ainda não se discutiu a prática de enfermagem na atenção básica de saúde.

- **Relevância do Estudo**

Como contribuição do estudo entendeu-se que esse ampliou os conhecimentos sobre a enfermagem como uma prática social, através do estudo do

seu trabalho, como também, trouxe resultados que favoreceram uma reflexão acerca do sistema de saúde no município de Floriano, bem como ao divulgá-lo ampliará as possibilidades de discussão a um grupo maior de interessados nas questões, com enfoque na atenção básica de saúde.

Entendeu-se que esta reflexão contribuirá para o melhor delineamento das competências da enfermeira no contexto da saúde coletiva de Floriano e assim podendo-se dizer que trará possibilidades de melhor qualidade da assistência de enfermagem no âmbito da saúde coletiva.

O estudo trouxe contribuições para o ensino na medida que o mesmo mostrou a prática da enfermeira e poderá ser utilizado como um referencial no processo ensino-aprendizagem pela academia e mais especificamente ao docente de enfermagem, instrumentalizando-o com vistas a uma formação crítica e reflexiva da realidade vivida pela categoria de enfermagem e possibilidades de mudança de comportamento profissional frente à realidade e a política de saúde.

Visto ser o município de Floriano um campo de formação de profissionais de enfermagem nas três categorias: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, os resultados deste estudo abrirão espaço e fornecerão subsídios para pesquisas posteriores sobre a prática profissional em saúde, vislumbrando objetos outros de investigação, vindo a contribuir para a produção de conhecimento da enfermagem no contexto da saúde coletiva.

Através do estudo da atuação da enfermeira nas equipes do PSF em Floriano, pode-se contribuir para esclarecimento das dificuldades e na discussão das possibilidades de transformação da atenção à saúde e avanços da enfermagem na saúde coletiva no município.

- **Considerações sobre a Temática**

Por décadas o sistema de saúde do Brasil desenvolveu-se em dois modelos: o da saúde pública, subordinado, com ações de caráter preventivo e de controle sobre a população como um todo; e outro, o previdenciário, que privilegiou a assistência médica, com atuação no indivíduo por meio de ações curativas, e tendo como questão central a doença, adotando a prática hospitalocêntrica. Essas vertentes desenvolveram-se distantes da realidade epidemiológica local, desconsiderando quaisquer características municipais ou regionais.

Concentraram-se, mais precisamente nas três últimas décadas, as tentativas de reorganização da atenção e assistência à saúde. Historicamente a saúde ocupou uma posição secundária nas definições de políticas-sociais do Estado, bem como no processo de planejamento. Aos sucessivos planos de desenvolvimento propostos para a sociedade brasileira caracterizam-se sempre por uma marcada subordinação das medidas na área social aos objetivos específicos da política econômica. (DONNANGELO, 1979).

Ressalta-se o início da década de 70, auge do milagre econômico, como um período marcado por uma política de saúde que privilegiava a assistência curativa, a indústria farmacêutica e de equipamentos, em detrimento das ações preventivas e de atenção primária tão necessárias à saúde. (XAVIER *et al*, 1987).

A partir de 1974, passa a vigorar uma política social com objetivos próprios e começa a desaceleração da economia, esvazia-se a euforia do “milagre brasileiro” e diminuem as taxas de crescimento do produto e do emprego. A partir de então, durante o final da década de 70 e início da de 80, a política de saúde passou a enfatizar as ações básicas de saúde e a organização de serviços, de menores níveis

de complexidade tecnológica em detrimento da tendência à hospitalização. Vários foram os programas sugeridos para tentar revalorizar os cuidados primários, recomendados na Reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma-Ata, em 1978. Ações programáticas passaram a ser propostas.

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – o PREV-SAÚDE – apresentado em 1980 pelo Ministério da Saúde e pela Previdência Social, com o objetivo de universalizar os cuidados primários de saúde em todo o território nacional, tinha também como uma de suas proposições o uso de métodos e materiais médico-hospitalares de eficiência comprovada, de preço ao alcance da comunidade e do país. Este, assim como outros programas similares, acabou não sendo implantado (XAVIER *et al*, 1987).

Em 1982, ocorreu a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS, formalizada por portaria conjunta entre os Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação e Cultura, buscando a reorganização institucional da assistência à saúde, evitando ações paralelas e simultâneas entre as instituições sanitárias, o que significava que as prefeituras recebiam recursos federais oriundos da Previdência, através de pagamento por serviços prestados realizados pelos municípios. Os repasses de recursos eram feitos sob a forma de compra de serviços, sendo obrigatório aos municípios manter, no mínimo, os mesmos recursos que já investiam antes do convênio. (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JR., 2001).

Entretanto, a partir de 1984, quando técnicos da saúde, juntamente com a população, diagnosticaram o Sistema Nacional de Saúde como caótico e privilegiando os interesses privados, as mudanças começaram a se desenhar (XAVIER *et al*, 1987). Surge o então conhecido Movimento pela Reforma Sanitária que procurava realizar uma discussão crítica acerca do aspecto autoritário e

excludente do sistema de saúde vigente no país. É desenvolvida uma série de tentativas de reestruturação do setor saúde, como medidas que apontam para a unificação dos componentes assistencial e preventivo, em um comando único e organizado de forma descentralizada.

O passo seguinte às AIS foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, através do Decreto 94.657 de 20 de julho de 1987, com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS. As principais conseqüências do SUDS foram: concentração de poder nas secretarias estaduais de saúde e início do desmonte do INAMPS. (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JR., 2001).

A articulação progressiva entre profissionais de saúde e a população teve seu ponto alto na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em março de 1986, que contou com a participação de representantes da sociedade organizada. A plenária desta conferência recomendou a criação do Sistema Único de Saúde com princípios de universalização e descentralização, com comando único em cada esfera do governo, integralidade das ações e controle social, entre outros.

Mais tarde, a nova Constituição da República, promulgada em 1988, abraçou os ideais da nova proposta para o setor saúde, na medida em que reconheceu que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Garantia pela primeira vez, o direito de saúde ao cidadão, e não apenas ao trabalhador ou ao contribuinte do seguro social. A política pública de saúde voltava a mudar o seu enfoque tentando implantar, na prática, as ações básicas de saúde em detrimento da hospitalização, posição que já vinha defendendo, em nível de discurso.

É responsabilidade do Estado a provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução

do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção e recuperação da saúde, de acordo com o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Foram necessários muitos anos de luta e de debates para se chegar à proposta do Sistema Único de Saúde, consolidado legalmente na Lei Orgânica de Saúde, a Lei nº 8.080/90. No Artigo 4º, o SUS é definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”.

Os princípios fundamentais para o SUS são a integralidade, a universalidade, a descentralização, privilegiando a municipalização das ações e a participação social. Para contemplar estes princípios a organização dos serviços deve acontecer de maneira regionalizada, atendendo em níveis de complexidade crescente, com resolutividade tanto para os problemas individuais como para os coletivos, descentralizados e com a participação dos cidadãos. O processo de regionalização ultrapassa os limites geográficos, assumindo um caráter de dinamicidade, reconhecendo seu estado de contínua mudança.

Vislumbra-se um sistema de saúde que reverta a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, e substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a Vigilância à Saúde.

O sistema público existente, que oferecia assistência apenas a uma parcela da população integrada ao mercado de trabalho formal, passou a atender a demanda de todos os cidadãos brasileiros, num contexto econômico desfavorável, que incluía a restrição de gasto público. Sem investimentos que permitissem ampliar as condições da oferta dos serviços de saúde e com a compressão dos valores da



remuneração aos prestadores públicos e privados, o resultado foi a progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos. Nesse período ocorreu uma expansão do sistema de planos e seguros privados de saúde, para o qual migraram os profissionais do mercado formal de trabalho (BRASIL, 2002).

Apesar dessas dificuldades, o SUS ganhou crescente apoio político na década de noventa, o que viabilizou mudanças institucionais e a descentralização do sistema de saúde. O processo de descentralização é caracterizado pela transferência de maior autonomia e aumento da capacidade de gestão aos níveis periféricos do sistema. A municipalização da saúde, como uma estratégia de descentralização para a efetiva construção do SUS, pressupõe o fortalecimento do poder para gestão de suas políticas sociais e dentre elas, as políticas de saúde. Desta forma, o município passou a ser responsável pela assistência à saúde da população, constituindo-se no gestor dos serviços de saúde. Entretanto, a municipalização é um processo essencialmente político, pois a descentralização significa a transferência de poderes e de recursos a autoridades eleitas no município.

Embora se evidenciem avanços significativos, o processo de municipalização ainda se encontra em curso, com retrocessos e progressos obtidos (MISHIMA et al. 1997). No entanto, acredita-se que esta descentralização proporcione maior estabilidade à política de saúde vigente e possibilite o aumento da capacidade de regulação do sistema de saúde.

Porém, Soares (2000) chama a atenção para o fato de que os estados têm sido praticamente ignorados nessa descentralização/municipalização enquanto agentes responsáveis pela implantação de políticas regionais, pois lhes foi retirado as possibilidades financeiras, técnicas e políticas de planejar e coordenar programas

sociais de forma regional e mais eqüitativa, limitando-o a um papel meramente formal de repassadores de recursos. A autora ressalta a necessidade de se resgatar a capacidade dos estados, enquanto unidades da federação, (re)assumirem uma responsabilidade estratégica na condução das políticas públicas de saúde no âmbito estadual/regional. Afirma ainda, que a delegação de autoridade ao poder local, via descentralização com participação da sociedade, só se efetivaria de fato por meio de esforços no combate aos esquemas tradicionais de poder das elites locais.

Portanto, a consolidação do SUS requereu a existência de mecanismos de regulação que dêem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área de saúde. Nos anos 90, as Normas Operacionais Básicas – NOB passaram a representar instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização, estabelecida na Constituição e na Legislação do SUS. Foram elas, NOBs de 1991/1992, de 1993 e de 1996 e mais recentemente a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), nas versões 2001 e 2002. (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JR., 2001).

As NOBs se voltam mais diretamente à definição de diretrizes e ao estabelecimento de estratégias que orientem a operacionalização do Sistema. A NOB 01/93 foi um marco ao apontar os caminhos para a efetiva descentralização das ações de serviço – “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”; definiu três modalidades de gestão para os estados e municípios – Incipiente, Parcial e Semi-plena – e estabeleceu uma relação entre as esferas de governo pela criação das Comissões Intergestores Bipartite, nas esferas estaduais, e a Comissão Intergestores Tripartite, na esfera federal, as quais correspondem a órgãos operacionalizadores das políticas definidas pelos conselhos de saúde nas suas respectivas esferas de competência. (LEVCOVITZ, 2001; BRASIL, 1996b).

A NOB/96 caracteriza a responsabilidade sanitária de cada gestor, apresentando como finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Um dos pontos de destaque desta norma é a definição da forma de financiamento das ações de assistência hospitalar e ambulatorial, e o estabelecimento de mecanismos de transferência de recursos, fundo-a-fundo, de forma regular e automática. São propostos o Piso de Atenção Básica (PAB) e os incentivos a programas como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde(PACS) e Programa Saúde da Família(PSF). (BRASIL, 1997b; BRASIL, 2002).

A NOB/96 define duas modalidades de gestão: a Gestão da Atenção Básica, que pressupõe o repasse direto aos municípios dos recursos correspondentes à atenção básica de acordo com um cálculo *per capita*, enquanto as ações de média e alta complexidade e as internações continuam a ser pagas por procedimento, e a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde na qual o município recebe a totalidade de recurso do teto que passa a incluir, além da assistência, ações de vigilância sanitária e controle das doenças transmissíveis. (BRASIL, 1997b; LEVCOVITZ, 2001).

A experiência proporcionada pela implantação do PAB, a partir da habilitação dos municípios, possibilitou avanços na organização dos serviços em diversos municípios. Entretanto persistem problemas em muitos outros que, ao não assumirem suas responsabilidades gestoras e de prestação de serviços, contribuem para desorganização do sistema como um todo.

A proposta de ampliação da atenção básica trazida pela NOAS-SUS 01/01 busca definir as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver – saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. Além das ações mínimas, os Estados e Municípios poderão definir, baseados em seu perfil demográfico e epidemiológico e suas prioridades políticas, outras ações que julguem estratégicas e necessárias, de acordo com as especificidades locais.

A atenção básica está presente em todos os grupos de estratégias por englobar um conjunto de ações que deve ser ofertado em todos os municípios do país, independentemente de seu porte.

Além de assegurar a atenção básica em todos os municípios brasileiros, a NOAS propõe a formação de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam, no âmbito microrregional, o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a um conjunto de procedimentos de saúde necessários para o atendimento dos problemas mais comuns, nem sempre oferecidos em municípios menos populosos.

Também foram estabelecidas as diretrizes gerais de organização das demais ações de média e alta complexidade, por meio do mapeamento da rede de referência em áreas estratégicas específicas. Esse tipo de regionalização requer uma articulação dos gestores municipais sob coordenação e regulação estadual, para a negociação e pactuação de referências intermunicipais e sua Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Entretanto, percebe-se a concentração de serviços de alta complexidade nos grandes centros urbanos, enquanto em muitas regiões do país não existem centros

de referência de média e alta complexidade, revelando a ausência de articulação no processo de regionalização e de organização da assistência.

A atenção básica é trabalhada dentro de um contexto articulado com toda a rede de serviços e como parte indissolúvel dessa. Entretanto, muitas vezes a conformação de uma rede de serviços com diversos níveis de hierarquia, extrapola o território de um município. Portanto, é importante a articulação intermunicipal, para qualquer forma de gestão que o município se encontrar. Tanto os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, quanto os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal devem trabalhar de forma articulada, participar da PPI visando garantir acesso à população aos níveis mais complexos do sistema. (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JR., 2001).

Entende-se que estes instrumentos legais, em seu conteúdo, reafirmam como funções de competência dos três níveis de gestão, a coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. O município é responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população. Reafirmam, além disso, a necessidade de aperfeiçoar a gestão do SUS para a reordenação do modelo de atenção à saúde, valorizando os resultados de programações que se sustentam em critérios epidemiológicos e em desempenho de qualidade.

Vale lembrar o que disse Corbishley (1998), a implantação do SUS é um processo com avanços e recuos, pois, não vem sendo feita de maneira uniforme nos estados e municípios brasileiros, estando relacionada com as diferenças de realidades locais, com as disputas políticas e com o grau de envolvimento da comunidade.

Pode-se considerar que ainda transcorrerá algum tempo para o SUS ser efetivamente implantado, é um processo em permanente construção. Um dos entraves fundamentais para a sua consolidação é o inadequado e insuficiente modelo de financiamento vigente, o que tem, inclusive, contribuído para a expansão do modelo de saúde suplementar no Brasil.

Nesta linha de pensamento, Noronha e Soares (2001) ressaltam o sucateamento da rede assistencial existente no Brasil, fato acentuado pelos atuais mecanismos e valores de custeio da assistência médico-sanitária e pela busca de fontes alternativas de financiamento. Ressaltam ainda:

A sub-remuneração dos profissionais de saúde e a salientada precariedade de suas relações trabalhistas têm fortemente diminuído a sua adesão ao SUS. (...) é crescente a cisão entre uma assistência para ricos e remediados financiados por planos e seguros de saúde e uma assistência para pobres financiadas por recursos fiscais administrada dentro da lógica do SUS. (NORONHA; SOARES, 2001, p. 448).

Segundo Soares (2000), o resultado da política neoliberal adotada nos últimos anos no Brasil teve como conseqüência a deterioração e o sucateamento do serviço público, a diminuição do financiamento da área social e a tendência a sua privatização.

Apesar de todas essas iniciativas reformistas, desenvolvidas ao longo dos anos, ainda hoje permanece a problemática da efetiva distribuição do poder institucional, seja do Estado em relação à sociedade civil, seja dos grupos políticos historicamente divergentes que detêm o poder político nas instituições, que reivindicam sua parcela de influência nas decisões e nas orientações fundamentais da política de saúde.

Observa-se que a inserção do Sistema Único de Saúde, na Lei, encontra-se bem organizado e estruturado. Na prática, o funcionamento concreto dos serviços está desarticulado do conjunto necessário ao atendimento das necessidades de demanda social relacionadas à saúde.

Segundo Cohn e Elias (1998, p. 67), a organização e estruturação dos serviços de saúde encontram-se bem distantes de merecerem uma qualificação de sistema, pois “(...) não configuram partes articuladas de um conjunto, onde se objetiva atender às necessidades socialmente demandadas em relação à saúde”. Nesse sentido, o que se verifica são serviços que não dispõem de recursos materiais, físicos e humanos para atender as necessidades de saúde da população. Os profissionais não estão preparados para atuar nos problemas de saúde da população e atender aos princípios finalísticos do SUS, conseqüentemente, encontram dificuldades para implantarem o modelo assistencial proposto pelo SUS.

Do exposto, ressalta-se que os problemas de maior relevância concentram-se na descentralização, na participação popular e no financiamento do sistema, o que compromete a proposta do SUS como um todo.

- **Modelo de Atenção para Floriano – PI**

Após a habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica, em 1998, o município de Floriano organizou seus serviços com a implantação de vários programas, de acordo com o Plano Plurianual – Setor Saúde: 2002-2005 “como estratégia de efetivação do novo Modelo Assistencial de Saúde”; entre os programas implantados o Plano destaca o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família, assim como a estruturação da Secretaria Municipal de Saúde.

Nesse contexto, o município de Floriano está pleiteando a habilitação do município na condição de Gestão Plena.

A filosofia que orienta o modelo de atenção à saúde contempla os princípios constitucionais e baseia-se nos pilares da gratuidade na prestação dos serviços, da universalidade, garantindo acesso a todo cidadão em qualquer nível do sistema de saúde; da integralidade, permitindo a visão integral do homem; da participação e controle social do processo decisório; com ênfase nas estratégias de atenção voltadas para a vigilância a saúde e na organização de um sistema de referência e contra-referência.

Dessa forma, o objetivo desse modelo fundamenta-se na necessidade de organizar as práticas de promoção e vigilância à saúde, tendo como base pragmática a identificação dos principais problemas de saúde que afetam as condições de vida e saúde da população, sob uma base geográfica (território) e conformados por uma rede de serviços fundamentados na participação popular e com estratégias que transcendem o modelo curativo de saúde. A mudança no modelo vem ocorrendo lentamente no município.

Objetivando essa mudança, o sistema está se estruturando para ser regionalizado e hierarquizado, de acordo com o nível de complexidade crescente da atenção a saúde, como se fosse uma pirâmide, na qual a base seria a atenção básica desenvolvida pela UBS, a porta de entrada do sistema e que se espera ter uma boa resolutividade dos problemas de saúde da população.

Entretanto, para a resolutividade e funcionamento satisfatório das UBSs, há necessidade de organizar equipes preparadas para atuarem na promoção, atenção e reabilitação da saúde e em número suficiente para atendimento à população; de dotar as UBSs de equipamentos essenciais ao seu funcionamento, de oferecer uma



rede de apoio diagnóstico capacitada para atender aos usuários e fornecer os medicamentos básicos; de atender de forma integrada com os diversos serviços do município e com um sistema de referência e contra-referência. Nesse nível de atenção básica é irrestrito, ou seja, não há limite de atendimentos. O planejamento das ações é pautado nas reais necessidades de saúde da população determinadas pelo diagnóstico de saúde em cada território realizado pela equipe.

O PSF é entendido como a estratégia que está auxiliando a Secretaria Municipal de Saúde na implantação desse modelo proposto para Floriano. Nas UBSs, unidades de referência para o PSF, o território está delimitado e já se encontra as ações programáticas da mulher, da criança, do diabético e hipertenso, com ênfase nas ações de prevenção e promoção.

No meio da pirâmide localizam-se os problemas de média complexidade. Nesse nível de atenção, o acesso é restrito, tendo um teto diagnóstico e terapêutico. Nessas unidades atende-se a algumas especialidades que não há na rede básica.

No ápice da pirâmide encontra-se a maior complexidade, cujas ações são desenvolvidas pelas instituições de saúde especializadas, estas situadas em Teresina, capital do estado do Piauí, necessitando de encaminhamento da UBS.

Na prática, essa organização não tem levado em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e por isso dificulta seu funcionamento. Os serviços funcionam com lógicas diferentes, a articulação entre eles termina não acontecendo, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando por todas as portas ou tendo seu acesso restrito.

Percebe-se que a capacidade de enfrentar uma série de situações de agravo não está garantida à atenção básica no município. Pois, foi ampliada a cobertura da atenção básica, mas são sérias as limitações para exames laboratoriais e

radiológicos, para apoio nas áreas de obstetrícia, saúde mental, de reabilitação e outras, necessárias para a continuidade da atenção. E por conta disso muitas pessoas preferem procurar direto o Hospital Regional da cidade, sobrecarregando-o.

É importante ressaltar a necessidade de se discutir com todos os profissionais de saúde sobre as propostas contidas no Plano Municipal de Saúde com relação ao modelo de atenção pretendido para o município, pois se acredita que a maioria dos trabalhadores de saúde não tenha conhecimento das propostas nele contidas. Neste sentido, em março de 2005 foi realizada uma palestra com os médicos e enfermeiros do município, quando foi apresentada a proposta da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano sobre a Gestão Plena dos Serviços de Saúde, na ocasião foi discutida com os participantes apenas a média e de alta complexidade, fazendo-se necessário avançar nas discussões bem como incluir a atenção básica de saúde.

## CAPITULO II

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A construção deste capítulo teve o objetivo de auxiliar a compreender o trabalho da enfermeira no Programa Saúde da Família frente ao SUS que foi um elemento determinante para o entendimento do objeto do estudo. Para a autora, foi necessário que se compreendesse a realidade dos serviços e do contexto de saúde no qual estão inseridos, bem como a organização de suas práticas.

A estrutura do capítulo ficou assim constituída: Saúde Coletiva: aspectos conceituais e evolutivos; O PSF como uma estratégia na saúde coletiva; Promoção da Saúde; O trabalho de enfermagem e O Trabalho da enfermeira no contexto da saúde coletiva.

- **Saúde Coletiva: aspectos conceituais e evolutivos**

A saúde pública nasce com a medicina moderna no século XIX, tendo como marco inicial a biologia, com a identificação de microorganismos e de mecanismos de transmissão das doenças, o que aumentou o poder social da medicina, na figura do médico. Todo o processo da área da medicina era desenvolvido pelo médico.

É comum a idéia de saúde coletiva como sinônimo de saúde pública e de saúde da comunidade. Entretanto, trata-se de campos heterogêneos, na medida em

que possuem origens históricas diferentes e refere-se a modalidades de assistência à saúde diferente. (CORBISHLEY, 1998).

Neste estudo, por ser seu objeto centrado na saúde coletiva e por persistir ainda, dificuldades de entendimento da mesma, há necessidade de se esclarecer e se compreender o termo. Conforme Pires Filho (1987) esta se constitui em um campo de saberes e práticas demarcado pela intervenção técnica e política do Estado na assistência, que privilegia a base técnica do conhecimento científico, ancorado nas técnicas de investigação empíricas, cujas práticas voltam-se tanto para o individual como para o coletivo. Nesta linha de raciocínio Pereira et al (2000) diz que no primeiro caso através de ações de caráter preventivo e de promoção à saúde, com atividades de assistência médica e reabilitação, e no segundo, desenvolvendo as ações governamentais das políticas de saúde voltadas para o coletivo.

Assim pode-se dizer, segundo Matumoto, Mishima, Pinto (2001) que a ação de saúde representa o “instrumento técnico-político que irá intervir no processo saúde-doença”, rompendo sua cadeia causal com o tratamento e a reabilitação do individuo doente, ou evitando seus riscos e danos por intermédio da prevenção e da promoção da saúde, e com o controle dos sadios.

Visualizam-se essas ações, na prática, na forma dos programas que se ocupam de alguns grupos de risco, tais como crianças, gestantes, mulheres e idosos, assim como para grupos acometidos por algum dano, como os hipertensos, diabéticos, portadores do vírus HIV ou com AIDS, pessoas com tuberculose, com hanseníase, entre outras. Há também, ações de assistência médica individual – as atividades de pronto atendimento, que têm com objeto um homem genérico, que no

momento do agravo se enquadra segundo um risco ou dano dentro do processo saúde-doença.

Na perspectiva conceitual tem-se ainda a expressão saúde da comunidade que está ligada à proposta de Medicina Comunitária, enquanto prática de saúde. Medicina Comunitária equivale a uma medicina que promove a extensão dos serviços médicos, através da tecnologia simplificada e ao mesmo tempo ampliada, com a participação da comunidade (DONNANGELO; PEREIRA, 1979).

Por fim, o campo da saúde coletiva é o mais recente da medicina como prática social e possui como marca a interdisciplinaridade. Conforme Birman (1991, p.9) representa, teoricamente, uma ruptura com a saúde pública “ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde”.

Por tratar-se de uma discussão mais recente de atuação, há conceituação de diversos estudiosos, que na concepção da autora do estudo, elas se complementam em alguns aspectos, em outros mostram a amplitude da saúde coletiva como prática social de promoção da saúde dos indivíduos.

Do movimento sanitário nasce a Saúde Coletiva, entendida como área de produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e os saberes em saúde, atribuídos ao coletivo enquanto campo estruturado da relações sociais onde a doença adquire significação (TEIXEIRA, 1985).

Nesta linha de pensamento Canesqui (1995) afirma que saúde coletiva é um campo em constituição no Brasil, assumindo diversas formas e abordagens. Surgiu no final da década de setenta, quando se sentiu a necessidade de incorporar outros saberes para a compreensão do processo saúde-doença e da convivência cotidiana entre diferentes profissionais. Para a autora, ainda não foi estabelecido o campo de conhecimento da saúde coletiva, há uma multiplicidade de objetos e áreas de saber,

das ciências naturais às ciências sociais, tornando-se, no entanto, mais evidentes as reflexões político-ideológicas.

Assim sendo, para Carvalho (1992, p. 31) Saúde coletiva é o

Conjunto mais geral de ações dirigidas às populações, ao meio-ambiente e à sociedade, englobando todos os tipos de assistência à saúde – lato sensu – com base nas necessidades de saúde das populações. Sugere direitos, situações históricas, condições de vida, crítica à idéia de que o indivíduo é o único responsável por sua saúde / doença. Incorpora as ciências sociais ao estudo dos fenômenos saúde/doença, prestação de serviço à população.

Na versão de Almeida (1991) a saúde coletiva incorpora os conceitos da tradicional saúde pública, indo além do que esta compreende acerca do processo saúde-doença e cuidado – numa perspectiva biológica e multicausal, ou seja, encaminha-se para um enfoque histórico-social que compreende este processo (saúde-doença) relacionado às determinações sociais e pela ação dos distintos sujeitos em suas relações entre si e na sociedade em que vivem, em espaços sócio-político-econômico-culturais específicos, em tempos determinados e submetidos a condições de vida diferenciadas.

Vale ainda destacar o enfoque dado por Corbishley (1998), no modelo de trabalho em saúde coletiva há diferentes objetos que podem ser dominados por diferentes profissionais. Os diversos campos de atuação, característica do trabalho em saúde coletiva, exigem a articulação de distintas práticas sociais (enfermagem, serviço social, psicologia, medicina, etc.), entre elas deve haver um trabalho cooperativo o que gera uma grande dificuldade, pois o profissional não é mais o “expert” isolado, mas sim um facilitador capaz de colaborar com os outros profissionais, respeitando as especificidades profissionais.

Na prática, a Saúde Coletiva tem se apresentado como um desafio a efetivar-se como uma forma de produção de saúde através de transformações econômicas, sociais e políticas, resultando em condições de vida que promovam a saúde e evitem a enfermidade.

Embora concordando que a saúde coletiva exige uma prática interdisciplinar, Campos (2000) se preocupa com uma certa sobreposição de limites entre as disciplinas e o campos de práticas. Assim busca estabelecer limites entre estes, através dos conceitos de núcleo e de campo, onde:

(...) o núcleo demarcaria a identidade de uma área do saber e da prática profissional; e o campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. (CAMPOS, 2000, p. 220)

Grande parte dos campos de práticas tem caráter multiprofissional e apresenta como característica marcante a interdisciplinaridade, tornando-se inevitável a ocorrência de limites indeterminados e uma sobreposição entre as diversas disciplinas que constituem as áreas do conhecimento (CAMPOS, 2000). Foi-se constituindo, então, o campo da Saúde coletiva, sendo considerado de natureza interdisciplinar, pois congrega diversas disciplinas que se complementam.

Esta também é uma preocupação de Nunes (1995) ao discutir a questão da interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das ciências sociais em que estabelece a linha de raciocínio de Campos quando identifica que o fenômeno interdisciplinar tem dupla origem: uma interna, inerente à própria constituição do sistema de ciências que acompanha o seu desenvolvimento e sua organização; outra externa, caracterizando-se pela mobilização dos saberes convergentes em vista da ação.

Paim e Almeida Filho (1998) referem que a Saúde coletiva é um campo de conhecimento plural, composto por disciplinas básicas como: a epidemiologia, as ciências sociais em saúde, o planejamento e a administração em saúde. Além disso, pondera que a demografia, a geografia, a clínica e a genética, a estatística, as ciências biomédicas, entre outras, também são disciplinas que compõem este campo, porém são de caráter complementar.

Para a prática de enfermagem em saúde coletiva, Egry (1996) propõe bases metodológicas, fundamentadas no materialismo histórico e dialético, pois a compreende como uma prática social historicamente construída e articulada à estruturação de produção mais geral de uma sociedade. Entretanto, não se pode deixar de considerar a dimensão do cuidar no campo da especificidade e subjetividade que é próprio da essência do indivíduo a quem a enfermagem presta cuidado, com vistas a compensar as limitações ocasionadas pela doença.

O pensamento pós-moderno tem causado impactos ao pensar e ao fazer a saúde Coletiva. No campo do conhecimento, trata-se da tensão do deslocamento do coletivo para o individual, da estrutura para o sujeito, do objetivo para o subjetivo. A preocupação com essa tensão se reflete na produção de debates teóricos que, com certeza, ajudam a abrir caminhos para as análises da prática de Saúde coletiva.

Com vista a esses aspectos, vale resgatar que a revista *Ciência & Saúde Coletiva* iniciou um debate sobre a importância do protagonismo do sujeito nas análises no campo da saúde coletiva com o tema: Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis de saúde coletiva. (MINAYO, 2001).

Fazendo um retorno a autores clássicos das ciências sociais como Levi-Strauss, Weber, Marx, Lukács, Sartre, Gramsci, Thompson, Kosic e Eschaff e a



outros cientistas sociais, Minayo (2001) retorna à discussão sobre a episteme e a prática da saúde coletiva. Conclui que o protagonismo da estrutura na saúde coletiva teve sua importância, em um dado momento histórico, vivido pelo país, quando emergiram as bases político-ideológicas de um novo pensar sobre saúde, tendo o determinismo social se evidenciado como pano de fundo para a análise do processo saúde-doença. Entretanto, para a autora, a prática dessa disciplina permanece presa ao modelo biomédico de Leavel e Clark, centralizando-se na doença. A autora identifica, como mais grave, o fato de a Saúde Coletiva prender-se, no campo teórico, nos meandros do determinismo estrutural, deixando de ater-se ao sujeito de sua prática, nos diversos aspectos de sua subjetividade.

Minayo (2001) sugere uma prática para a saúde coletiva fundamentada na promoção da saúde a partir do estilo de vida, ressaltando o trabalho que vem sendo desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Embora Minayo tenha pontuado como avanço para a superação do sujeito epistêmico da saúde coletiva, o protagonismo sociopolítico, a autora associa o atraso à permanência de uma prática *manietada aos parâmetros médicos – a doença*. Aponta, todavia, como possibilidade de transformação, a ação voltada para o indivíduo e suas potencialidades de adaptação e mudança no modo de viver, o que de certa forma, permanece presa às limitações das abordagens individualizadas e descontextualizadas da clínica e da biologia.(MINAYO, 2001, p.16).

Para os debatedores: Barata (2001), Bodstein (2001), Cohn (2001), Canesqui (2001), Nunes (2001), a análise epistemológica da Saúde Coletiva feita por Minayo apresenta algumas limitações. Eles compreendem que a mesma busca teóricos bastante díspares – citem-se Durkheim e Althusser, para a formulação de noção de sujeito, fato que explica a carência de um referencial teórico-científico que subsidie a

renovação no campo das análises das práticas de saúde no que concerne às categorias: *sujeitos sociais – sujeitos coletivos – classes sociais*. Entretanto, os autores alertam para o perigo da tendência atual em migrar-se para o outro pólo, onde a valorização da subjetividade dos sujeitos individuais torna-se elemento explicativo para fenômenos sociais, por conseguinte, dos fenômenos de saúde.

A preocupação central do debate que esses autores estabelecem com Minayo é a de resgatar a relação entre Saúde Coletiva e a dialética sem, no entanto, afastar-se da possibilidade e encontro com subjetividade que cerca os aspectos éticos, políticos e estéticos do objeto saúde/doença.

Nesse sentido, Canesqui (2001) identifica a Saúde Coletiva como espaço de luta para a conquista de saúde e qualidade de vida. Em sua análise sobre qualidade de vida, a autora avança na compreensão das necessidades humanas básicas, como obtenção de bens primários essenciais para o conjunto de necessidades sociais ampliadas que dependem dos condicionantes éticos, da democracia, da equidade e da sustentabilidade.

Rocha (2001) procura resgatar a relação entre Saúde Coletiva e a dialética, tomando como direção teórica a categoria práxis. O autor aponta para a análise a seguir: se o homem transforma o mundo através da sua prática, desse modo, *a transformação da natureza não fica dissociada da transformação do próprio homem*.

Campos (2000) propõe repensar a Saúde Coletiva na perspectiva de aproximação subjetividade-objetividade a partir do pensamento dialético, recuperando a tentativa de Marx de superar a dicotomia entre materialismo mecanicista e idealismo religioso, apontando Gramsci como o seguidor de Marx que mais se aproximou dessa visão de mundo:

(...) a vontade humana e a objetividade do mundo exterior seriam qualidades inseparáveis, uma a construir e influenciar a outra, durante todo o tempo (...) o homem, transforma-se continuamente com as transformações das relações sociais. (GRAMSCI apud CAMPOS, 2000, p. 223).

Nesta mesma linha de raciocínio e inquietação tem-se também a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) que tem se preocupado com a definição do núcleo de práticas que traduza a essência do exercício atual da enfermagem nos Programas que, no momento, se caracterizam como prática da saúde coletiva. Para tanto, apoiou o movimento da Classificação da Prática Internacional de Enfermagem (CIPE), cujo objetivo é a descrição dos fenômenos, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem. Para a ABEn a classificação das práticas de enfermagem facilitará o entendimento do resultado final das intervenções de enfermagem junto aos usuários dos serviços de saúde e na coletividade. No Brasil o projeto é denominado Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) e volta-se para a classificação das práticas em saúde coletiva utilizando para tanto os fundamentos e arquitetura da CIPE. (ALMEIDA, 1999).

O avanço no campo de Saúde Coletiva tem possibilitado um olhar na articulação da Epidemiologia com a elaboração de propostas de mudanças nas formas de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde. é a proposta de construção da Vigilância da Saúde, que integra os vários níveis de prevenção, com ênfase nas políticas públicas saudáveis e em ações sociais organizadas, para a defesa da vida e a melhoria das condições de vida.(MENDES, 1999).

A Vigilância da Saúde procura articular o enfoque populacional (promoção) como enfoque de risco (prevenção) e o enfoque clínico (assistência) conforme a proposta da História Natural da doença, mas com uma visão ampliada do processo saúde-doença, constituindo-se uma estratégia de organização de um conjunto

heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas dependendo da situação de saúde e da melhoria das condições de vida (TEIXEIRA, 2002). Organiza-se como modo de olhar e estruturar intervenções para antecipar-se aos agravos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentarem-se. (MENDES, 1999).

- **Promoção da Saúde**

Ao se ter como foco de discussão a prática na atenção básica de saúde há de se resgatar os aspectos conceituais e a compreensão do que seja promoção da saúde por tratar-se do fio condutor no contexto da saúde coletiva. Assim, no contexto brasileiro, o campo da promoção da saúde está em expansão e com grande potencial, decorrente da descentralização preconizada pelo SUS na Constituição de 1988, que fortaleceu a participação popular e o controle social da população nas questões de saúde.

Conhecer as diretrizes das políticas públicas para a saúde e, em especial, no que diz respeito à promoção de saúde, é condição necessária no processo de formação e na atuação do enfermeiro, posto que este profissional deve ser competente para ajudar as pessoas a terem saúde. Promover saúde é uma prática que tem despertado interesse e até preocupação entre os povos. Para ter saúde, o homem necessita de condições adequadas de renda, de habitação, de educação, de justiça, de segurança e de paz. Deste modo, saúde constitui-se um dos requisitos para promoção de saúde.

A Conferência de Alma-Ata, 1978, é um marco histórico na saúde mundial, pois, reconhece a determinação social no processo saúde-doença das populações e elege a atenção primária como meio principal para melhoria da qualidade de vida da população, incentivando todos os países a reformularem seus sistemas de saúde a fim de fortalecer os cuidados primários em saúde, definidos, então, como:

Cuidados Primários de Saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e técnicas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito da autoconfiança e autodeterminação” (BRASIL, 1996a).

Entende-se por atenção primária de saúde como sendo o primeiro nível de contato entre o indivíduo, a família e a comunidade com o sistema de saúde, sendo enfocados, nesse nível, os principais problemas de saúde da comunidade e desenvolvidas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. A atenção primária deveria realmente ser incorporada às políticas de saúde locais, não sendo interpretadas apenas como algo que viesse suprir necessidades elementares, mas algo que reorganizasse o sistema.

No período de 1986 a 2005, foram realizadas cinco conferências internacionais e duas na América Latina sobre Promoção da Saúde com apoio da OMS e com a participação de muitos países, dentre eles o Brasil.

A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em 1986 em Ottawa e se tornou a principal referência nesse campo, contribuindo para ampliar as discussões sobre os determinantes da saúde e das ações de promoção. Na ocasião a promoção da saúde foi definida como “processo de capacitação da comunidade

para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 1996a).

Esta conferência colocou a saúde como produto social e como fonte de riqueza de um viver cotidiano reforçando a importância da ação comunitária no controle do próprio destino. A população deixa de ser apenas o alvo dos programas, passando a assumir uma posição atuante na definição dos problemas a serem enfrentados. Amplia-se a concepção de saúde referindo-a aos seus determinantes e, também, à possibilidade de intervenções que extrapolam o setor saúde.

A Carta de Ottawa também enfatiza a grande responsabilidade que profissionais e grupos sociais, principalmente o pessoal da área de saúde, têm na mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade.

Na Conferência de Adelaide, na Austrália, em 1988, as discussões se centralizaram no tema *Políticas Públicas Saudáveis*, reforçando o entendimento da saúde como direito humano fundamental e sólido investimento social. Para o fortalecimento das políticas públicas saudáveis, foi evidenciada a necessidade de ampliar o interesse e a preocupação de diferentes setores, no sentido de criar ambientes favoráveis à vida (BRASIL, 1996a).

Há destaque para desafios futuros que englobam distribuição eqüitativa dos recursos; criação e preservação de condições de vida e de trabalho saudáveis; o desenvolver de parcerias; o respeito aos direitos humanos e justiça social visando manter o desenvolvimento sustentável global; novas formas de colaboração dentro e entre os diferentes atores e níveis de decisão; assegurar avanços das tecnologias voltadas a atenção à saúde que aprimorem a eqüidade social (Brasil, 1996a).

A III Conferência Internacional realizada em Sundsvall, na Suécia, em 1991, discutiu *Ambientes Favoráveis à Saúde* e reconheceu que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores da saúde. As discussões ali realizadas incorporaram ao conceito de ambiente as dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais, além dos aspectos físicos e naturais. A Declaração de Sundsvall apresentou um conjunto de estratégias para a prática da promoção em saúde, dentre elas, a capacitação de comunidades e de indivíduos para adquirirem maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e da maior participação nos processos de tomada de decisão.

Na América Latina, 1992, em Santafé de Bogotá, Colômbia, foi realizada uma Conferência Internacional de Promoção da Saúde, com a participação de representantes de vários países latino-americanos, onde foi discutido principalmente, o conceito do novo campo de conhecimentos e de práticas da promoção da saúde no contexto do continente latino-americano. Concluíram que acontece nesses países, uma situação de iniquidade da atenção à saúde, desde que setores importantes da população não têm atendido suas necessidades básicas para garantir-lhes condições dignas de vida.

Na esfera política, existem barreiras que limitam o exercício da democracia e a participação da cidadania na tomada de decisões. Foi destacada a importância dos determinantes sociais sobre a saúde dos povos, propondo-se que o conceito de promoção da saúde incorporasse a tarefa de “transformar as relações excludentes, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar social”(BRASIL, 1996a).

Dando seguimento às realizações das Conferências e objetivando a promoção da saúde, em 1997, em Jacarta, Indonésia, ocorreu a IV Conferência que discutiu

*Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde pelo Século XXI Adentro*, e considerou que a promoção da saúde é um investimento valioso, pois reforça a idéia de que saúde é um direito fundamental, essencial para o desenvolvimento social e econômico.

Foram descritas as prioridades para a Promoção da Saúde no Século XXI, como: promover a responsabilidade social pela saúde, incluindo pela primeira vez o setor privado no apoio à promoção da saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde entre os diferentes setores em todos os níveis governamentais e sociais; ampliar a capacidade das comunidades para promover a saúde, para tomar decisões e efetuar mudanças.

Em 2000, aconteceu a 5ª Conferência na Cidade do México para *discutir Promoção da Saúde: Rumo a uma maior Equidade*. Identificaram as seguintes ações para alcançar esta meta: colocar a promoção da saúde como prioridade política, fundamental em todos os níveis; assumir a liderança para assegurar a participação da sociedade como um todo na implementação de ações de promoção da saúde; ampliar o conhecimento pela identificação de prioridades de saúde e estabelecimento de políticas e programas; apoiar pesquisas que ampliem o conhecimento e mobilizem recursos financeiros que fortaleçam a capacidade material e humana para o alcance da promoção da saúde e estabelecer redes nacionais e internacionais que promovam saúde. Conclama os países a agirem em conjunto pelo desenvolvimento econômico e social, visando a promoção de uma situação mais eqüitativa em termos de saúde e bem-estar (BRASIL, 2001).



Em agosto de 2005 foi realizada em Bangkok, Tailândia, a última Conferência de Promoção da Saúde em que se identificou os principais desafios, ações e compromissos para atender as necessidades de saúde num mundo globalizado.

A pauta das Conferências Mundiais de Promoção da Saúde é uma convocação à responsabilidade individual e coletiva na definição dos caminhos pelos quais podemos 'tecnocientificamente' modificar o mundo que nos cerca, e 'eticamente' repensar os modos de desenvolvimento e organização da vida em sociedade. (MERCADANTE, 2002).

Apesar dessas propostas encontra-se ainda, mantida pelos organismos internacionais, a tendência global de desresponsabilização dos Estados e de crescente privatização dos serviços de saúde. Permanece no discurso social, centrado no combate à pobreza, a promoção da saúde e sua operacionalização como diretriz que se afina com o financiamento de pacotes restritos de medidas de saúde pública e de intervenções clínicas assistenciais.

Para que isso se torne realidade é necessário, na área de saúde, uma prática que tenha a sociedade como objeto e como meta a melhoria da qualidade de vida relacionada "(...) aos conceitos de igualdade, de democracia e acesso de um número cada vez maior de pessoas a bens fundamentais, situando-se como meta a ser atingida (CANESQUI, 2001, p.5).

No Brasil, estão sendo propostas medidas apoiadas em atividades de Educação e Comunicação em Saúde que orientam a formulação de políticas públicas saudáveis. As perspectivas liberais mais progressistas ressaltam a elaboração de políticas públicas intersetoriais e estão voltadas para a melhoria da qualidade de vida das populações. Nela, a promoção da saúde deve ser compreendida como integração de idéias de diversas áreas do saber, articulando

posições ideológicas, tecnologia e saber popular. Assim, apresenta-se também como uma forma de mobilização e direcionamento de recursos institucionais, públicos e privados, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde (CZERESNIA, 2003).

Deve-se estimular e trabalhar pela promoção da saúde, incentivando condutas e ambientes saudáveis, trabalhando por uma nova cultura da saúde baseada na promoção de fatores protetores de riscos individuais e coletivos acessíveis a todos os cidadãos.

Assim há de se dizer que para se desenvolver ações no contexto da saúde coletiva deve-se ter como cunho a promoção da saúde, norteadas na perspectiva discutida nos contextos apontados e como contribuição no processo de construção de municípios voltados para a qualidade de vida de seus cidadãos, o que se dará através da mobilização das lideranças políticas, administrações e representantes da organização civil, na busca de alternativas às políticas econômicas e sociais excludentes.

Entretanto, mesmo com os avanços obtidos desde a 8ª Conferência de Saúde, ainda estamos centrados dentro do próprio setor saúde na tentativa de organização dos serviços e na adequação dos recursos disponíveis para o financiamento do sistema. A expansão do PSF, na qual a Promoção da Saúde é uma das principais ações desenvolvidas, pode significar a transformação da realidade brasileira.

- **O PSF como uma Estratégia na Saúde Coletiva**

A proposta do SUS, surgida após uma década de lutas pela melhoria da saúde no país, incorpora princípios e diretrizes que apontam para o compromisso do Estado com a promoção das condições necessárias à saúde dos cidadãos. O SUS é uma política pública e tem como princípios, além do direito à saúde, a participação da população na gestão dos serviços e a integralidade das ações. O que requer a estruturação de um modelo assistencial cujo foco de atenção esteja voltado para os determinantes das condições de saúde de uma população e não apenas para o tratamento das doenças.

A implementação da reforma sanitária não tem sido tarefa fácil, uma vez que o modelo biomédico de organização dos serviços, associado a uma estrutura social excludente e a um modelo econômico concentrador de renda, são as maiores barreiras ao seu pleno estabelecimento.

No sentido de reordenar o modelo assistencial em saúde e de consolidar o SUS, em 1994, foi implantado o Programa de Saúde da Família – PSF como uma estratégia para reverter a forma de prestação de assistência à saúde, através da incorporação de ações pragmáticas de uma forma mais abrangente e que incorpore ações como educação, saneamento, meio ambiente, promovendo qualidade de vida e possibilitando integração e organização das ações de saúde em território definido. A finalidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexibilidade, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitude nos profissionais e na população.

O PSF foi se expandindo em todo o país. Acompanhando a evolução da municipalização, este crescimento foi reflexo de um maior entendimento entre os gestores quanto a seu papel na inovação do modelo de atenção. Essa expansão se deu também em virtude da importância que o programa passou a ocupar dentro do Ministério da Saúde. Isto se traduziu na alocação de mais recursos e uma expansão dirigida para todas as regiões do país e municípios de médio e grande porte.

Os principais benefícios pretendidos com a criação do PSF são: melhorias dos indicadores de saúde; ampliação do acesso a serviços básicos de saúde e ampliação do nível de resolução dos serviços de Atenção Básica de Saúde (85% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos). Pretende-se ainda obter a humanização do atendimento via ampliação do vínculo de profissionais/famílias, a melhoria dos Sistemas Locais de Informação em Saúde, assim como a redução de exames complementares, de encaminhamentos de urgência-emergência e especialidades de internação hospitalares por causas clínicas.

O PSF incorpora as bases conceituais presentes na Vigilância à Saúde. Estas incluem o planejamento e programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, abrangendo o atendimento dos diversos fatores de risco e a probabilidade de intervenção sobre os mesmos utilizando ações de promoção da saúde. Promoção da saúde aqui definida como o processo de capacitar indivíduos e comunidades para a identificação e a realização de aspirações, satisfação de necessidades e, ainda, capacitar para mudar ou controlar o ambiente, aumentando o controle sobre os determinantes da saúde. (BRASIL, 2002).

Para execução de suas atividades, o PSF tem seu financiamento via Piso de Atenção Básica que é de R\$10,00/hab/ano, além do incentivo/ano por equipe que varia de R\$28.000,00 a R\$54.000,00 o que depende do percentual de cobertura da

população, recebidos mensalmente em parcelas de 1/12. Há um incentivo adicional para implantação de novas equipes pago em duas parcelas (BRASIL, 2001).

O Programa conta com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) que produz relatórios possibilitando a equipe conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde e ainda permite o monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas pelo PSF por gestores e trabalhadores de saúde municipais.

De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes devem ser compostas basicamente por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e (4-6) agentes de saúde, para trabalharem numa área geograficamente definida, assistindo, em média, 1000 famílias. O odontólogo e o nutricionista estão sendo gradativamente inseridos nas equipes de PSF de acordo com as características da demanda dos serviços e as possibilidades locais. Cada equipe é responsável pelo cadastro das famílias de sua área através de visitas domiciliares. A partir do cadastramento, os profissionais e gestores obtêm dados para traçar o perfil de saúde local e, posteriormente, o planejamento das ações a serem desenvolvidas. De acordo com a concentração de famílias na área de abrangência sob sua responsabilidade, a UBS atua com uma ou mais equipes do PSF. (BRASIL, 2001).

De acordo com as orientações do PSF (BRASIL, 2001) as ações de cada um dos componentes da equipe ficaram assim estabelecidas: os Agentes Comunitários de Saúde estabelecem a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, realizando o mapeamento das áreas, o cadastramento/diagnóstico, a identificação de microáreas de risco e ações coletivas com vistas a mobilizar a comunidade; o médico atende a todos integrantes de cada família, independente de sexo e idade, e desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de

vida da população; a enfermeira supervisiona o trabalho do agente comunitário e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, além de atender pessoas que necessitem de cuidados de enfermagem no domicílio; o auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na unidade de saúde e no domicílio, e executa ações de orientação sanitária.

Neste caminho e entendendo o PSF como uma estratégia de assistência à saúde, na perspectiva de Saúde Coletiva tem-se então que nas diretrizes básicas do PSF, estão estabelecidas as seguintes atribuições à enfermeira: discutir, junto à equipe de trabalho e com a comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as suas bases legais; participar na organização e controle do processo de trabalho da unidade de saúde; desenvolver atividades de prevenção, tratamento e/ou encaminhamento dos indivíduos; capacitar os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde para o desempenho de suas funções junto aos serviços de saúde; realizar consultas de enfermagem para avaliação das condições de saúde individual; tratar da educação sanitária; executar ações básicas na área de atenção à criança, à mulher, ao trabalhador, no controle de tuberculose, de hanseníase, das doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas, de vigilância sanitária e epidemiológica. (BRASIL, 1997a).

Estas atividades deverão ser desenvolvidas nas unidades de saúde e/ou comunidade, pelas enfermeiras juntamente com a equipe do PSF, apoiando e supervisionando o trabalho dos agentes de saúde, bem como dando assistência às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem. Nesse novo contexto a família constitui parte integrante das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde do município, adotando como eixo condutor de suas ações a vigilância à saúde. Esse modelo de atenção constitui um desafio para a enfermeira que como participante da

equipe de saúde, deve levar em consideração o envolvimento do seu agir com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para o processo de transição e consolidação do novo modelo de atenção à saúde.

Portanto, o funcionamento do PSF é resultante de um trabalho em equipe, na busca permanente de comunicação e troca de saberes entre profissionais e a população. As atividades são realizadas nas unidades básicas de saúde e na comunidade. Trabalha tendo as famílias como aliadas, com definição de prioridades, desenvolvimento de ações individuais e coletivas com vistas à promoção de melhor qualidade de vida, pressupondo o conhecimento da realidade da comunidade.

A equipe é responsável por sua área, planeja a atenção, envolve a comunidade e suas organizações na melhoria e na conquista de mais saúde. A prática das equipes não se restringe à atenção clínica, ela incorpora a vigilância em saúde, uma forma de atuação mais efetiva sobre os fatores de risco.

O PSF materializa os princípios de uma nova prática de atenção: atenção dirigida à família, em base comunitária, planejamento do cuidado em torno de programas e ações prioritárias, território delimitado, equipe multiprofissional, papel colaborativo das equipes na solução dos problemas de saúde da comunidade. Uma das principais estratégias do PSF é a capacidade de propor alianças, no interior do próprio sistema de saúde e nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, entre outras.

A proposta do Programa Saúde da Família – PSF amplia a concepção da prática profissional para um agir coletivo, multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. O agir coletivo significa assumir a sociedade como sujeito da prática, a qual, ao mesmo tempo em que é transformada, transforma a realidade. O caráter multiprofissional e interdisciplinar do PSF fundamentam-se no marco epistemológico

da saúde coletiva, considerada como um campo de prática de vários profissionais e de conhecimento de natureza interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

A organização do trabalho em saúde em equipes interdisciplinares não é fácil, dada a divisão técnica e social do trabalho e o desestímulo gerado pelos baixos salários pagos pela rede pública. Entretanto faz-se necessária a efetivação do trabalho em equipe, por constituir-se em salto qualitativo na prestação da assistência e possibilitar a integralidade das ações de saúde, uma meta a ser alcançada pelas equipes do PSF.

Percebe-se que os programas de saúde pública vêm evidenciando a importância da abordagem multiprofissional, considerando o fato de o cliente, em geral, necessitar de intervenções que fogem da competência de um só profissional. Para que essa abordagem atinja os seus propósitos, torna-se imprescindível que cada profissional envolvido tenha domínio da área que está sob sua responsabilidade, não só do ponto de vista de conhecimento científico, mas também das suas implicações éticas, sociais e políticas. A partir do instante em que faz parte da equipe, a enfermeira precisa conhecer o seu papel e estar bem preparada para desempenhá-lo.

No entanto, a simples adição de novas categorias profissionais não constitui de forma automática, uma equipe. Para isto, é necessário o estabelecimento de rotinas de trabalho onde o diálogo seja possibilitado e objetivos comuns sejam discutidos, a partir dos problemas e possibilidades dos serviços de saúde. Isso é possível com a discussão ampla dos papéis a serem desempenhados no interior da equipe.



Finkelman (2002) reconhece que o PSF é um grande triunfo de Saúde Pública; ressalta a sinergia que o programa disponibiliza para atender integralmente a outras áreas como a epidemiologia, a promoção da saúde e a prevenção da doença; oferece conhecimento de fatores determinantes no futuro da saúde permitindo assim fazer um atendimento de saúde de forma mais eficiente, entretanto, requer um serviço profissional qualificado.

Finkelman acrescenta que é fundamental garantir a qualidade dos serviços, o que exige um acompanhamento estratégico dos diferentes níveis do SUS, no enfrentamento de desafios pela frente, tais como: necessidade de assegurar a continuidade das contratações de médicos e enfermeiros, garantir a permanência dos profissionais de ponta e a competência técnica dos serviços oferecidos. É preciso ter profissionais mais adequados à necessidade do programa, um profissional com capacidade resolutiva adequada para um atendimento básico.

No entanto, as grandes transformações no mundo do trabalho introduzem novas discussões no âmbito do trabalho em saúde, principalmente em relação ao desenvolvimento do PSF. Nessa direção, Viana e Dal Poz (1998) afirmam que o desenvolvimento do trabalho das equipes de Saúde da Família vem enfrentando obstáculos desde a concepção do programa. Citam a pouca flexibilização dada pelo Ministério da Saúde, que tem uma estrutura centralizadora e indutora de políticas, como a lenta resposta do aparelho formador, principalmente nas faculdades de medicina.

Soares (2000, p.24) tece críticas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao PSF enquanto “reversão do modelo assistencial”. No seu ponto de vista esta reversão tem sido para pior, devido, em primeiro lugar, serem programas verticais, normatizados no nível central e bancados por “incentivos

financeiros no repasse de recursos, obrigando, na prática, a sua adoção por parte dos municípios”. Ressalta ainda que os programas desconsideram a heterogeneidade entre os municípios na oferta de serviços de saúde. A maioria sequer possui uma rede regionalizada e hierarquizada que garanta acesso universal a todos os níveis de atenção.

Desconsideram ainda, segundo a mesma autora, o também heterogêneo e complexo quadro epidemiológico brasileiro que demanda serviços em todos os níveis de complexidade, com problemas cuja resolução vai além da capacidade de um agente de saúde. Chama a atenção ainda, para o fato desses programas, na prática estarem substituindo profissionais qualificados por pessoas sem qualificação, baixa remuneração, contrato de trabalhos precários, sob o “falso argumento de que esses agentes estariam mais próximos da comunidade”.(SOARES, 2000, p. 24).

Soares (2000) finaliza sua crítica suscitando um resgate dos princípios constitucionais do SUS de universalidade, integralidade e acesso igualitário a todos os níveis de complexidade do sistema, com garantia de qualidade da atenção por equipes profissionais qualificadas e com condições de trabalho.

No entanto, não se pode negar que o PSF é uma tentativa de reorganização da rede básica de serviços do SUS, o que conseqüentemente influenciará desde a atenção básica até os níveis de maior complexidade. Para tanto, Corbshley (1998) ressalta que o PSF só poderá contribuir com as prerrogativas do SUS se for implantado de forma articulada, em uma rede que funcione em todos os níveis de atendimento, para atender efetivamente às necessidades da população em termos de qualidade e resolutividade.

A forte expansão do programa acentuou algumas contradições na área de recursos humanos no SUS. Os problemas de recursos humanos são numerosos,

mas destacaríamos como os principais: aqueles relacionados às dificuldades de contratação de profissionais para expansão da atenção primária, mais acentuada em algumas regiões do país como o Norte e Nordeste; uma política de educação continuada que considere diferentes realidades existentes no país e responda de forma adequada às necessidades dos profissionais; a alocação de mais recursos para financiar as atividades de desenvolvimento profissional; as diversas modalidades de contratação e de vínculo dos profissionais, causando instabilidade e rotatividade das equipes; as disparidades de remuneração e processo de formação desses profissionais pelas instituições de ensino superior.

Ressalta-se a importância de uma adequada distribuição e uma boa qualidade dos recursos humanos, tão necessários e vitais para promover atenção integral à população.

Assim, o trabalho das equipes do PSF enfrenta avanços e retrocessos, e adquire uma singularidade de acordo com o contexto em que ele se realiza.

- **O Trabalho de Enfermagem**

Na sua dimensão mais ampla, o trabalho é uma atividade pela qual o homem utiliza sua energia física e psíquica com uma finalidade específica, transformando o homem e a natureza, acrescentando o novo ao já existente.

O trabalho como atividade prática, é mediador das relações sociais, já que está direcionado para as necessidades sociais. Minayo (1994) ressalta que ao contrário do que ocorre nas demais sociedades, o trabalho humano é concebido mentalmente antes de ser realizado, para satisfazer às necessidades condicionadas pela sociedade.

Para Marx (1996), o trabalho é uma categoria fundamental no processo de conhecimento, é a atividade humana que apreende, compreende e transforma as circunstâncias, ao mesmo tempo em que as transforma, atividade constituída de previsão das etapas que antecedem o processo.

Almeida (1997) afirma que o

processo de trabalho é o modo como o homem produz e reproduz sua existência. Ao fazê-lo estabelece relações sociais e objetiva a sua subjetividade. A concepção histórica, materialista e dialética procura demonstrar que cada geração transmite uma massa de força produtiva, de capitais e de circunstâncias que é, por um lado, muito modificada pela nova geração, mas por outro, dita-lhe suas condições de existência e lhe imprimem um desenvolvimento determinado, um caráter específico. Conseqüentemente, as circunstâncias fazem os homens, da mesma forma que os homens fazem as circunstâncias. (ALMEIDA, 1997, p.23)

Nogueira (1997) considera, ao analisar o processo de trabalho em saúde, que este apresenta características comuns como os outros processos de trabalho em geral: tem uma direcionalidade técnica que envolve instrumentos e força de trabalho; é um serviço, trabalho prestado a alguém. O processo de trabalho em saúde é entendido como uma dinâmica das transformações sociais determinadas pelas relações entre os seres humanos por meio de seus trabalhos. Ressalta ainda como uma particularidade do trabalho em saúde haver *“integração entre seus aspectos intelectual e manual”*; os profissionais que detêm a direcionalidade técnica também executam as tarefas manuais.

Estudado sob diversas abordagens, o processo de trabalho em saúde tem como um dos mais expressivos referenciais a utilização de conceitos da teoria marxista, utilizado por diversos estudiosos, a exemplo de Pires (1989) que assim analisa:

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica da saúde; como objeto, o indivíduo

doente ou o indivíduo/grupos sadios expostos a riscos, necessitando preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho, os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde; e o produto final do trabalho é o serviço. (PIRES, 1989, p.15).

Pires (1989) resgata a origem das profissões médica e de enfermagem, reconstruindo a história dos saberes e práticas de saúde no Brasil, em diversos momentos de nossa organização social. Enfatiza as transformações no processo de trabalho em saúde, onde coexiste a divisão técnica e parcelar do trabalho.

O entendimento das características históricas da enfermagem brasileira explica as dificuldades de adequação do seu Fazer prático em relação às necessidades dos diferentes contextos da sociedade. De uma prática mal definida em relação ao seu objeto de trabalho, a enfermagem brasileira, a partir da década de setenta inicia esforços no sentido de discutir e clarear o seu significado. Nos anos oitenta do sec. XX ocorreram transformações no modo de compreender o trabalho de enfermagem, percebendo-a como um trabalho semelhante a outros que se desenvolvem no espaço organizacional capitalista. (MELO, 1987; REZENDE, 1986; PIRES, 1989; ALMEIDA, 1991).

O trabalho da enfermagem como parte do processo de trabalho em saúde, é dinâmico e desenvolvido por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e objetiva resolver os problemas de saúde-doença individuais e coletivos, compreendendo ações práticas em diferentes níveis de prevenção, com a finalidade de prestar assistência de enfermagem.

Assim, este trabalho é uma atividade desenvolvida na área de saúde, exercido como prestação de serviço, assalariado e marcado por uma acentuada divisão interna. Nesta divisão, a enfermagem estabelece a composição de sua força

de trabalho, onde as tarefas de supervisão e de controle estão sob a responsabilidade do enfermeiro. (MELO, 1987).

Os profissionais de enfermagem, como parcela do trabalho em saúde, estão presentes na produção de serviços, tanto no modelo de saúde individual como no modelo de saúde coletiva, que não são excludentes e sim “(...) dimensões de uma mesma realidade, a saúde, que é dinâmica e contraditória”. No modelo da saúde individual, a finalidade do trabalho de enfermagem é instrumentalizar o trabalho do médico, caracterizando-se pelos processos “cuidar” e “administrar”. O processo cuidar tem como agentes de trabalho todas as categorias de enfermagem, já no administrar o agente é somente a enfermeira. (ALMEIDA, ROCHA, 1997).

Então, a especificidade do trabalho da enfermagem está ligada a dois eixos de atuação: a assistência, que constituiu o trabalho direto do cuidado em uma relação interpessoal; e a organização dessa assistência, que se realiza mediante o processo administrativo. Isso revela uma dicotomia construída entre a concepção do trabalho – ação reservada às enfermeiras (administrar) e o agir sobre o corpo do paciente (cuidar) – ação executada pelo pessoal auxiliar, sob supervisão da enfermeira (ALMEIDA, 1997).

O trabalho de enfermagem é determinado pelas relações que se estabelecem no contexto socioeconômico e político, que direta ou indiretamente o direciona exercendo transformações em seu interior. A crise no setor saúde, por determinar carência de recursos humanos e materiais promovendo a deterioração das condições de trabalho, vem influenciando o trabalho da enfermagem.

Vale ainda destacar as condições de trabalho; estas se caracterizam como necessárias ao desenvolvimento de determinada atividade, que incluem instalações apropriadas, materiais específicos, pessoal com formação adequada e a própria

organização desses recursos, para que atenda à dinâmica do processo de trabalho, tanto em quantidade quanto em qualidade, suficiente para a sua realização.

- **O Trabalho da Enfermeira no Contexto da Saúde Coletiva**

Tratando-se da questão do trabalho da enfermagem, Almeida e Rocha (1997) colocam que este, para alcançar a saúde coletiva, tem se diversificado, indo desde o cuidar de enfermagem, seja de indivíduo, família e grupos da comunidade, passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação no planejamento em saúde.

Na perspectiva da promoção da saúde, no que tange à prática da enfermagem em saúde coletiva, no Brasil, no final da década de oitenta passou a ser condicionada ao modelo de assistência à saúde, proposto pelo SUS, que deve conter em seu bojo, o desenvolvimento de ações de saúde, tanto em nível individual, quanto em nível coletivo, de forma integrada, hierarquizada e regionalizada. Esta prática leva em consideração a estruturação dos Sistemas Locais de Saúde como unidades operacionais do sistema, que englobam a rede hospitalar e a rede ambulatorial de serviços, buscando atender as necessidades de saúde nos diferentes municípios.

No ambiente de trabalho, a enfermeira sempre ocupou a posição de destaque na equipe de enfermagem, não obstante, esta posição está diluída se considerarmos que a enfermagem está inserida em uma equipe maior, constituída por médicos e demais profissionais da saúde, a equipe de saúde, que também exerce seu poder e influencia a equipe de enfermagem, ao mesmo tempo em que é influenciada por

ela. Sua organização depende da organização dos serviços, tanto no trabalho hospitalar quanto no trabalho em unidades básicas de saúde. (CORBISHLEY, 1998).

Entretanto, as unidades básicas de saúde, constituindo o primeiro nível de atenção à saúde, sempre foram consideradas, pelas enfermeiras, como um espaço privilegiado para a prática de enfermagem, pois, elas têm mais autonomia diferenciando-o do espaço hospitalar. A consulta de enfermagem representa um momento importante do trabalho autônomo e exclusivo da enfermeira, bem como a gerência de serviços de saúde, onde se sobressai sua capacidade para organizar e sistematizar rotinas.

A administração das unidades de saúde pelas enfermeiras apesar de inseri-las em uma escala de poder privilegiada, necessita ser avaliada sob alguns aspectos com referência à prática profissional. A importância dessa função se apresenta em duas faces, primeiro a oportunidade para imprimir ao trabalho as características de cuidar e assistir próprias da profissão e, em segundo, a centralização de todas as ações e ocorrências das unidades de saúde concede a enfermeira o poder de controlar o processo de trabalho e beneficiar o cliente, como afirma Lunardi Filho (2000). Por outro lado, a função administrativa, pelo acúmulo de fazeres ou tendência dos próprios profissionais, pode afastar o profissional do cliente no que concerne às atividades assistenciais, bem como oferecer poucas vantagens relativas à valorização social da profissão (LEOPARDI, 1994).

O processo de trabalho de gerência da produção de serviços de saúde é considerado um instrumento para a efetivação de políticas públicas, pois, o trabalho de gerência, é ao mesmo tempo, “condicionante e condicionado” pela forma como se organiza a produção dos serviços de saúde. (CAMPOS; MERHY; NUNES, 1994).



Corbishley (1998) mostra que atividades como a gerência e assessoria aos conselhos de saúde, se apresentam como novo e concreto espaço de atuação para os enfermeiros. A autora ressalta também que as atividades de assessoria aos conselhos locais e regionais de saúde, nas suas dimensões técnicas e políticas, servem à sociedade e vão ao encontro do modelo de atenção à saúde coletiva.

Entretanto, Almeida (1991), em sua tese de livre docência, realizada em unidades básicas de saúde, no município de Ribeirão Preto, identificou como objeto de trabalho da enfermagem, bem como de todos os outros trabalhadores de saúde, o “paciente doente”, o que evidencia a necessidade de transformação do próprio processo de trabalho e de sua finalidade em outra direção, pois há fatores sociais e econômicos que influem na saúde da população. A mesma autora identificou como instrumento de trabalho da enfermagem: as pré-consultas, as pós-consultas, o programa de suplementação alimentar, a vacinação, a coordenação, supervisão e educação em saúde, a visita domiciliar, entre outras, como sendo guiados pela consulta médica, na modalidade de pronto atendimento, ficando a Saúde Coletiva distante dos trabalhadores da enfermagem.

Segundo Corbishley (1998), as ações desenvolvidas pelos enfermeiros nos três tipos de UBSs identificadas por ela em Juiz de Fora (MG), são diferenciadas. A seguir descrevem-se as suas principais ações:

Na UBS do tipo “Tradicional” não há divisão de tarefas entre profissionais de enfermagem (enfermeiro, auxiliar de enfermagem). As ações desenvolvidas em sua maioria são de natureza terapêutica e propedêutica complementares ao ato médico e odontológico. Ações que reproduzem o modelo assistencial clínico, curativo e individual. A enfermeira faz a administração da UBS, controla o serviço de enfermagem, coordena o serviço de limpeza e o de marcação de consultas. É

alienada, desprovida de poder, submissa ao poder médico e à estrutura macro-institucional. A relação estabelecida com a comunidade se dá através apenas das realizadas na UBS.

Na UBS do tipo “Transição” existe uma divisão de tarefas desempenhadas pela enfermagem. Existe integração do trabalho da enfermeira com o do assistente social que juntos lideram o processo de mudança dos modelos de assistência (clínico e epidemiológico). Há um envolvimento e/ou comprometimento entre o enfermeiro e o assistente social com a população. As ações pragmáticas na unidade ocorrem a partir do interesse dos dois profissionais.

Dentre as ações executadas pelo enfermeiro, a capacitação da equipe de enfermagem é uma atividade da qual ele se sente responsável. Faz consulta de enfermagem para desnutridos, hipertensos, adolescentes, puericultura. Acompanha, supervisiona e participa de forma esporádica das aulas práticas ministradas aos acadêmicos de enfermagem da UFJF, na UBS. Faz visitas domiciliares; realiza registro diário de ocorrências e de atividades de enfermagem; faz triagem e orientação aos usuários; planeja, programa e avalia campanhas esporádicas de vacinas; supervisiona, orienta e avalia o serviço de enfermagem; faz pedido de material; preenche Boletim de Produção e Boletim Mensal de Imunização; faz reuniões com a equipe de enfermagem; faz lotação de pessoal; controla folha de ponto do pessoal; faz controle manutenção do material permanente; faz controle semanal e mensal de medicamentos; faz escala de férias da equipe; faz reuniões com a equipe de saúde e assessora o Conselho Local de Saúde.

Na UBS do tipo “Inovador” existe um entrosamento interno de toda a equipe, bem como com a comunidade. O usuário é atendido de maneira mais humanizada, solidária, visando a resolutividade de seu problema através da interdisciplinaridade.

É realizado pela equipe um contínuo diagnóstico de saúde do território-área. Todos os profissionais passaram por capacitação para atuarem no Programa de Saúde da Família.

A maioria das ações é desenvolvida por toda a equipe, respeitando a especificidade de cada profissional. Tem-se como exemplo o atendimento domiciliar e o trabalho de grupo de desnutrido, puericultura, hipertensão, direitos reprodutivos. Fazem acompanhamento domiciliar das doenças transmissíveis de notificação compulsória. Toda a equipe conhece os problemas da comunidade. O preenchimento do Boletim de Produção Ambulatorial e do Boletim Mensal de Imunização é realizado por qualquer membro da equipe disponível. As atividades de planejamento ficam a cargo do enfermeiro e do assistente social que estão incentivando a participação dos usuários nesse processo.

Na referida unidade as atividades específicas da enfermeira são de administração da assistência de enfermagem: planejamento, supervisão e orientação do serviço de enfermagem; pedido de material; reuniões com a equipe de enfermagem e educação continuada e/ou treinamento; a gerência nessa unidade é feita pelo enfermeiro; execução e avaliação do programa de saúde; confecção de material educativo para os processos educativos com a comunidade; faz levantamento de material, medicamentos, reuniões com a equipe, notificação de doenças compulsórias, orientação de mães; planejamento, programação, coordenação, execução e avaliação de campanha de vacinação.

Conclui-se que no estudo de Corbshley (1998), as UBSs do tipo Inovador eram aquelas que mais se aproximavam do modelo proposto pela política nacional do SUS. O PSF teve papel importante, pois foi utilizado como estratégia para a inversão do modelo assistencial na saúde.

Corbshley (1998) chama a atenção para o reconhecimento da identificação social dos profissionais de enfermagem com a clientela (em sua maioria constituída de população carente) o que os distingue dos outros profissionais da equipe de saúde, já que suas ações vão do cuidado direto à administração de unidades de saúde em diversos níveis (federal, estadual, municipal).

Cabe reconhecer que o papel da enfermeira vem se transformando, não sendo mais o

(...) técnico que se cala, que não tem iniciativas, a enfermeira hoje é chamada a tomar parte ativa na promoção da saúde, na prevenção da doença, na restauração da saúde, na melhoria do sofrimento. Ela é responsável por tudo o que diz respeito aos cuidados de enfermagem. (YONGERT, 1989, p.135).

Neste caminhar e entendendo o PSF como uma estratégia de atenção à saúde, na perspectiva de Saúde Coletiva tem-se então que nas diretrizes básicas do PSF, estão estabelecidas as seguintes atribuições à enfermeira: discutir, junto à equipe de trabalho e com a comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as suas bases legais; participar na organização e controle do processo de trabalho da unidade de saúde; desenvolver atividades de prevenção, tratamento e/ou encaminhamento dos indivíduos; capacitar os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde para o desempenho de suas funções junto aos serviços de saúde; realizar consultas de enfermagem para avaliação das condições de saúde individual; tratar da educação sanitária; executar ações básicas na área de atenção à criança, à mulher, ao trabalhador, no controle de tuberculose, de hanseníase, das doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas, de vigilância sanitária e epidemiológica. (BRASIL, 1997a).

Estas atividades deverão ser desenvolvidas nas unidades de saúde e/ou comunidade, pelas enfermeiras juntamente com a equipe do PSF, apoiando e supervisionando o trabalho dos agentes de saúde, bem como dando assistência às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem. Nesse novo contexto a família constitui parte integrante das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde do município, adotando como eixo condutor de suas ações a vigilância à saúde. Esse modelo de atenção constitui um desafio para a enfermeira que como participante da equipe de saúde, deve levar em consideração o envolvimento do seu agir com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para o processo de transição e consolidação do novo modelo de atenção à saúde.

## CAPITULO III

### CAMINHO METODOLÓGICO

Este capítulo está assim estruturado: Tipo de Estudo; Cenário do Estudo, Sujeito do Estudo, A coleta de Dados e Análise dos Dados, incluindo os aspectos éticos da pesquisa.

- **Tipo de Estudo**

Este estudo foi de natureza qualitativa, por ser essa abordagem a que mais se adequou aos seus objetivos, considerando que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito; uma interdependência entre o sujeito e o objeto; um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 1995), o que permitiu um aprofundamento sobre o trabalho da enfermeira no Programa Saúde da Família, considerando que este trabalho tem um significado que a representa e demonstra a sua intencionalidade de ação e está direcionada pelas relações e estruturas sociais onde elas ocorrem.

A partir dessa opção, o trabalho de campo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa que foi a caracterização das unidades básicas de saúde, através da aplicação de um formulário (ANEXO Ia) que possibilitou elaborar um quadro geral da situação das mesmas. (ANEXO Ib). Os dados referentes a esta etapa estão apresentados no cenário do estudo, contendo informações sobre a planta física, o

funcionamento, os recursos humanos disponíveis e os tipos de atendimentos realizados. Ou seja, situações que podem de alguma forma interferir no desenvolvimento do trabalho da enfermeira. A segunda etapa foi o estudo do trabalho da enfermeira no PSF.

- **O cenário do Estudo**

Como cenário utilizou-se dezessete unidades básicas de saúde do município de Floriano – PI, sendo quatorze na zona urbana e três na zona rural.

### **O *Lócus* da Pesquisa: Floriano**

Floriano é um município com 106 anos de emancipação, situado na mesorregião do sul piauiense e na microrregião de Floriano, com área de 3.676 Km, distante 248 Km da capital do Estado, Teresina. Sua sede é porto fluvial, banhada pelo rio Parnaíba que serve como divisa entre os estados do Maranhão e Piauí, interligados por uma ponte que facilita o acesso entre os dois estados através das cidades de Floriano e Barão de Grajaú.

Conhecida também como Princesa do Sul, Floriano é uma cidade pólo desta região do Piauí. Em função de sua localização geográfica exerce influência em sua microrregião e outras próximas, bem como no vizinho estado do Maranhão. É uma cidade que atrai populações por seu desenvolvimento no setor comercial, da saúde e principalmente no da educação.

Segundo o IBGE, sua população em 2000 constituía-se de 54.591 habitantes, no entanto, somando-se à população flutuante, composta basicamente de

estudantes das cidades próximas, a população supera os 60.000 habitantes; deste contingente 84,5% encontra-se na zona urbana e 15,5% na zona rural, o que evidencia o município como eminentemente urbano. Hoje ele ocupa o quarto lugar entre as melhores cidades do estado embora tenha, no passado, ocupado o segundo lugar.

O número de escolas de ensino médio nas cidades vizinhas é insuficiente e não dispõem de ensino profissional para atender a demanda; esta deficiência educacional é suprida em grande parte, por Floriano que conta com duas escolas profissionalizantes federais<sup>7</sup> e duas estaduais<sup>8</sup> além de quatro escolas particulares com ensino médio.

A cidade conta, também, com a Universidade Estadual do Piauí – UESPI, onde são ministrados os cursos de graduação em Biologia, Letras, Pedagogia e Administração; em 1998 foi implantado o curso de Enfermagem, com conclusão da primeira turma em dezembro de 2002. Em fevereiro de 2004 foi implantado mais um curso de graduação em enfermagem em Floriano, desta feita na rede privada de ensino.

O município é sede da 10ª Diretoria Regional de Saúde que abrange doze municípios. O setor hospitalar é composto pelo Hospital Regional Tibério Nunes, com 120 leitos, e Casa de Saúde Dr. Sebastião Martins, com 60 leitos, este do setor privado.

A Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, que atuou no município durante muitos anos, na prevenção e tratamento de doenças, no combate a vetores, na vigilância epidemiológica e assistência médica e odontológica, atualmente é

---

<sup>7</sup> Campus Amilcar Ferreira Sobral e Escola Técnica Federal do Piauí

<sup>8</sup> Escola Técnica Estadual Calisto Lobo e Unidade Escolar Oswaldo da Costa e Silva



gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde, funcionando como um pólo de referência para o Programa de Saúde da Família.

Percebe-se no município a crescente oferta de serviços especializados no setor privado. Alguns desses setores mantêm convênio com o SUS, entretanto, uma parte prefere não disponibilizar atendimento, como é o caso da oftalmologia.

A rede de serviços de saúde em Floriano é referência para todo o sul do estado do Piauí e parte do Maranhão, o que acarreta uma sobrecarga para os serviços em funcionamento.

Quanto ao processo de municipalização, Floriano está habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde; conta com dezessete postos de saúde, quatro dos quais na zona rural, e funcionam como unidade de referência para o Programa de Saúde da Família – PSF. Os da zona urbana dispõem de atendimento médico, odontológico e de enfermagem, e os da zona rural funcionam de forma precária e com um mínimo de resolutividade.

O PSF foi implantado em Floriano no ano de 1999, com quatro equipes funcionando na zona urbana e atualmente já estão implantadas vinte e três equipes do PSF, destas, seis atuam na zona rural. Cada equipe é formada por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Em 2004 foi inserido um dentista para cada duas equipes. Vale ressaltar que a presença do técnico de enfermagem nas equipes do PSF é uma opção da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano, pois o Programa preconiza o auxiliar de enfermagem na equipe.

Na Secretaria Municipal de Saúde há uma enfermeira, responsável pela supervisão das equipes do PSF e Coordenadora Geral do Programa no município. Três outras enfermeiras são responsáveis pela Vigilância Epidemiológica, pela

Avaliação dos Programas do Sistema de Informação e pelo Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS (CTA).

Cabe ainda menção a questão da remuneração dos profissionais que compõem as equipes do PSF que têm salário diferenciado dos demais servidores da SMS. O Ministério da Saúde propõe uma política salarial diferenciada para os profissionais que trabalham no PSF, uma vez que estes devem atuar em regime de 40 horas/semanais e de uma forma geral os municípios mais distantes dos maiores centros urbanos oferecem um salário superior ao que normalmente é pago aos trabalhadores de saúde para estimulá-los a se fixarem no município.

Não há processo de seleção dos profissionais para o trabalho, mas sim a indicação político-partidária.

De forma conclusiva pode-se dizer então que Floriano apresenta atualmente uma estrutura administrativa e de assistência à saúde das pessoas em que há em dados momentos sobreposição tanto da área física como de pessoal para desenvolver as atividades básicas de um centro de saúde como de um PSF. Ou seja, a equipe de enfermagem, em particular a enfermeira, em alguns momentos atua como da equipe do PSF e da UBS.

### **Caracterização das UBS**

Essa caracterização é um elemento muito importante no delineamento das ações do enfermeiro no PSF, pois o espaço físico, o horário de atendimento, os recursos humanos e materiais são elementos importantes que podem estar, no trabalho desse profissional de enfermagem, sendo fator facilitador ou limitante para a

prática da enfermeira. Fez-se de forma esquemática essa caracterização e está em anexo (ANEXO I).

As unidades de saúde estão situadas em áreas geográficas distintas, não existe uma articulação clara entre elas, o Hospital e os outros serviços. Não possuem gerentes, nem mesmo um diretor administrativo, por conta desta situação este trabalho recai sobre as enfermeiras.

De modo geral, as UBS são pequenas, dispoem de um consultório médico, um consultório odontológico e uma sala para consulta de enfermagem. A sala de espera, recepção e reuniões normalmente funcionam em conjunto e é muito pequena, se for levado em consideração as atividades nelas realizadas. Em onze UBS a sala de imunização funciona dentro dos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde, entretanto em duas delas a sala de imunização também funciona como consultório médico ou de enfermagem, de acordo com a necessidade, o que dificulta o atendimento além de contrariar as regras básicas de funcionamento de uma sala de imunização.

A sala para realização de curativo funciona também para a administração de medicamentos, para a retirada de pontos e para a nebulização. Na maioria das unidades não há farmácia, ficando os medicamentos mal acondicionados em um armário na sala de imunização ou no consultório da enfermeira.

As unidades não possuem serviços especializados; estes são realizados pelas empresas privadas conveniadas com o SUS. Em uma UBS foi implantado um laboratório de análises clínicas que está desativado, por falta de material, desde o início do ano de 2004.

Dos 14 Postos da zona urbana, um é originado da Fundação Nacional de Saúde, possuindo uma estrutura física melhor e maior, dispoem de salas amplas e

adequadas para o atendimento da demanda, inclusive funciona como centro de referência da Fundação. Há a intenção dos gestores municipais de adaptar esta unidade para transformá-la num centro de atendimento especializado, e funcionar como um centro de referência para as equipes do Programa.

Uma unidade de referência do PSF funcionava em uma igreja de um bairro, com a equipe atuando de forma precária; em 2005 esta equipe foi transferida para outro espaço onde já existia uma equipe que também funcionava sem estrutura adequada.

Outra unidade do PSF atua no PAM em um espaço cedido pela instituição, mas funciona em estado precário, dispendo de um consultório médico, a sala destinada para o atendimento da enfermeira está com o forro ameaçado de cair, o pequeno espaço reservado para a recepção e sala de espera funciona também como local para realização de curativo, administração de medicamento e arquivo.

Basicamente os serviços oferecidos pelas UBS são: imunização, curativos, administração de medicamento, retirada de pontos, nebulização e verificação de pressão arterial. Em quatro unidades há o serviço de atendimento médico à demanda espontânea, em clínica médica e ginecologia. No PAM há a consulta médica para a demanda espontânea nas seguintes especialidades: pediatria, obstetrícia, clínica geral, cardiologia e gastroenterologia. Nestas UBS a consulta é marcada através da Central de Marcação de Consulta que foi implantada em 2003.

O atendimento odontológico é feito na maioria das UBS, entretanto no período da coleta de informações para esta caracterização, 2004, foi percebida a ausência do profissional odontólogo devido a falta de material para realização dos procedimentos.

Além da equipe do PSF trabalham na unidade de forma permanente um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem; dois ou três auxiliares de serviços gerais.

Quanto à área de abrangência as unidades básicas de saúde as têm claramente definidas, de acordo com a divisão de área realizada pelo PSF, contudo, atende também a demanda espontânea.

Os programas de saúde no município, implantados em todas as unidades são baseados nos programas ministeriais, com sua assistência focalizada em grupos específicos: gestante, criança, hipertenso e idoso. Diferem entre si quanto ao perfil de serviços, não dispõem de normas administrativas e não existe padronização de atividades para as equipes.

Todas as unidades possuem um cadastro das famílias, que é colocado em uma pasta, organizada por rua e micro-área.

Através do PSF as UBS de Floriano estão sendo estruturadas, através das orientações educativas, das visitas domiciliares e do planejamento das ações.

- **Os sujeitos do Estudo**

Os sujeitos da pesquisa foram as vinte e três enfermeiras que trabalhavam nas unidades básicas de saúde no município de Floriano-PI que se dispuseram a participar da mesma, atendendo aos aspectos éticos referidos na Resolução 196/96 do CNS. (BRASIL, 1996). (ANEXO II). A preocupação com os aspectos éticos da pesquisa perpassa todo o estudo, desde a escolha do tema. Ressalta-se ainda o compromisso ético de, em todas as fases da pesquisa, procurar conhecer e caracterizar o fenômeno estudado.

### Caracterização dos sujeitos

Traçou-se o perfil das enfermeiras entendendo que determinadas características desse perfil poderiam ser utilizadas para validar os dados encontrados principalmente os referentes às atividades desenvolvidas pela profissional de enfermagem, a exemplo a qualificação profissional, o tempo de formação e de atuação no PSF entre outros.

**QUADRO I – DISTRIBUIÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS ENFERMEIRAS DO PSF, FLORIANO-PI, 2004. (n = 23)**

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	n	%
SEXO		
Masculino	02	8,7
Feminino	21	91,3
TOTAL	<b>23</b>	100
FAIXA ETÁRIA (anos)		
22 a 25	07	30,4
26 a 30	03	13,0
31 a 40	10	43,5
41 a 53	03	13,0
TOTAL	<b>23</b>	100
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteiro	15	65,2
Casado	07	30,4
Outros	01	4,3
TOTAL	<b>23</b>	100
RENDA INDIVIDUAL (em salários mínimos)		
8	04	17,4
9 a 10	05	21,7
11 a 15	10	43,5
16 a 20	02	8,7
+ 20	02	8,7
TOTAL	<b>23</b>	100

**QUADRO II – VARIÁVEIS RELACIONADAS À FORMAÇÃO PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS DO PSF. MUNICÍPIO DE FLORIANO-PI, 2004 (n = 23)**

<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tempo de Graduação (anos)		
< 1 ano	03	13,0
1 a 3 anos	07	30,4
4 a 10 anos	07	30,4
10 anos	06	26,1
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
Outras ocupações profissionais *		
Docência	13	56,5
Assistência Hospitalar	09	39,1
Nenhuma	06	26,1
Tempo de atuação no PSF de Floriano (anos)		
≤ 1	03	13,0
1 – 3 anos	17	73,9
+ 3 anos	03	13,0
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
Experiência Anterior		
Sim	12	52,1
Não	11	47,8
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
Pós-graduação Especialização *		
Saúde Pública	08	34,8
Saúde da Criança e Adolescente	02	8,7
Administração e Gerenciamento nos Serviços de Saúde	01	4,3
Obstetrícia	02	4,3
Pedagogia Aplicada à Saúde	01	4,3
Docência do Ensino Superior	01	4,3
Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem	02	8,7
Outros		
Licenciatura em Enfermagem	01	4,3
nenhuma	09	39,1

\* Nesta questão foi permitida mais de uma resposta por sujeito

A faixa etária das enfermeiras pesquisadas variou de menos de 25 anos até mais de 40 anos. Percebeu-se que no Programa em Floriano havia alta concentração de enfermeiras na faixa etária acima dos 30 anos. Quanto ao sexo, 21 das enfermeiras eram do sexo feminino.

Quanto à situação conjugal em sua maioria (65,2%) eram solteiras e moravam com a própria família. Se de um lado a condição de solteira possibilita maior disponibilidade ao Programa, a condição de casado, possivelmente oferece maior experiência em relação à questão familiar.

Quanto à formação as enfermeiras que atuavam no PSF de Floriano, em sua maioria eram graduadas por escolas públicas, destas, a maioria localizada no estado do Piauí. Em relação ao tempo de graduação a concentração de enfermeiras trabalhando no PSF tinham mais de 04 anos de formadas, sendo que 46,1% destas eram formadas há mais de 10 anos. Das enfermeiras pesquisadas 15(65,2%) já haviam cursado especialização, destes 53% em Saúde Pública. As 03 enfermeiras com menos de um ano de graduados demonstraram interesse em cursar uma especialização, no entanto, 05 (21,7%) tinham mais de 10 anos de graduadas e ainda não se especializaram.

Ressalta-se que todas as enfermeiras residiam no município, com sua a família. Acredita-se que esta tendência de residir no município onde trabalhavam se mantenha, já que a cidade de Floriano tem uma infra-estrutura adequada de moradia, alimentação e de estudo para os filhos.

A participação da enfermeira em outros vínculos empregatícios, além do PSF, foi bem acentuada no município (86,9%). Com relação ao salário mensal dessas profissionais, verificou-se uma variação, de acordo com a atuação dessas profissionais em outros campos, como ensino e assistência hospitalar; nos dados



coletados 14 enfermeiras recebiam acima de dez salários mínimos. Vale ressaltar que essas enfermeiras não tinham vínculo empregatício formal com a prefeitura.

Em relação ao tempo de permanência das profissionais no Programa, verificou-se que 03 (13%) atuavam há menos de um ano; 17 (73,9%) tinham até três anos de trabalho e 03 (13%) estavam no PSF há mais de três anos.

- **Os Instrumentos e a Coleta dos Dados**

É pertinente dizer que o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo aprovado em 14 de dezembro de 2004.(ANEXO III)

Inicialmente foram feitos contatos com a Secretaria Municipal de Saúde e a coordenadora do PSF, nesta ocasião foi explicitado o problema de investigação, a metodologia e a forma de participação das enfermeiras. O projeto foi oferecido para leitura e foi marcada uma reunião com as enfermeiras do PSF.

O projeto de pesquisa foi apresentado às enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano durante uma reunião das mesmas com a coordenadora do PSF no município. Na ocasião foi apresentado o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (Resolução 196/96) (ANEXO II) e colocado que a participação era voluntária e que a mesma poderia ser cancelada a qualquer momento sem prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Foi acordado que o Termo seria assinado no dia da realização da entrevista com aquelas que se dispusessem de livre e espontânea vontade participar do estudo.

Para caracterização dos sujeitos do estudo foi preenchido um formulário, contendo questões sobre: faixa etária, local de residência, salário, tempo de trabalho no município, tempo de graduação, título de pós-graduação e tempo de atuação no Programa. (ANEXO IV).

Como procedimentos de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada (ANEXO V) e a observação sistemática direta do trabalho (ANEXO VI).

A entrevista semi-estruturada, segundo Trivinos (1994), oferece ao entrevistado liberdade e espontaneidade para expressar-se sobre o assunto de interesse da investigação e paralelamente valoriza a presença do pesquisador. Ainda, segundo o autor, o entrevistado participa da elaboração do conteúdo do estudo, seguindo a linha do seu pensamento e de suas experiências no foco principal abordado pelo investigador. As entrevistas foram agendadas conforme o interesse do estudo e a disponibilidade dos participantes.

O roteiro das entrevistas foi elaborado com perguntas não diretivas, possibilitando a liberdade de expressão para os entrevistados. Esse tipo de roteiro permite esclarecimentos e adaptações que o tornam eficaz na obtenção das informações desejadas, cumprindo a finalidade de ampliar o âmbito da entrevista e abrir espaço para possíveis aprofundamentos.

As entrevistas foram realizadas de acordo com disponibilidade do profissional, com prévio agendamento do local, data e horário. As entrevistadas foram estimuladas a expor livremente suas idéias sobre o foco de estudo a partir das questões elaboradas no roteiro para entrevista (ANEXO V). Os depoimentos foram gravados em fitas magnéticas, após expresse consentimento e, posteriormente, transcritos na íntegra, com garantias de anonimato, observando os pontos de

relevância para o estudo. Os dados da entrevista foram complementados através da observação.

As entrevistas permitiram identificar e caracterizar os momentos do processo de trabalho da enfermeira: objetos, instrumentos, finalidade e o próprio trabalho e em relação ao trabalho dos demais profissionais da saúde. Da mesma forma possibilita também identificar o modelo de atenção vigente e um quadro da política de saúde do município de Florianópolis.

As entrevistadas preferiram a UBS como local para a entrevista, após a realização das atividades previstas para o dia, à exceção das três entrevistas realizadas na sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde e duas realizadas na residência, por opção das enfermeiras. A duração das entrevistas variou de tempo de acordo com o interesse dos entrevistados. Percebeu-se que as entrevistas serviram em alguns casos, como motivação para reflexão da profissional.

As citações dos sujeitos no texto são literais e representam parte do conteúdo dos discursos obtidos com as entrevistas. Estas são identificadas no texto através da letra E seguida de um dos números que identificam o sujeito.

Como dito, utilizou-se também a observação sistematizada que consistiu em observar as atividades desenvolvidas pelos sujeitos no seu cotidiano nas unidades de saúde e comunidade com o objetivo de verificar como se dava o trabalho em equipe, complementando os dados obtidos através da entrevista. Os achados foram registrados em diário de campo, logo após a observação. Almeida (1991) afirma ser a observação o método mais apurado para caracterizar o cotidiano de trabalho na saúde.

A observação foi realizada nas unidades de referência do PSF nos dois turnos de funcionamento, manhã e tarde, perfazendo, cerca de cem horas de observação.

Não se utilizou a saturação como critério para concluir a coleta de dados por entender a importância de trabalhar com todas as enfermeiras, pois assim foi possível ter a totalidade dessa prática da enfermeira no PSF em Floriano.

- **A análise dos dados**

A análise dos dados foi precedida da classificação dos achados que apresentavam características comuns ou que se relacionavam entre si, resultando nas categorias analíticas do estudo. A discussão dos dados visou estabelecer articulações entre o conteúdo das categorias e o referencial teórico do estudo, no sentido de atingir os objetivos com base nas questões norteadoras da pesquisa.

A partir da conclusão da coleta de dados chegou-se às categorias: O trabalho da enfermeira no PSF; A percepção da enfermeira sobre o seu trabalho no PSF e Fatores facilitadores e limitantes da prática da enfermeira no PSF.

Destacou-se os pontos essenciais do conhecimento, ampliando a compreensão dos fenômenos presentes no trabalho da enfermeira, buscando as contradições inerentes a esse conhecimento e indicando os níveis de saturação e possibilidades de transformação.

Os procedimentos de análise dos resultados são fundamentados nos pressupostos da dialética, que apontam para a construção do conhecimento a partir do real, do concreto, procurando ir além do nível das aparências, para atingir a essência do fenômeno, o que é possível através das contradições da realidade. (KONDER, 1995).

A dialética é um método que busca desvendar as contradições do objeto investigado, partindo do princípio de que a realidade que nos cerca é contraditória.

Para analisar o trabalho da enfermeira se fez necessário identificar, conhecer e refletir as contradições da realidade, sendo a dialética o referencial que melhor se adequou a proposta do estudo.

A escolha desse método se deveu, também, à tentativa de coerência filosófica, conceitual e metodológica dentro do campo da saúde coletiva, que segundo Egry (1992, p.144) vem acolhendo o *método dialético de exposição e as categorias da dialética materialista, até como uma maneira de se contrapor à produção da vertente funcional – positivista*, já que parece existir um vício funcionalista em ver na saúde um valor idêntico e com vida autônoma em qualquer sociedade, desconsiderando seus determinantes de ordem econômica, cultural, política e social que a colocam em constante mudança.

Para Kosik (1995), baseado em Marx, o método dialético compreende três etapas: minuciosa apropriação da matéria, pleno domínio do material, nele incluído todos os detalhes históricos aplicáveis, disponíveis; análise de cada forma de desenvolvimento do próprio material; investigação da coerência interna, isto é, determinação da unidade das várias formas de desenvolvimento dos fenômenos em questão.

No desenvolver da pesquisa aplicaram-se os princípios da transformação, da totalidade e da contradição, conforme preconiza o método, sem esquecer que ele em seu total domínio fundamenta-se nas leis e categorias da teoria dialética. Assim, as categorias ou “leis não principais” também serão seguidas com “seus conceitos específicos: o singular, o particular e o geral; o conteúdo e a forma; a essência e o fenômeno; a causa e o efeito; a necessidade e a causalidade; e, a possibilidade e a realidade” (SAUPE; NAKAMAE, 1994, p.37).

A prática da enfermeira está em transformação, sofrendo influência do momento atual e influenciando-o ao mesmo tempo. Este trabalho da enfermeira não é isolado, portanto, foi necessário conhecer sua articulação com o processo de trabalho da equipe de saúde, bem como sua articulação com o social, econômico e político, ampliando a visão do problema.

Segundo Kosik (1995, p. 44) “totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classe de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”.

Nesta perspectiva para analisar o trabalho da enfermeira se fez necessário identificar, conhecer e refletir sobre as contradições da realidade, bem como as existentes entre os depoimentos e a realidade observada pela pesquisadora, pois essa realidade nem sempre se apresentou de forma linear, evidenciando aspectos contraditórios entre si.

Sendo o campo de saúde multidisciplinar e complexo, demanda conhecimentos distintos e necessidade de intervenção da realidade. “Requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente” (Minayo, 1998, p.13). A lógica dialética, buscando o conhecimento da dinâmica social antagônica, contraditória, com conflitos, onde a diferença, o contraste e a ruptura de sentido estão sempre presentes, estuda a realidade em todos os seus aspectos, com todas as suas relações, explicando as suas transformações. (MINAYO, 1998).

## CAPITULO IV

### RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS

Nesse capítulo está apresentada a prática da enfermeira no PSF em Floriano, a discussão de como a enfermeira percebe esse trabalho e os fatores facilitadores e limitantes desta prática. Está organizado de acordo com as categorias que emergiram das falas dos sujeitos: O trabalho da enfermeira no PSF; A percepção da enfermeira sobre o seu trabalho no PSF e Fatores facilitadores e limitantes da prática da enfermeira no PSF. Sendo assim, o trabalho da enfermeira no Programa está determinado por elementos que compõem estas categorias que, por sua vez, de forma dialética, também os modificam.

A composição das equipes do PSF em Floriano apresenta em sua composição a enfermeira, o médico, o odontólogo, o técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde – ACS, sendo que os técnicos de enfermagem executam atividades inerentes à função de auxiliar de enfermagem. Os profissionais das equipes desenvolvem suas atividades nas unidades de referências do programa, situadas em vários bairros do município, bem como na zona rural; este trabalho tem o apoio dos demais funcionários da UBS. Eles prestam assistência por meio das atividades propostas pelo Programa.

- **O trabalho da enfermeira no PSF em Florianópolis(PI)**

A enfermagem é uma profissão exercida predominantemente por mulheres, para isso utilizam um saber advindo de outras ciências, visualizando o produto final: atender as necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população.(ALMEIDA, ROCHA; 1997).

Conforme a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem<sup>9</sup> há três níveis de atuação na enfermagem, dependendo do grau de escolaridade: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Cada nível de formação prepara profissionais para determinadas atribuições.

À enfermeira cabe privativamente dirigir órgãos de enfermagem das instituições de saúde pública ou privada, chefiar serviços e unidades de enfermagem, bem como planejar, organizar e avaliar a assistência direta de enfermagem. Essa assistência compreende as consultas e prescrições de enfermagem, e a prestação de cuidados a pacientes graves com risco de vida, além da prestação de cuidados de maior complexidade tecnológica, que exigem conhecimentos científicos e capacidade de tomar decisões imediatas. Na área de saúde coletiva, a enfermeira está autorizada a prescrever medicamentos definidos pela instituição de saúde, atua também no controle das doenças transmissíveis e nos programas de vigilância epidemiológica.

Nas diretrizes básicas do PSF estão estabelecidas as seguintes atribuições à enfermeira: discutir, junto à equipe de trabalho e com a comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as suas bases legais; participar na

---

<sup>9</sup> Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem no Brasil.



organização e controle do processo de trabalho da unidade de saúde; desenvolver atividades de prevenção, tratamento e/ou encaminhamento dos indivíduos; capacitar os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde para o desempenho de suas funções junto aos serviços de saúde; realizar consultas de enfermagem para avaliação das condições de saúde individual; tratar da educação sanitária; executar ações básicas na área de atenção à criança, à mulher, ao trabalhador, no controle de tuberculose, de hanseníase, das doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas, de vigilância sanitária e epidemiológica. (BRASIL, 1997a).

Nesses programas as enfermeiras devem identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco, aos quais a população está exposta, elaborando um plano local para enfrentamento conjunto dos problemas identificados, envolvendo oferta de ações intersetoriais e parcerias em organizações formais da própria comunidade. (BRASIL, 1997a).

Nesta perspectiva todas as enfermeiras relataram inicialmente, como atividades desenvolvidas no seu cotidiano de trabalho a consulta de enfermagem, as visitas domiciliares e as atividades educativas, desenvolvendo-as em dois campos essenciais: a unidade de saúde e a comunidade.

*A gente realiza consulta à gestante, a hipertenso e a diabético, exame de prevenção, visita domiciliar com a equipe, reuniões com a equipe e palestras educativas com a comunidade. (E2).*

*Aqui a gente faz visitas domiciliares durante a semana de segunda a sexta, também fazemos à tarde atendimento de ambulatório, de enfermagem e de médico, e fazemos atividades coletivas, na área com os hipertensos, diabéticos, gestantes, e crianças de 0 a 5 anos. (E4)*

*A gente tem as atividades da rotina: pela manhã fazemos visita domiciliar de segunda a sexta-feira e à tarde a gente faz as consultas de enfermagem; consultas de enfermagem nos programas especiais: hipertensos, diabéticos, pré-natal, DST/AIDS. (E7)*

*As atividades desenvolvidas principalmente são: consulta de enfermagem, visitas domiciliares, palestras educativas, essas três são as atividades básicas (E13).*

*São inúmeras as atividades (...) as visitas domiciliares no início do dia, depois a gente faz as consultas de enfermagem incluindo puericultura, pré-natal, e o atendimento básico do diabético e do hipertenso, é, a gente faz também o exame Papanicolau nas mulheres. A gente tenta desenvolver os programas que são preconizados pelo Ministério. (E14)*

*(...) é isso, as consultas, algumas palestras e o gerenciamento do posto, porque é muita coisa é muito problema (...). (E17)*

Campedelli (1986) refere que a consulta de enfermagem é uma atividade implícita nas funções da enfermeira que, usando de sua autonomia profissional, assume a responsabilidade quanto à ação de enfermagem a ser determinada, frente aos problemas detectados e a estabelecer a intervenção de enfermagem em nível de prestar os cuidados que se fizerem necessários, ministrar as orientações indicadas e encaminhar para outros profissionais quando a competência da resolução do problema fugir de seu âmbito de ação.

A consulta é o lugar definido como espaço intercessor que significa lugar *de vozes e de escutas, de encontro de dois constituintes que querem falar e ser escutados em suas necessidades-demanda* (MERHY, 1997, p. 135). O autor chama a atenção para o fato de esse espaço ser um modo de operar em saúde. Ele considera que, nos modelos técnico-assistenciais predominantes nos serviços, os encontros têm se constituído pelo predomínio da voz do profissional e pela mudez do paciente.

Entretanto, apesar das determinações desse modo hegemônico, o encontro do profissional com o cliente é um espaço aberto para a construção de novas práticas. Merhy (1997) ressalta ainda que o caminho para a construção do espaço

intercessor pode se dar a partir de dispositivos naturais citando, como exemplo, o acolhimento e o vínculo. Nesse sentido, observa-se que a consulta de enfermagem caracteriza-se como um desses espaços, sendo valorizada no cotidiano do trabalho tanto pelas enfermeiras como pelos clientes.

Merhy (1997) denomina esses dispositivos naturais utilizados no ato de cuidar em saúde como *tecnologias leves* que não dependem diretamente da instituição e nem tampouco das macroestruturas, mas sim, do microespaço das relações que se estabelecem no cotidiano dos trabalhadores de saúde e dos usuários dos serviços.

Para o autor, esses saberes se estruturam de três formas: *tecnologia leve* que se caracteriza em ferramentas de acolhimento e responsabilização da equipe pelos usuários; *tecnologias leve-duras*, saberes tecnológicos de controle de procedimentos produtivos; e *tecnologias duras*, área física, recursos humanos.

As tecnologias leves são as mais dependentes do Trabalho Vivo em ato, isto é, no exato momento de sua atividade produtiva. O trabalhador tem uma margem de liberdade para ser criativo, relacionar-se com o cliente, experimentar soluções para os problemas que aparecem e interagir com o cliente. Trabalho Morto são máquinas e instrumentos onde já se aplicou determinado trabalho, trazem uma carga de trabalho pregresso, que lhe deu forma e função limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado pela programação da máquina, protocolo, formulário, etc. Há pouca interação entre o trabalhador e o cliente. (FRANCO, 2003; MERHY, 2003).

Então, a realização da consulta de enfermagem é prevista e esperada, primeiro por estar na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem que a coloca como atividade exclusiva da enfermeira e depois incluída como atividade do PSF.

Para a enfermeira, a consulta de enfermagem, é relevante e importante porque gera vínculo com a clientela dado o seu caráter inter-relacional.

*A gente realiza consulta à gestante, hipertenso e diabético(...) Crianças sadias só na puericultura e mães de primeira viagem, as demais só quando estão com problemas, principalmente verminose, é o que mais têm. (E2)*

*Outra atividade que a gente faz é consulta de enfermagem, que são todas organizadas por dia. (E3)*

*Nós temos a consulta de enfermagem, dentro da consulta de enfermagem nós temos a puericultura, planejamento familiar, pré-natal de baixo risco, o acompanhamento aos hipertensos e diabéticos que é o controle da hipertensão e dos diabetes; bom, basicamente são esses pontos (E6)*

*A gente faz as consultas de enfermagem; consultas de enfermagem nos programas especiais: hipertensos, diabéticos, pré-natal, DST/AIDS. (E7)*

*Na consulta de enfermagem a gente tem uma demanda maior para criança, hipertensos, consultas de orientação planejamento familiar, orientação sexual... (E10)*

A enfermeira realiza consultas de enfermagem no pré-natal; de puericultura, com cliente hipertenso e diabético, que são atividades voltadas para a demanda programada, ou seja, agendadas previamente. Ela realiza também consultas oriundas da demanda espontânea que procura a unidade sem seguir uma marcação pré-determinada. Como existe uma demanda para esse tipo de atividade, ela ocupa grande parte do seu tempo, o que, por vezes, afasta-a de outras ações básicas como: acolhimento, grupos educativos, entre outras de caráter coletivo, preconizadas pelo PSF, que poderiam também produzir impactos sobre a saúde da população.

Mattos (2001) chama a atenção para o fato da demanda espontânea ser uma outra forma de percepção das necessidades de saúde, que não deve ser ignorada na organização dos serviços de saúde. A demanda espontânea não se reduz a um perfil de morbidade, pois outras podem ser as razões dos que buscam os serviços de saúde. O autor ressalta que os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população e não apenas para responder às doenças. Pois, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada nos serviços representa o diálogo necessário entre dois modos de apreender as necessidades de um grupo populacional.

*A gente tem um cronograma, mas a comunidade não obedece, nós temos que estar disponíveis para o atendimento todos os dias. A comunidade procura a unidade e também é agendada pelo agente (E8)*

*Aí na segunda-feira a gente atende todo mundo aqui, quem chegar; é mais específico na segunda-feira atender criança, mas se chegar um hipertenso, uma pessoa eu não vou dizer que não vou atender(...) (E11)*

*Alem disso sempre aparece caso extra que a gente também atende, que é a demanda geral (E15)*

Dentro das ações programáticas é importante, porém, registrar a necessidade de integração entre elas, aumentando com isso a sua eficácia e eficiência, bem como, envolvimento mais ativo dos níveis estaduais e locais na organização e adaptação do Programa para a realidade de cada município.

Um exemplo do fortalecimento da ação programática dentro de uma concepção ampla, construída em processo de parceria é o Programa Brasileiro de Prevenção e Controle de DST/AIDS, que também se tornou um exemplo em todo o mundo. Ele combina estratégia intersetorial, participação da sociedade e dos

portadores na definição de prioridades e na transformação das condições e fatores de risco, com o desenvolvimento de ações de diagnóstico, tratamento e promoção da saúde, implementadas de forma descentralizada.

Entretanto, ressalta-se a relevância da consulta de enfermagem realizada a partir de agendamentos, desde que integrada à ação programática e não apenas dividindo a demanda de usuários com os médicos. Segundo Peduzzi (2001), a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho nas equipes de saúde é fundamental para a integração da equipe.

*(...) às vezes o médico está muito sobrecarregado com muita consulta e tem muita gente precisando na área, por exemplo: manda pra mim e aí o que eu puder resolver, resolvo. (E3)*

*(...) eu fiquei aqui uma sexta-feira, que eu trabalho só até quinta, o tanto de gente que chegou querendo consulta médica, não, hoje não tem consulta, mas eu tava aqui, atendo, né? eles querem alguém, quer um remédio, principalmente exame. (E11)*

Esses depoimentos corroboram com o observado em algumas UBS: a enfermeira divide a demanda de usuários com os médicos, o que fortalece o modelo curativo, pois cada profissional atende individualmente em sua sala, de forma desarticulada, ou seja, não integrada às ações programáticas, reforçando o modelo biomédico e o trabalho desarticulado entre os membros. Dessa forma, pode-se inferir que o trabalho da enfermeira, nessas equipes, não transforma a realidade, e com isso os objetivos gerais do PSF não são atendidos, uma vez que a consulta de enfermagem pode não ter a resolutividade esperada.

Almeida *et al* (1997) descrevem que este tipo de consulta se refere especificamente à queixa física do cliente e sua pronta resolução, não tendo impacto na epidemiologia local e nem capacidade de organizar a assistência à saúde a partir

de uma abordagem epidemiológica. Não permitindo criatividade para atuar no fortalecimento da própria comunidade e em ações participativas.

Considerando a complexidade de fatores envolvidos na produção do adoecimento a atuação dos profissionais não se pode restringir apenas aos aspectos biomédicos. Campos (2003) utiliza o conceito de clínica ampliada para definir a clínica necessária nos serviços de saúde: uma clínica que inclua, além da doença, a pessoa e seu contexto e se responsabilize tanto com a cura e com a reabilitação quanto com a prevenção, e com a proteção individual e coletiva.

A consulta de enfermagem, como instrumento de trabalho utilizado pela enfermeira, deve ser avaliada a todo o momento, com o objetivo de se tornar verdadeiramente uma prática que, se associada a outras práticas, possibilite vínculos de responsabilização entre enfermeira e cliente em torno do problema de saúde a ser enfrentado, contextualizando-o enquanto patologia e também em sua questão social.

Uma forma que favorece a aproximação da enfermeira com o cliente é a consulta individual. Observou-se que elas utilizam esta modalidade de consulta como espaço de aproximação, de diálogo, de atitudes humanizadas, para ter uma visão do todo. É uma característica da enfermeira que os outros profissionais não têm.

*A gente mede, pesa, a mãe dá muita importância porque a gente escuta a mãe, tem paciência de ouvir as queixas e às vezes não é nem da criança é da mãe, mas que interfere na criança; a gente vê o paciente como um todo e eles (médicos) são apressadinhos, e aí quando é de outra vez que o paciente vem ele diz: - olha, eu quero é com a enfermeira (...) (E4)*

*(...) tem casos que o próprio paciente prefere ser atendido pela enfermeira mesmo que seja para ouvir ela dizer que não pode fazer determinados procedimentos, mas ela prefere conversar com a enfermeira que com o médico, porque a enfermeira dá mais atenção, entendeu...(E9)*

*(...) mas você dá uma coisa, nem que seja uma palavra amiga de conforto, curar o problema de saúde que ela está sentindo naquele momento, oferecer uma melhora pra ela (E10.)*

*A consulta de enfermagem é diferente da consulta médica, é uma consulta que a gente procura orientar o paciente, ver o paciente como um todo, não focalizar só o problema em si, por exemplo, o paciente que é hipertenso eu procuro investigar outras, o todo, não só a hipertensão, a pressão em si. Se o paciente tiver algum problema aí eles marcam independente do dia, em caso de emergência não precisa esperar. (E5)*

Destaca-se a compreensão da enfermeira acerca da situação do cliente como sujeito não apenas doente, mas associando-o com o contexto que envolve o processo da enfermidade, especialmente a problemática emocional, a familiar e a econômica. A visão integral, ou seja, a compreensão do ser humano atendido e cuidado para além dos parâmetros biológicos sempre foi destacada como característica da enfermagem, uma vez que esta se propõe a cuidar do ser humano em todas as suas dimensões.

Estas falas expressam uma visão de unidade. As enfermeiras procuram transcender a queixa enfatizando as relações com o meio, com o ambiente social e com o psíquico que podem gerar desequilíbrio físico ou emocional que refletem na saúde. O PSF oportuniza esse tipo de cuidado que abre condições para uma assistência mais humanizada.

Um aspecto a ser considerado durante a consulta é a possibilidade de direcionar a assistência para o autocuidado. Ao assumir essa dimensão, na qual o enfoque é ajudar o indivíduo a desempenhar e a responsabilizar-se pelo próprio autocuidado, a enfermeira contribui para melhoria da qualidade de vida ou para a sua recuperação em caso de doença instalada.



*É o mínimo necessário que a gente pode fazer com que as pessoas vivam de forma que elas saibam se cuidar e quando a doença esteja instalada ela possa resolver da forma correta (E1).*

Castellanos (1989) afirma que o processo do autocuidado visa possibilitar ao indivíduo, à família e à comunidade tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades, bem como estimulá-los no desenvolvimento de seu próprio caminho em direção à melhoria da qualidade de vida, à saúde e ao bem estar.

*A consulta de enfermagem é consulta exclusiva de orientação, educação em saúde, no caso daquela mãe que tem um filho e toma remédio de verme constantemente, mas a criança é desnutrida não tem noção de higiene ou então é de puerpério que já é aqui no posto e a gente faz só com a enfermagem... (E10)*

Percebe-se que a enfermeira confere à consulta de enfermagem uma potencialidade de complementação das necessidades do cliente, especialmente em termos de educação em saúde. O momento da consulta permite a explicitação de um espaço físico próprio em que a relação profissional-cliente acontece sob orientação única da enfermeira, o que a torna responsável pelo atendimento das necessidades da clientela.

Vale ressaltar a importância dada pela enfermeira à consulta de enfermagem no seu cotidiano de trabalho, tornando-a sinônimo, em alguns momentos, de autonomia e de espaço profissional. A enfermeira procura compreender o cliente para além das necessidades fisiológicas e patológicas. Neste sentido, a educação em saúde se apresenta como um dos aspectos centrais da atuação da enfermeira dentro da consulta de enfermagem.

Nietshe e Backes (2000, p. 161) referem que a consulta é

Um espaço autônomo no qual os profissionais podem desenvolver sua autonomia, quanto à ação de enfermagem e a ser prestada pelos enfermeiros frente aos problemas a serem identificados na clientela, sendo indicativo do território profissional, amparado legal e socialmente.

Guitton (2002) descreve a representação social da consulta de enfermagem por seus sujeitos como sendo também um espaço autônomo e garantido tanto pelo aspecto legal quanto o da eficácia social. Assim, a consulta de enfermagem se apresenta como um momento e um espaço privilegiado à reflexão acerca da constituição de um saber/fazer específico.

*A lei é bem clara e diz que podemos solicitar exames de rotina, desde que a gente saiba interpretar, temos uma portaria da Secretaria dizendo quais medicamentos podemos prescrever e quais só podemos transcrever, alguns antibióticos relacionados às doenças sexualmente transmissíveis a gente pode prescrever, é uma coisa que está regulamentada, mas é um problema. Agora eu acredito que tenha algumas colegas extrapolando. Eu só posso fazer até a onde eu tenha respaldo da lei porque eu posso ser chamada em juízo pra falar sobre isso. Então eu tenho que estar fazendo a coisa certa. (E1)*

*A gente tem uma portaria com relação aos hipertensos e diabéticos e a gente segue, várias medicações, e a gente faz a transcrição dessas medicações, é assim, o paciente quando vem a primeira vez ele consulta com o médico e depois a gente continua o atendimento (E2)*

*Nós também solicitamos aqui os exames de rotina: hemograma, parasitológico de fezes, sumário de urina, solicita glicemia de jejum, VDRL e tipagem sanguínea, eu particularmente não tive nenhum constrangimento por parte dessas solicitações de exames, mas, teve colegas que sim, pelo fato de elas extrapolarem o limite delas com relação à solicitação de exames (E2)*

*Eu solicito poucos exames, inclusive a ultra-sonografia gestacional, para não incorrer no erro, ou outro profissional achar que a gente está ultrapassando nossos limites... (E7)*

*O enfermeiro basicamente trabalha mais com orientação do paciente, a enfermeira pode prescrever (...). Existe uma portaria com os*

*medicamentos que a gente pode prescrever, né? Mas eu procuro sempre respeitar, não ultrapassar o meu limite, só vou até onde eu posso. (E5)*

*A população tem aquela carência da consulta, de ficar na frente de uma mesa esperando que a gente dê o diagnóstico e passe um medicamento para ele. (E12)*

*(...) tem muita gente que tem medo de pedir um exame, coisa que eu não tenho, o que eu sei olhar eu não tenho medo de pedir: hemograma, sumário de urina, parasitológico de fezes, glicemia de jejum, lipidograma e ultra-som gestacional, mas eu não vou pedir um eletro se eu não sei ler um eletro, se eu souber, se eu for treinada tudo bem. Eu não vou pedir uma coisa, um raio-X de tórax, não vou fazer isso que não é do meu conhecimento. Mas tem enfermeira que não pede, eu não sei se tem medo ou está desestimulada, eu aprendi assim, eu aprendi desde o começo o que a gente fazia, eu sei que não tá fora da minha competência e eu sei que posso fazer... Mas eu não passo remédio, que não sei que remédio eu posso passar... (E11)*

*(...) eu particularmente não tive nenhum constrangimento por parte dessas solicitações de exames, mas, teve colegas que sim, pelo fato delas extrapolarem o limite delas com relação à solicitação de exames (E22).*

Fica evidente que os limites de atuação no PSF para algumas enfermeiras estão relacionados à priorização que atribuem à consulta de enfermagem e que se fundamenta no diagnóstico de quadros clínicos e de prescrição. Entretanto, percebe-se também que as enfermeiras apresentam posicionamentos em relação à prescrição de medicamentos e solicitação de exames, ora considerando-a como base para a ação cotidiana e ora vendo-a como necessária à ação.

Durante a observação foi possível evidenciar a enfermeira prescrevendo medicação de acordo com normas instituídas pela Secretaria Municipal de Saúde de Floriano, e muitas vezes transcrevendo receita médica, o que amplia a assistência clínica no Programa e conseqüente otimização do tempo de trabalho do médico. Faz-se necessário considerar que transcrição medicamentosa é uma atividade

delegada e não própria da enfermagem, significando que, quando a enfermeira transcreve alguma medicação, o faz em nome e no lugar de outro profissional.

Nesse aspecto identificado no contexto de trabalho da enfermeira, mesmo que essa questão não seja o foco da discussão, pode-se inferir que o fato observado merece uma investigação mais aprofundada e até mesmo, se possível, criar na prática uma oportunidade de se estar discutindo com as enfermeiras tal procedimento e as implicações do mesmo, já que causa preocupação que a enfermeira assuma, de modo crescente, a prescrição de medicamentos como algo dado, sem levar em consideração os termos da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e sem atentar para as implicações éticas que podem advir de eventuais excessos.

A normatização da prescrição, por si só, não dá respaldo técnico para a realização da prescrição de medicamento, pois esta, mesmo nos programas ministeriais às vezes extrapola os conhecimentos técnicos da enfermeira e, portanto, compromete a qualidade da assistência. Esta situação seria contornada se a Secretaria Municipal de Saúde garantisse a capacitação das enfermeiras para os programas ministeriais.

Percebeu-se que a enfermeira realiza a consulta de enfermagem na unidade de referência do PSF bem como, muitas vezes, durante a realização das visitas domiciliares. A enfermeira tem utilizado a oportunidade de estar atuando junto às famílias e desenvolvendo a consulta de enfermagem ou mesmo parte dela. Pode-se dizer que se esta é realizada no domicílio ou institucional ela é possível enquanto uma prática própria deste profissional.

Durante a visita domiciliar a enfermeira faz uma adequação para a realidade apresentada, principalmente quando o exame físico não exige técnicas invasivas, o

que não impede de ser realizada na residência do cliente, embora muitas famílias não disponham nem de cadeiras suficientes para todos da equipe, muito menos de cama, que permita uma atenção mais detalhada no que se refere à avaliação das condições de saúde.

Em algumas UBS não está garantido na distribuição do espaço físico o local para a realização da consulta de enfermagem. Nestas unidades a enfermeira utiliza a sala de imunização. O que ocorre é que a unidade não foi estruturada para receber a equipe do PSF, mantendo apenas um consultório que sempre foi utilizado pelo profissional médico. Algumas equipes, para driblarem esta situação, organizam um cronograma de atividades articuladas entre o médico e a enfermeira: as visitas domiciliares são realizadas em dias fixos e diferentes para que um ocupe o consultório enquanto o outro realiza a visita domiciliar. Eles se encontram em um espaço onde há a contradição entre o que é proposto pelo PSF e o que é possível realizar.

Uma situação que chamou a atenção durante as observações foi a presença do técnico de enfermagem ou do agente comunitário de saúde ajudando no trabalho da enfermeira durante a consulta de enfermagem, como o fazem durante as consultas médicas. Entretanto, eram atividades, muitas vezes, realizadas simultaneamente à consulta de enfermagem, pois em algumas unidades de saúde o arquivo e o armário com material burocrático e com medicações a serem entregues ao cliente conforme prescrição médica ou de enfermagem, estão localizados na sala da consulta de enfermagem, o que configurava uma situação de constrangimento e transformava o diálogo com o cliente em uma conversa informal.

Observou-se que apesar da enfermeira realizar esta atividade desde a implantação do PSF no município a consulta de enfermagem não consta no boletim

de produção mensal do PSF como tal, sendo computada apenas a consulta do médico e a do odontólogo e esta atividade da enfermeira é incluída nos procedimentos como atendimento individual de profissionais de nível superior. O atendimento engloba desde as atividades mais simples às mais complexas, desta forma não dá visibilidade deste procedimento de enfermagem que é relevante não só para a assistência como também para a valorização da enfermeira neste contexto bem como para mostrar a formalização institucional da consulta. Esta invisibilidade do procedimento privativo da enfermeira mostra também a necessidade de posterior investigação e a discussão de como o fato é percebido não só pela enfermeira como pelos demais profissionais.

### ***Atividades educativas***

Outra atividade referida foi a educativa, caracterizando mais uma categoria de análise dentro das atividades desenvolvidas na prática da enfermeira.

O trabalho educativo é importante componente da atenção à saúde, pressupõe troca de experiências e um profundo respeito às vivências e cultura de cada um. Desta feita, os processos educativos são desenvolvidos através de ações da própria equipe e com apoio das ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade, buscando o enfrentamento conjunto dos problemas, com vistas à melhoria da qualidade de vida e ao meio ambiente (BRASIL, 2003).

*A gente faz mutirão, panfletagem, atividade na praça... nós temos um calendário com as datas comemorativas, por exemplo, em fevereiro a gente promove alguma coisa na comunidade voltada para a questão das doenças sexualmente transmissíveis, por ser um período próximo ao*

*carnaval. Tem o dia mundial de combate a hipertensão, então a gente sempre procura fazer na comunidade alguma coisa (E1)*

*Tem as datas comemorativas no ano, dependendo da data eu procuro fazer palestras e falar sobre esses temas (E5)*

*(...) são desenvolvidas atividades paralelas junto à Secretaria de Saúde como a campanha de hanseníase aqui na praça, agora estamos tendo a campanha do teste do pezinho, a gente tira a equipe aqui do posto pra ir pra praça, pra divulgar na rua, fazer panfletagem (...) (E17)*

Na proposta do PSF está previsto o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças visando a promoção da saúde e evitar agravos à saúde. Portanto, as enfermeiras vão ao encontro dessa proposta, não existindo um desvio, mas sim um ponto de convergência com as atividades previstas no Programa.

Entretanto, observou-se que as práticas educativas são individualizadas e realizadas, predominantemente, durante as consultas de enfermagem e as visitas domiciliares, embora tenha sido observada a prática educativa coletiva direcionada para grupos específicos da comunidade que eram realizadas durante as reuniões com os grupos de gestante, de diabéticos e de hipertensos, identificadas como palestras. Foram estas as mais citadas pelas enfermeiras durante as entrevistas.

*(...) palestras educativas com a comunidade. A gente faz reunião com grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, na comunidade e às vezes aqui também. Também fazemos palestras educativas nas escolas, estas palestras a gente realiza um dia da semana (...) (E2).*

*(...) algumas dessas palestras são apresentadas dependendo da época do ano, Por ex., quando começa o período de chuvas nós trabalhamos muito com palestra sobre a dengue e a diarreia, agora nesse período de calor intenso nós estamos ressaltando a hidratação, a importância da água, junto a isso, a importância do filtro da água encanada. (E6)*

*Essa educação em saúde são palestras, grupos educativos, reuniões com gestantes, tenho formado o grupo de gestante e o de hipertenso. (E10).*

*Porque se é pra educar o povo não posso educar em grande quantidade que não dá nem tempo, né? (E13)*

*Tem que ter paciência tem que ter jogo de cintura e tem que ter perseverança e tem que gostar mesmo do que faz(...) (E19)*

Essa prática é centralizada em grupos considerados vulneráveis, os quais se encontram privilegiados no modelo de assistência programática. As falas das enfermeiras e as observações realizadas mostraram que a educação em saúde é normatizadora do biológico, evidenciada pela própria clientela que compõe os grupos, pela ênfase na necessidade de modificar comportamentos ou incluir práticas adequadas ao controle de determinadas situações e assim convencer os usuários de que é possível alcançar o comportamento desejável para a manutenção da saúde.

Percebeu-se que as enfermeiras ativeram-se ao discurso que vem sendo elaborado nas instituições de saúde, no qual predomina a retórica à promoção da saúde/educação em saúde, na assistência básica de saúde. Entretanto, no cotidiano do trabalho de campo, na maioria das vezes, não se observou a prática desses discursos. Suas ações ainda estão muito centradas na doença, ainda existe uma realidade da atenção à saúde voltada para a doença.

A questão é que, na realidade encontrada, as pessoas já estão socialmente doentes. Culturalmente a população não tem a visão de promoção da saúde, espera a doença se instalar para procurar assistência e a persistência dessa situação compromete as ações do PSF que vão ao encontro da promoção. As enfermeiras têm uma demanda de carga horária de trabalho muito grande para tratar a doença



mantendo com isso a cultura do pronto atendimento. O tempo a ser disponibilizado com promoção da saúde para cuidar do corpo, do meio ambiente, do vestuário, entre outros, fica em segundo plano na ordem de importância. Tal situação implica muitas vezes a total absorção dos trabalhadores em atividades de caráter imediatista e pouco resolutiva.

Elas entendem e falam que a proposta é a prevenção, contudo na observação realizada viu-se que esses profissionais trabalham a parte educativa ainda a partir do modelo biomédico, sem dimensionar suas ações para a promoção da saúde. Ainda é muito forte o trabalho focando as doenças, ainda que o discurso da promoção em saúde que apóia a atividade educativa enquanto um tipo de cuidado desenvolvido pela enfermeira não seja claro para ela, pois tal atividade tem um imediatismo que não a sustenta, pois não favorece a construção ativa do conhecimento em saúde, capaz de gerar mudanças consistentes no comportamento da população.

Percebe-se as atividades de enfermagem dentro do modelo técnico-gerencial, centralizando seu esforço normativo nas ações da área assistencial vinculada ao enfoque curativo e de controle de doenças crônicas. Há uma certa dificuldade dos profissionais de saúde, aqui incluindo também o médico, considerarem a singularidade e a subjetividade de cada cliente na percepção de outras dimensões que possam estar relacionadas ao adoecimento, ficando a concepção do processo saúde-doença reduzido ao biológico.

Um outro aspecto que chama a atenção diz respeito a banalização da atividade como se o profissional caísse na rotina, na mesmice do fazer:

*(...) palestras educativas: são as palestras que nunca caem de moda: a hipertensão, o aleitamento materno a questão do pré-natal e as DST e planejamento familiar (...) (E6)*

*As palestras são muito importantes, eu acho que ela deve ser melhor trabalhada, não é só chegar lá passar aquela informação (...) (E1)*

*Às vezes você vai fazer uma palestra e já está tão assim aquela coisa que todo dia você realiza, repetitiva (...) (E19)*

Estas falas sinalizam que, em algumas situações, as formas de educação em saúde das enfermeiras podem se tornar, na prática, ações condicionadas, sem considerar os aspectos importantes da realidade dos clientes para a pretendida eficácia da educação em saúde. Mera reprodução de uma prática acrítica.

As atividades educativas em saúde não podem ser consideradas como um simples “bate-papo”, nem como processo de adaptação das pessoas para que aceitem ao conteúdo que lhes é imposto sem qualquer questionamento e discussão. Pois, as informações simplesmente repassadas não dão conta de alterações na qualidade e rotina de vida do indivíduo e da população.

As atividades de educação em saúde não se caracterizam por uma complexidade técnica, exigem uma complexidade e uma atenção à seleção do conteúdo que se vai apresentar, definir prioridades, porque a população tem uma cultura voltada para ações curativas. Também não se pode descuidar de que a enfermeira deve minimamente ter preparo pedagógico para o trabalho com a população, o que evitaria que lançasse mão do que já está pronto e utilizasse técnicas motivadoras para ela e para o público alvo.

A enfermeira quando desenvolve uma ação educativa no PSF, necessita de uma visão global para poder selecionar o conteúdo e dar prioridade para determinadas condições que precisam ir ao encontro dos clientes que irão receber essas informações. Se não tiver esse cuidado, a enfermeira vai repassar uma gama de informações para a comunidade que não estará preparada para as receber,

porque não é o que precisa ou queira conhecer ou ainda discutir, considerando que não se previne doença fazendo um dia por mês uma palestra educativa.

Segundo Sabóia (1999) é hora de abandonar os objetivos pré-concebidos, que buscam mudanças de hábitos da população. É necessário que a enfermeira valorize os conhecimentos dos indivíduos, enquanto seres que pensam e que, portanto, podem gerenciar suas próprias vidas. O trabalho se tornará muito enriquecedor, se, através da educação em saúde, tentar-se auxiliar as pessoas na reflexão sobre a problemática da ampla estrutura social na qual estão inseridos, para que eles descubram os vínculos desse dilema com seus problemas de saúde.

Pode-se também analisar esta postura resgatando o perfil deste profissional. O mesmo aponta que os profissionais de enfermagem têm formação na Saúde Pública, contudo é uma formação que não mostra uma atualização desses profissionais a partir de cursos, participação em eventos, que seriam oportunidades para tentar manterem-se atualizados.

A enfermeira assume o trabalho no PSF com uma visão que foi construída em seu processo de formação, em trabalhos desenvolvidos em instituições de saúde tradicionais, cujos processos de trabalho guardam diferenças e até descompasso que poderiam ser superados com a realização de educação permanente e cursos de especialização.

Uma das áreas onde o PSF trouxe modificações foi justamente na execução de um programa de educação em saúde planejado com a comunidade adscrita, a partir do diagnóstico de suas necessidades e do conhecimento do seu perfil epidemiológico.

Entende-se serem necessárias inovações pedagógicas para permitir uma maior aproximação com as famílias para conhecer seu modo de vida e utilizar

técnicas que permitam uma participação ativa na construção do conhecimento em saúde. Freire (1979) concebe a educação como uma construção coletiva, na qual os conteúdos abordados devem estar relacionados à realidade dos sujeitos participantes do processo de educação. Sendo assim, as enfermeiras devem incorporar a prática educativa como uma ação transformadora.

### **Visita Domiciliar**

Outra atividade citada pelas enfermeiras como fazendo parte do seu dia a dia é a visita domiciliar, sendo uma atividade realizada por todos os integrantes da equipe do PSF. A enfermeira sempre se faz acompanhar do Agente Comunitário de Saúde, na maioria das vezes o médico está presente e dificilmente o técnico de enfermagem acompanha esta ação com a enfermeira.

*As visitas domiciliares são agendadas pelo agente de saúde, as vezes a gente faz a visita com o médico, mas na maioria das vezes, eu faço com o agente de saúde e com o técnico. (E1)*

*As visitas domiciliares são agendadas pelos agentes de saúde, eles passam o mês andando nas casas e lá identificam as pessoas que precisam da visita e ao mesmo tempo pra vir até o posto para a consulta ambulatorial. Na rotina a gente dá prioridade aos acamados, os idosos hipertensos, as gestantes já no final da gestação. (E4)*

*As visitas domiciliares são os agentes comunitários de saúde que agendam, tem um dia para cada agente de saúde, então, eles agendam conforme a necessidade da área, as visitas são feitas pelo médico, enfermeiro e o técnico de enfermagem e o Agente de saúde acompanha durante a visita. (E5).*

*O ACS faz as visitas, agenda aí a gente vai (...). Nós damos prioridade aquele hipertenso que não veio à consulta agendada, o idoso que é carente e ele sente a necessidade de alguém, aí eles agendam aquele idoso que quer conversar com a enfermeira e a gente vai lá (...). (E8).*

*Os agentes de saúde fazem as visitas domiciliares e ao se depararem com algum paciente que esteja precisando de consulta ou de visita domiciliar é que a gente faz, eles marcam e a pessoa vem, e na impossibilidade de algum deles, acamado, alguma coisa assim, a gente vai pra visita. Nós temos visita todos os dias pela manhã; vai para a visita: o médico, a enfermeira, o agente de saúde, e mais a técnica de enfermagem, vai a equipe toda. (E13)*

*Quem faz a visita domiciliar é a equipe completa, o médico, o enfermeiro, os agentes comunitários de saúde e o técnico de enfermagem. Na verdade, no momento a gente não tá indo com o técnico de enfermagem, pela falta de funcionários, que a gente tem na unidade pra deixar, para ser atendida a população no momento a gente só tá indo: o enfermeiro, o médico e o agente comunitário de saúde (E14)*

As enfermeiras realizam semanalmente visitas domiciliares dirigidas a grupos populacionais prioritários como hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e acamados. Esta atividade é agendada de acordo com uma avaliação que é feita pelo Agente Comunitário de Saúde durante suas visitas à comunidade, que sinaliza a necessidade de realização da visita domiciliar pela equipe do PSF àquela família.

Percebe-se que as visitas são direcionadas para situações estritamente necessárias ao acompanhamento das famílias com agravos à saúde, de acordo com a visão do Agente Comunitário de Saúde, assim como pela percepção da enfermeira quando do atendimento na UBS. Entretanto, a visita Domiciliar da equipe do PSF deveria ocorrer independente da presença ou não de doença.

*Quem fez o cadastro foram os agentes de saúde. A prioridade para o agendamento das visitas é feita pelo agente de saúde. (E1)*

*As Visitas Domiciliares são agendadas por eles, eles como conhecem bem a área, mais que a gente e ficam como um elo, eles que vão agendando as VDs. Como eles fizeram um treinamento no início quando foram entrar no programa, eles têm uma idéia de como agendar uma visita e dão prioridade aos hipertensos, diabéticos, puérperas, acamados, pacientes com seqüelas de AVC, que não tem como vir ao posto... a*

*gente só visita realmente as pessoas que não tem condições de vir no posto. (E2).*

*Como estou na área há pouco tempo, eu não conheço toda a minha comunidade, toda a minha área (...), enfim os agentes são facilitadores no sentido de detectar essas pessoas e a gente ir até lá. À medida que a gente faz ou analisa uma visita a um determinado paciente e passa a conhecê-lo, a gente já pergunta para o agente: você já foi visitar o Sr. fulano? E quando ele lhe deixa 'a par' da situação atual do cliente a gente já vê uma próxima visita ou não. (E15).*

Neste contexto, o ACS funciona como o elo da família e da comunidade com a UBS, embora o conhecimento da realidade da família seja responsabilidade de toda a equipe. Historicamente é essa a idéia que apóia a inserção do Agente Comunitário de Saúde no PSF: como possibilidade de acolher o cliente e a família, trazendo para dentro dos serviços de saúde suas demandas/necessidades, gerando novas ações de saúde que busquem intervir sobre essas necessidades. (CHIESA; FRACOLLI, 2004).

Acredita-se que o ACS se torna o articulador do processo de trabalho da equipe, exatamente por morar na sua área de atuação, conhecer muito bem a comunidade em que vive e ter maior facilidade de acesso aos domicílios.

Outra questão é a responsabilidade delegada ao Agente Comunitário de Saúde para identificação de fatores de risco e a necessidade de priorizar o atendimento de visitas a acamados, idosos, deficientes, recém-nascidos e puérperas. Isto requer um preparo adequado para tal, e uma ação conjunta de toda a equipe. O que não acontece na prática, embora algumas enfermeiras justifiquem ressaltando que muitos Agentes Comunitários de Saúde são Auxiliares de Enfermagem, através de curso realizado pelo PROFAE e, portanto preparados para esta ação.

Entretanto, o PROFAE foi um programa para qualificação profissional de atendentes de enfermagem inseridos no mercado de trabalho e a qualificação profissional do ACS é uma outra proposta que prevê a qualificação de nível básico, ainda não realizada em Florianópolis, mas que já está sendo implementada na capital do Estado.

*(...) porque eu considero o agente os meus braços, minhas pernas, ele é que é o elo de ligação, pois não tem condições de eu acompanhar 1.256 famílias, acho que levaria o ano todo e não conseguiria... o agente chega e diz: tal família está passando por isso, isso e isso, então vamos agendar uma visita pra gente ir lá (E6).*

Esta enfermeira ressalta que, com a quantidade de famílias sob a responsabilidade da equipe do PSF seria impossível dar conta de identificar os fatores de risco de cada família, sendo assim imprescindível a atuação do Agente Comunitário de Saúde nesse contexto. O que de certa forma justifica priorizar as famílias que receberão a equipe do PSF, priorizando as que tenham pessoas acamadas, com dificuldade de deslocamento, idosos, entre outros.

Ferraz e Aerts (2005) chamam a atenção para a possibilidade de que o número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe extrapole sua capacidade de resposta, necessitando de um redirecionamento do quantitativo de profissionais que atuam em cada unidade do PSF.

*A visita domiciliar eu considero essencial porque ela aproxima a equipe multidisciplinar da própria comunidade, então se você também não sai de dentro do posto pra se deparar com a realidade, o que você está realmente trabalhando, fica muito a desejar. Ela tem prioridade, porque na própria visita a gente realiza a consulta também. (E13).*

A visita domiciliar oportuniza a enfermeira conhecer a realidade vivida pelo indivíduo e fazer propostas de promoção ou de reabilitação, o mais próximo possível

da realidade; fica mais fácil, então, o cliente adotar aquelas medidas, pois não estão distantes dele. Propor algo possível dele realizar é diferente de quando se tinha apenas uma proposta institucionalizada. A visão das visitadoras da FUNASA tinha essa dimensão e preocupação sendo que esse resgate possibilitará um atendimento e ações de enfermagem mais condizente com a realidade dele.

*Dentre os fatores limitantes, é a questão da visita domiciliar, do enfermeiro ir juntamente com o médico, porque o médico toma a frente, pergunta as queixas, geralmente só passa o medicamento e vai embora, é tão rápido que não dá tempo do enfermeiro orientar aquela pessoa com mais calma, vê aquela pessoa com mais paciência. Eu já tive experiência de fazer visita com o médico e é dessa forma, ficava sem fazer nada, ele passa o medicamento e pronto vamos embora porque ele tinha que fazer a visita rápido, pois tinha outros compromissos. A enfermeira fica limitada. Eu sou a favor de fazer a visita separada do médico, acho que isso não quer dizer que não estamos desenvolvendo um trabalho em equipe, porque a gente vai ter essa integração; nos casos mais graves é o médico que tem que ir, então, se eu vou visitar um paciente e eu vejo a necessidade do médico ir até lá, então entro em contato com ele pra repassar, o agente marca e ele vai até lá. E aí, depois, eu tenho que fazer o acompanhamento daquele paciente pra ver se realmente está respondendo à medicação que o médico passou. (E5)*

*Tem as questões das visitas que eu faço separada do médico. Eu faço assim porque aquela visita com o médico é muito rápida e visita só o paciente e a minha é mais para a família, vejo toda a família, vejo a casa, em cada residência tem vários problemas e aquela visita que você faz com o médico e a agente é um pouco mais restrita. (E17)*

Emergiu da fala das enfermeiras a dificuldade de fazer trabalho em equipe, principalmente visita domiciliar de uma forma interdisciplinar, como requer a dinâmica do trabalho. A enfermeira prefere ir sozinha, pois a problemática pode ser colocada isolada quando existe uma visão interdisciplinar por parte da enfermeira.

O trabalho em equipe não se reduz a vários profissionais trabalhando em um mesmo espaço, mas sim trabalhando em conjunto, estando cada um dentro de sua competência e responsabilidade. Para Ciampone e Peduzzi (2000) o trabalho em



equipe envolve duas dimensões: a articulação das ações e interação dos profissionais. Sendo assim, para as autoras, o trabalho em equipe ocorrerá

(...) à medida em que os profissionais tomem a comunicação entre eles como dimensão intrínseca ao trabalho, considerando efetivamente a prática dos demais como interdependente e complementar a sua e a negociação como via de acesso a um projeto comum de trabalho. (CIAMPONE e PEDUZZI , 2000, p.145-146).

Percebe-se também, por parte das enfermeiras, a valorização do saber popular da comunidade nas questões de saúde. O reconhecimento do saber e da opção do outro, o diálogo são levados em consideração nessa equipe.

*Uma questão muito presente é a questão dos rezadores, a gente nunca desprezou este conhecimento, ela chega e diz: eu vou dar o soro, mas será que faz mal se seu fulano rezar? E eu digo: pode mandar rezar, a senhora faz a reza e dá o soro... que ele melhora muito mais ligeiro. Então, quando a gente não despreza a cultura que ele já tem fica muito mais fácil porque também quando a gente quer só impor como se a gente fosse o detentor do conhecimento, desprezando o que eles tem a gente não consegue... não adianta dizer pra paciente que tem epilepsia para tomar o remédio se a família não quer que ela use a medicação... (E7)*

Uma enfermeira ressaltou a importância de utilizar a visita domiciliar como espaço para a educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família. Tal aspecto permite inferir que já há uma compreensão do alcance das ações no primeiro nível de atenção em saúde.

*A gente visita também quem tem possibilidade de vir ao posto, porque a demanda é grande e a gente termina visitando, uma mãe, por exemplo, que não tenha muito esclarecimento, porque não quer se esclarecer com relação a vacina, a gente marca uma visita mesmo aparentemente sem nenhuma doença, um idoso que a gente acha que não está sendo muito bem tratado (...) a gente visita mas a freqüência da visita da gente podia ser maior. (E7)*

### ***Atividades de gerência da assistência e da unidade de saúde***

Outra categoria que emergiu das falas, foram as atividades de gerência da assistência e da unidade de saúde. Destaca-se nos depoimentos e durante a observação a realização de supervisão do pessoal de enfermagem e da UBS, do ambiente de trabalho, provisão e previsão de material de consumo e medicamento, elaboração de escala de férias, reunião de equipes, elaboração de relatórios, entre outros.

Foi possível visualizar, que além da assistência, a enfermeira desenvolve a organização dessa assistência, que se realiza com o processo administrativo e atividades complementares.

A identificação da enfermeira com a área gerencial remonta ao contexto histórico da prática de enfermagem no Brasil, pois o modelo médico-assistencial privatista direcionou a prática da enfermagem para a supervisão e para a administração nas unidades hospitalares, tendência também seguida na Saúde Pública. Gomes *et al.* (1997) referem que desde a institucionalização da Enfermagem Moderna, encontramos a dimensão do saber administrativo, na execução de atividades nesta perspectiva, legitimando o trabalho administrativo na Enfermagem.

Vale ressaltar, neste estudo, que mesmo reconhecendo e assumindo as atividades administrativas a enfermeira não as apresentou como maior preocupação da sua prática. Isto pode ser caracterizado como um avanço, pois vários estudos da prática da enfermeira na área hospitalar, assim como em Unidades Básicas de Saúde ressaltam as funções administrativas como a sua atribuição principal.

(ROCHA, 1999; ANTUNES, 1996; ALMEIDA; ROCHA, 1997; CORBISLEY, 1998; LUNARDI FILHO, 2000; KALINOWSKI, 2004).

Provavelmente, isso vem mostrar que a enfermeira, em Floriano, está ocupando o espaço que é seu; está fazendo uso melhor daquelas atividades que representa o cuidado, a enfermeira é responsável pelo cuidado e o cuidar. Ela não está delegando esse cuidado de enfermagem.

*Temos as atividades burocráticas. A enfermeira tudo resolve aqui, problemas, realmente somos responsável pelo posto, pois o médico chega aqui, consulta e vai embora quem fica aqui é a gente, é o enfermeiro que fica, e todos os problemas dos funcionários a gente fica pra resolver. (E3)*

*Meu trabalho como enfermeira vai além do PSF porque a gente não trabalha só com a equipe, a gente tá sempre resolvendo uma coisa na secretaria de saúde, relatórios mensais (...) cobra dos agentes de saúde algo que deixou de fazer. Tudo que falta no posto a gente é que tem que providenciar. (E2)*

*(...) a coordenação do posto com todos os problemas inerentes a este cargo. (E7)*

*A enfermeira por si desenvolve várias atividades, então fica ainda sobre a responsabilidade dela o gerenciamento da unidade, então sobrecarrega bastante, porque tem que estar gerenciando todos os problemas que tiverem na unidade, quem tem que resolver é a enfermeira e às vezes isso toma parte do seu tempo e de certa forma chega a atrapalhar um pouco o desenvolvimento de suas tarefas (E13)*

Sabe-se que no PSF de Floriano as enfermeiras fazem a gerência dessas unidades de saúde e se destacam. Entretanto, formalmente a elas não foram delegadas esta tarefa, pois na política administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano não existe uma delegação formal para a enfermeira, ou outro profissional, fazer a gerência desse serviço. Reconhece-se a importância e a necessidade de ter uma pessoa de referência para a administração da UBS.

*(...) lá na Secretaria de Saúde diz que fica sob a responsabilidade da enfermeira, do médico e do dentista, mas termina que fica nas costas da enfermeira essa responsabilidade do posto como um todo, essas questões de falta, de férias, se falta funcionário a gente é quem tem que estar a par de tudo isso. O médico e o dentista não estão muito preocupados com isto não. (E4).*

*(...) porque além da gente exercer esta parte do atendimento somos também responsáveis por tudo o que acontece na unidade, agendar férias de funcionários, fazer levantamento de material, fazer pedido de material para a secretaria de saúde, medicamentos quando está faltando, sou eu quem vou pegar na secretaria (...) (E5)*

*Se você me perguntar quem é o responsável por esta unidade eu lhe respondo que é a enfermeira. (...) Será que é pra gente desenvolver estas atividades? tanta burocracia (...). Inclusive tem umas fichas que preenchemos e no final tem assim: responsável pela unidade, e aí o doutor pergunta quem é o responsável? (...) ele assina no lugar do médico e eu assino no lugar do responsável... (E3).*

*Cadê a enfermeira da área ela é que têm que resolver isso, você ta me entendendo? Então fica centralizada, assim por isso, tem que ser ela que têm que resolver.(E16)*

*A dificuldade que tenho é que fica tudo em minhas mãos, sou a responsável pela unidade, sem portaria, mas de fato. Se tivesse alguém gerenciando, um administrador presente seria mais fácil. (E17).*

A enfermeira percebe que muitas questões ficam por sua conta, como os médicos não têm profissionais subordinados, que eles tenham que dar conta dessas questões; então, eles ignoram, não é com eles.

Lunardi Filho (2000) ao falar sobre a característica do trabalho da enfermeira, evidencia a enfermeira como detentora de um conjunto de informações relativas ao cliente, ao ambiente assistencial e organizacional que lhe permita um conhecimento amplo do que acontece no seu ambiente de trabalho. Tudo e quase todas as atividades passam por ela, permitindo que seja detentora de um poder. O autor constata que o exercício de atividades administrativas assegura às enfermeiras um

exercício de poder, possibilitando coordenar ações que garantam a adoção e a manutenção de uma filosofia de cuidado.

A enfermeira é a centralizadora de informações, é quem detém o conhecimento do funcionamento completo da unidade, é a organizadora do processo de trabalho; por ela passam todas as informações do serviço, é quem vai receber e quem repassa as informações técnicas à equipe. Pode-se dizer que há um espaço institucional que permite à profissional exercer o gerenciamento das práticas de enfermagem.

Elas sentem a necessidade de uma melhor integração nas questões administrativas, mas isso não acontece e acaba sendo a responsável pela UBS. Dentre os trabalhadores de nível superior, a enfermeira é a que permanece mais tempo na unidade de saúde. Será porque se sente responsável pela administração dessa unidade ou absorve estas atividades por permanecer mais tempo na UBS? São lacunas que podem vir a ser preenchidas com a realização de outros estudos.

Na observação do trabalho e até mesmo durante a realização das entrevistas, percebeu-se que as atividades da enfermeira são muito interrompidas, pois ela é freqüentemente solicitada por funcionários da unidade para dar um direcionamento de ação, transcrever uma medicação, solicitar um exame, ou mesmo outros tipos de solicitações.

Na formação profissional da enfermeira já tem intrínsecas as questões administrativas de enfermagem, saber lidar com a clientela, discutir, fazer encaminhamentos, lidar com escala de pessoal, férias, entre outras atividades administrativas. Desta feita pode-se inferir que ela consegue visualizar estas questões e tem mais facilidade de lidar com as mesmas. Entretanto, a responsabilidade delegada a ela está indo além da administração dos serviços de

enfermagem, abrangendo a unidade como um todo, o que toma parte de seu tempo que deveria estar sendo otimizado na assistência direta ao cliente e comunidade.

*(...) acho que a enfermeira é como se fosse assim, tipo mãe, dona de casa, né? (E11).*

*A enfermeira é o bombril – mil e uma utilidades – porque essa parte burocrática todinha ela é que assume... (E18)*

Pode-se também analisar o fato de a enfermeira considerar-se o profissional responsável por grande parte das atividades do Programa partindo-se da questão de gênero, pois a enfermagem constitui-se em uma profissão eminentemente feminina e assim, tende a produzir, no mundo do trabalho, os valores e papéis do mundo doméstico: do cuidar, do assumir os problemas de saúde da família, trazendo para si esse sentimento de obrigação e de solidariedade, na tentativa de resolver, a todo custo, as necessidades e os problemas de saúde dos indivíduos, das famílias e da coletividade.

Vale ressaltar que no primeiro semestre de 2005, a administração da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano (PI) formou um grupo de profissionais para supervisionar o trabalho das equipes do PSF composto por uma enfermeira, um médico e um odontólogo. O trabalho dos supervisores objetivava implementar as políticas de saúde no Município, estreitar a comunicação entre a UBS e a Secretaria; suprir as necessidades de recursos materiais e identificar a necessidade de recursos humanos.

Com vinte e três equipes de Saúde da família implantadas e com uma média de trezentos trabalhadores de saúde, pode-se inferir que um modelo gerencial centralizado na sede da Secretaria Municipal de Saúde acarreta grandes obstáculos ao desenvolvimento do PSF no Município no que se refere à alocação de recursos

humanos e materiais. Então, apesar de a supervisão do PSF estreitar a relação entre a UBS e a Secretaria, a falta de gerenciamento local continua a ser uma necessidade para o aprimoramento do trabalho da enfermeira no PSF.

- **A Percepção da Enfermeira sobre o seu Trabalho**

Esta categoria vem ao encontro do segundo objetivo do estudo que pretende obter a percepção da enfermeira acerca do trabalho realizado por ela no PSF.

As enfermeiras percebem seu trabalho como uma atividade de promoção da saúde e prevenção de doenças; como uma atividade mais independente, com certa autonomia; bem como se percebe responsável pela equipe e pela unidade de saúde.

***Promoção ou prevenção: um caso a repensar***

A percepção das enfermeiras entrevistadas sobre o Programa Saúde da Família identifica-o como um Programa que se atém primordialmente às ações de promoção e prevenção, maior aproximação dos profissionais com a comunidade, como se pode verificar nas falas a seguir:

*É um trabalho mais voltado para a questão da prevenção (E1)*

*Atenção básica é esta que a gente faz, o atendimento básico, o ambulatório, as visitas, prevenção das doenças(...).(E4)*

*Meu trabalho na comunidade é mais prevenção, eu estou lá sempre orientando (E8).*

*Atender às necessidades primárias mesmo, por exemplo, a higiene, a saúde, educação. Quando eu digo atendimento básico/primário pra comunidade eu digo mesmo é na prevenção, na orientação, prevenção das doenças (...)(E3).*

*A atenção básica no programa que a gente tem por direito e obrigação de fazer é a prevenção, promoção e proteção da comunidade com relação a doenças existentes e prevenir para que não apareçam mais doenças. (E9) (...) a gente trabalha mais com as doenças preventivas e as mais comuns, que podem ser adiadas. (E18)*

A enfermeira percebe seu trabalho como uma ação de promoção da saúde e prevenção de doenças. Entretanto a percepção é centrada na prevenção. Nessa categoria a profissional traz a expressão, ora promoção ora prevenção, para retratar a percepção do seu trabalho.

Sabe-se que a promoção da saúde parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, estando associada a um conjunto de valores que inclui: qualidade de vida, saúde solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação entre outros. Apresenta como elementos essenciais à articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde. (BUSS, 2000). Ressalta-se que não se restringe a atenção e as ações sobre os indivíduos, mas também nas famílias, nas comunidades, no Estado, vendo-os em suas múltiplas interações com o ambiente.

Na promoção da saúde a população é envolvida como co-participante, procurando entender o porquê daquela ação, quais são os objetivos, de que forma vai interferir na saúde do indivíduo e da comunidade, bem como ser um agente multiplicador dessa ação. O objetivo é tentar trabalhar o mais próximo possível da realidade da clientela e com esta, para que possa ter uma ação de promoção da saúde. Com a clientela você tem mais possibilidade de fazer o movimento de mudança de comportamento, a partir de uma conscientização do indivíduo.



Na prevenção das doenças o governo faz a proposta de intervenção e os profissionais têm que dar conta sem a co-participação da população. Ressalta-se, entretanto, a importância da participação da comunidade nas suas questões de saúde, pois é difícil fazer saúde de cima pra baixo.

Vale resgatar a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que aconteceu em Ottawa, 1986, e contribuiu para ampliar as discussões sobre os determinantes da saúde e das ações de promoção. Esta conferência colocou a saúde como produto social e como fonte de riqueza de um viver cotidiano reforçando a importância da ação comunitária no controle do próprio destino. A população deixa de ser apenas o alvo dos programas, passando a assumir uma posição atuante na definição dos problemas a serem enfrentados. Amplia-se a concepção de saúde referindo-a aos seus determinantes e, também, à possibilidade de intervenções que extrapolam o setor saúde. (BRASIL, 1996a).

*Tem muitos que dizem: ainda bem que tem esse programa, o médico vem na minha casa, tem medicamento para hipertenso e diabético, tem aquele acompanhamento. (E4)*

*Quando nós começamos aqui imaginávamos que só íamos encontrar aquela parte preventiva, só que a gente chega nas residências e vê que a parte curativa é que está prevalecendo, aí a gente orienta o que deve ser evitado, por exemplo, no caso do hipertenso, mas... o curativo prevalece. (E2)*

*Meu trabalho na comunidade é mais prevenção, eu estou lá sempre orientando (...) mas o que eu percebo é que as pessoas ainda estão muito direcionadas para a questão curativa, do assistencialismo (E8).*

A enfermeira percebe que a estratégia de saúde da família é um programa de prevenção, mas, não é somente isso que acontece. Ela vai preparada para a prevenção e lá no domicílio encontra pessoas querendo atendimento curativo,

porque há uma necessidade desse atendimento. Sabe-se que o PSF trabalha com prevenção, mas essa atitude contraditória da população faz com que a enfermeira desempenhe uma função diferente daquela que está prevista no Programa Saúde da Família.

Culturalmente a população só sente necessidade dos serviços de saúde quando está doente. Ressalta-se que na realidade estudada, grande parte da comunidade já está doente, pois só passou a ter assistência de saúde a partir da implantação do Programa Saúde da Família.

*Eles acham que não precisam do atendimento do posto. Eles resistem em receber até o agente de saúde. Já houve casos deles dizerem para o agente: não, aqui a gente não precisa, nós temos plano de saúde. (E4)*

*Na minha área a maioria tem plano de saúde e muita gente não quer esse serviço da prefeitura; é constrangedor, as pessoas ainda não entenderam o que é a filosofia do programa, mas há aqueles que aceitam e a gente trabalha junto com ele, ele com o médico lá e a gente acompanhando, orientando fazendo o possível (E8)*

*Às vezes as pessoas têm uma visão de que PSF é para as famílias carentes e PSF é para a população independente do poder aquisitivo. Eu sempre deixo claro que PSF é para quem precisa independente da família, da cor, da religião, do poder socioeconômico... se tá precisando e tem um posto na sua comunidade, procure... eu já ouvi história de profissional que chega pra determinada pessoa, olha e conhece e diz: - o que é que você está fazendo aqui? Você tem condição de comprar esse remédio, aqui é pro povo pobre...(E19).*

A enfermeira sabe que o PSF é um programa para toda a comunidade, contudo a atitude que a comunidade tem, frente ao trabalho da enfermeira, permite a mesma fazer esta reflexão, porque o pessoal de um maior poder aquisitivo não dá importância ou não entende que o PSF não é necessariamente para uma comunidade carente. Hoje ele está sendo usado assim porque esta comunidade tem dificuldade de acesso à assistência a saúde, por ter um poder aquisitivo mais baixo e

dependem do serviço público. As experiências anteriores têm mostrado que só o atendimento institucional não dá conta, pois existe sempre uma demanda maior do que aquela que o serviço público pode absorver em termo de atendimento de saúde. Por isso é que o PSF é uma estratégia utilizada no SUS para atender essas necessidades, inicialmente para fazer com que chegue às comunidades mais carentes uma assistência à saúde, pois está previsto na Constituição do Brasil que o direito à saúde é um dever do Estado.

A compreensão do PSF como um programa focalizador está relacionado a sua expansão em áreas e população de risco como é o caso de numerosos municípios dessa região do país, os quais só passaram a ter assistência de saúde com a implantação do PSF.

Viana e Dal Poz (1998) admitem que o PSF é fruto do sucesso de práticas focalizadoras, dentro da política universal que vem se constituindo em instrumento de organização e reestruturação do sistema de saúde. Os autores admitem que o Programa teve um papel importante na mudança dos critérios e repasse de recursos para os municípios destinados ao custeio das ações básicas de saúde e que também tem servido de incentivo para a organização e institucionalidade dos mecanismos de representação da comunidade.

*Tem pessoas que moram na área, que a gente até conhece, mas a equipe não acompanha, são pessoas que tem um certo poder aquisitivo, tem plano de saúde, etc e tal e quando o agente consegue penetrar nessas residências elas dizem: - no dia que eu precisar eu lhe falo. Às vezes a gente até tem essa idéia de que o PSF é um programa voltado para os de baixo poder aquisitivo, os mais pobres e não é, ele é um programa para toda a comunidade. (E1)*

*Minha área é nobre, as pessoas aqui em volta do posto não procuram a unidade, mas pras pessoas mais distantes melhorou muito, muito mesmo, tem gente que nunca tinha visto um médico em sua casa, nunca tinha*

*consultado em uma unidade de saúde e hoje está muito fácil, quando quer já está praticamente no ponto, só faz dizer que quer e o agente já agenda (E9)*

O consenso de que o PSF é um programa para a comunidade como um todo, independente de ter um pouco mais de recurso ou não, é da enfermeira, mas a comunidade não demonstra esse entendimento.

Entretanto, as enfermeiras, de certo modo, reconhecem a importância da assistência à saúde pelo Programa por tratar-se de uma forma de expansão dos serviços a uma população que anteriormente se encontrava sem um atendimento às suas demandas de saúde, seja no campo individual, seja principalmente no campo da assistência coletiva, embora tais famílias não se dêem conta disso.

Na realidade o que a clientela quer é que sejam prescritos o remédio e o exame, ela não valoriza ações que são simples: saber fazer uma higiene corporal, do vestuário, do ambiente, não está preparada para cuidar da sua saúde com medidas de prevenção primária básicas, simples. No entanto, a comunidade absorve com muita facilidade a alta tecnologia, e cobra isso. Por isso, a profissional precisa de um preparo para saber fazer saúde coletiva, fazer ações de promoção e a clientela também precisa estar preparada. E é por isso que no trabalho no PSF não se tem uma resposta imediata, uma mudança de comportamento e conseqüentemente uma mudança do perfil epidemiológico do agravo à saúde.

### ***Com mais autonomia e independência***

A autonomia é um direito, valor a ser conquistado e garantido no exercício diário de nossas atitudes, posturas e ações. As características profissionais individuais permitem estabelecer campos maiores ou menores de autonomia e esses

limites não são restritivos à atuação e sim à profissão. Essa noção de autonomia tem implicações diretas nas relações dos profissionais de enfermagem e clientela, no processo terapêutico, bem como no processo de viver saudável. (NIETSCHE, BACKES, 2000).

*A enfermagem está se estruturando como profissão, antigamente a gente tinha aquela coisa do hospital e a partir do momento que a enfermeira começa a adquirir novas atribuições, a gente vai perdendo um pouquinho desse lado mais hospitalar e vai somando as atividades de trabalhar no PSF que dá uma identidade mais independente, que faz suas ações, assina embaixo e suas ordens são cumpridas, suas orientações são cumpridas a risca... porque no hospital, não sei... existe uma submissão muito grande no hospital e aqui no PSF há uma autonomia muito maior. (E5).*

*(...) a autonomia da enfermeira também facilita, a gente não precisa pedir que doutor fulano assine ou autorize ou esperar que ele te diga alguma coisa a gente mesmo solicita, verifica, investiga, dá o diagnóstico, vê a conduta... para a enfermeira facilita bastante... (E10)*

Para algumas enfermeiras entrevistadas o “diferente” se constitui por ser uma prática independente, centrada na atenção primária. Percebe-se a satisfação da enfermeira em executar uma prática mais independente no PSF, comparando-a com a prática que é realizada no hospital.

Um outro aspecto interpretativo é o relacionado à evidência da prática independente por parte dos profissionais, embora o trabalho em equipe se constitua um princípio metodológico e filosófico no PSF. Esse princípio pode estar sendo negado, o que, de certa forma, desconstrói a retórica acadêmica e institucional do trabalho interdisciplinar ou evidencia mudanças operacionalizadas pelas reformas do sistema de saúde.

Pierantoni (2001) lembra que as ações de saúde dependem, em grande parte da legitimação social dos processos desenvolvidos no campo de prática e da

construção de espaços, já que a área de saúde é um campo de construção de espaços, intersectorialidade e interdisciplinaridade que legitima esse processo.

### **Como responsável pela equipe**

As enfermeiras, em vários momentos da entrevista, demonstraram se sentirem responsável pela organização da equipe e da UBS.

*(...) ficamos responsáveis pela parte burocrática e por fazer o programa funcionar, por em prática... (E1)*

*(...) mas termina que fica nas costas da enfermeira essa responsabilidade do posto como um todo, essas questões de falta, de férias, se falta funcionário a gente é quem tem que estar a par de tudo isso. O médico e o dentista não estão muito preocupados com isto não. (E4)*

*Infelizmente quando a gente fala de palestra o médico diz assim; você faz a palestra, você organiza, você tem mais jeito, isso é coisa de enfermeira. (E12)*

*(...) tem que ser ela que têm que resolver (...) eu percebo que com o médico que eu trabalho ele vê essa importância da gente e sente aliviado com a minha presença principalmente pra resolver as coisas, então ele não faz muita questão, faz a sua visita e pronto (E16).*

*As cobranças vêm para a enfermeira; quando fala em problema, faltou isso, etc. ninguém lembra do médico, sempre a reunião é com a enfermeira e a cobrança é para a enfermagem. (E17).*

A enfermeira percebe que muitas questões ficam por conta dela, afinal, os trabalhadores de enfermagem são em maior números. Pode ser injusto impor essa responsabilidade à enfermeira, porque assim, ela fica sobrecarregada. As falas já mostraram que lhe cabe elaborar a escala de pessoal, escala de férias, saber do comparecimento do profissional de nível médio de enfermagem, pois é um

profissional subordinado à enfermeira e até entende-se que o médico não queira interferir.

Na prática de ações educativas é importante a participação de todos os integrantes da equipe no desenvolvimento dessas atividades e não a enfermeira como responsável isolada das mesmas. Deveria ser um trabalho em equipe onde todos discutem propostas e desenvolvem as ações.

O profissional do PSF tem que acreditar no que faz, pois se não acredita que uma palestra, uma ação educativa voltada para higiene corporal, higiene do alimento, do domicílio possa surtir um efeito na prevenção de doenças, ele não vai fazer. O profissional só vai fazer aquilo que está convencido de que vai contribuir para ter uma mudança de comportamento e vislumbrar uma melhoria na qualidade de vida.

A percepção da enfermeira a respeito da confiança dos usuários no seu trabalho também foi destacada em algumas entrevistas, principalmente na atenção pré-natal.

*(...)Eu tenho percebido que as pessoas têm gostado da consulta de enfermagem (...)(E2)*

*a gestante diz que gosta de consultar comigo porque eu converso, meço a barriga, ouço os batimentos fetais, olho os peitos, pés, essa parte de orientação... (E1)*

De acordo com essas falas, a população gosta de ser atendida pela enfermeira. Acredita-se que é por ela estar mais próxima dos seus clientes e mais dedicada aos cuidados de enfermagem garantindo assim o reconhecimento e valorização social.

Por outro lado, muitas vezes as pessoas confundem a enfermeira com auxiliares ou técnicos da área, ou até mesmo, como outras pessoas que trabalham

no hospital, afora os médicos. Entretanto, no nosso cenário de estudo ela é confundida com o profissional médico. Percebeu-se que os clientes a chamam de doutora, denominação que tradicionalmente na área de saúde identifica o médico e não a enfermeira, às vezes deixando evidente que existe uma certa confusão de papéis para a população, como confirmam estas três enfermeiras:

*Um dia uma moradora chegou pra mim e me perguntou: a senhora é doutora-doutora? Ou a senhora é só enfermeira? É uma pessoa que tem segundo grau completo... Respondi: - eu sou doutora por questão de convenção mas eu sou enfermeira e o médico é doutor também por questão de convenção, mas ele é médico; pra ser doutor teria que fazer um curso, fui explicar pra ela. Mas eu posso fazer isto que eu estou fazendo: examinar-lhe, solicitar exames porque tem uma lei que me assegura isso. As pessoas pensam que doutor só é o médico... (E1).*

*Às vezes eles nos confundem com o médico, mas a gente sempre tá orientando, esclarecendo a função de cada um. Te chamar de doutor não é problema, mas saber quem é a enfermeira. (E2)*

*Quando eu saio com o médico é de um jeito e quando eu saio com o agente aí as pessoas valorizam nosso trabalho, eles confundem muito: é doutora, e eu digo: é doutora mas enfermeira, não vão pensar que sou médica. Aí eu fico sempre definindo; olha o que me compete é isso aqui (...) (E17).*

Esta dúvida sobre a identificação do papel da enfermeira e do médico, pode ser devida especialmente à utilização da consulta e do consultório como espaço de trabalho e porque a enfermeira pode ainda que com limitações prescrever medicamentos e solicitar exames de rotina, ações que no imaginário dessa clientela são do médico.

Nessa tensão entre o que é próprio e o que é do outro, a profissão precisa construir sua identidade não como cópia ou conseqüência de identidades de outras profissões, mas como projeto próprio.



- **Fatores facilitadores e limitantes da prática da enfermeira no PSF**

Este tópico identificou e analisou os fatores que facilitam e os que, de certa forma, limitam o trabalho realizado pela enfermeira no PSF.

Para as equipes do PSF atuarem adequadamente devem ser oferecidas condições mínimas necessárias ao bom desenvolvimento das ações de saúde, proporcionando o alcance dos objetivos traduzidos pela pactuação da atenção básica realizada entre os gestores federal, estadual e municipais de melhorar os indicadores de saúde locais.

As enfermeiras colocaram a interação entre os profissionais que trabalham na unidade como um dos fatores que ora facilitam e ora dificultam o desenvolvimento de suas atividades no PSF.

*Temos uma interação boa, você pode ver pela visita domiciliar a questão da união que existe entre a equipe; me relaciono muito bem com o pessoal do posto, da equipe que não é do PSF e da equipe do PSF. (E2).*

*(...) acredite, a meu ver é a gente ter um ponto positivo em relação à interação com a equipe. (E4)*

*(...) porque como a gente consegue ter essa integração, os demais funcionários que não são do PSF tão sempre ajudando, devido a isso eu considero bom; se não fosse não teria essa integração. Aqui a gente não tem essa discriminação de dizer porque eu não sou do PSF eu não vou fazer isso... (E5)*

*Um outro fator que facilita é a questão da equipe, por todos os problemas que a gente passa, por questão de relacionamento, por questão de outra coisa, mas temos uma equipe que eu considero uma equipe boa. (...) considero que facilita ter uma relação boa com a equipe, de vez em quando tem um atritozinho, mas a gente tenta ao máximo contornar isso, de uma maneira que nossos problemas fiquem aqui dentro (...) (E6).*

*(..) é a questão da equipe ser uma equipe entrosada, essa equipe de PSF e essa equipe de unidade de saúde (...)o que acho facilitador também, é essa boa aceitação que a equipe tem na comunidade, porque é muito fácil*

*você trabalhar onde você não observa a rejeição e às vezes você até pode perceber isso e com o tempo você vai conseguindo equilibrar as coisas (E7)*

*Nossa interação é boa, mas tem suas atribuições também. Tem algumas desavenças porque são sete componentes são sete cabeças, cada uma pensa de um jeito e isso dificulta um pouquinho. Mas na maioria dá pra levar. (E13).*

*(...) é complicado, porque trabalhar com pessoas, cada um tem uma maneira diferente de pensar e de agir (...) (E18)*

O trabalho em equipe pressupõe a interação entre as pessoas envolvidas, que se posicionam de acordo para coordenarem seus planos de ação. Para Peduzzi (2001) a busca de consenso com base na prática comunicativa, permite a construção de um projeto assistencial comum mais adequado às necessidades de saúde dos usuários. O importante e indispensável é que os integrantes das equipes do PSF percebam com clareza os objetivos que precisam alcançar com seu trabalho e a necessidade de investir energia para alcançá-los em conjunto.

Uma enfermeira apontou como facilitador para sua atuação a aproximação com a comunidade, possibilitando trabalhar mais próximo da realidade da clientela para que possa ter uma ação de promoção da saúde. Este conhecimento da comunidade já está no cerne da proposta do Programa de Saúde da Família.

*A interação com a comunidade é boa, pois eu vejo a boa aceitação deles por parte de mim e da equipe, com eu morar na própria comunidade isso ajuda muito, morar na própria área de trabalho. (E2)*

*Facilitador que eu acho é a proximidade com a comunidade, esse acesso que a gente tem no domicílio da pessoa, de repente só no postinho a gente não vê, quando se vai na casa a gente entende, ela não se relaciona bem com o marido, a gente entende que ela tem um filho problemático, então é uma coisa que facilita o trabalho. O entrosamento da equipe facilita demais, demais. A minha por enquanto está sendo maravilhosa, coopera, dá resposta, tem vontade de ajudar as pessoas,*

*não está trabalhando só por trabalhar, está pra servir a comunidade, esse acesso fácil que a gente tem à população facilita bastante. (E10).*

*Então, criou-se esse vínculo, foi a coisa mais gratificante do PSF, foi o vínculo que a gente cria, a gente entra na casa da pessoa passa de ser de dentro da casa, conhecer o problema mesmo da família, não são só os problemas de saúde, não, problemas da família, problemas financeiros, lógico na medida da liberdade que eles lhe dão, não é uma coisa que a gente consegue com a primeira visita, mas três anos e meio dá pra se criar esse vínculo muito forte com a comunidade. (E12).*

Sentimentos positivos de simpatia provocam aumento da interação e cooperação repercutindo favoravelmente nas atividades desempenhadas.

Segundo Merhy (1994) “criar vínculo é permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário”. O vínculo, portanto, significa uma relação mais próxima entre a equipe de saúde e os usuários das ações e serviços de saúde.

Isso nos leva a supor que há uma identidade cultural entre essa enfermeira e os clientes, facilitando, assim, o aprofundamento da relação entre eles. Ressalta-se aqui a importância de compreender os limites desse espaço no encontro da enfermeira com o cliente. Por conta das diferenças de classe, se faz necessário resgatar, nos profissionais de saúde, a utopia do “vir a ser” e dos ideais de saúde propostos por Paim e Almeida Filho (2000). A dimensão da prática de enfermagem no contexto da saúde Coletiva do “vir a ser” significa também valorizar o fortalecimento dos sujeitos individuais. E esse fortalecimento se dará na medida em que haja um processo de interação entre os profissionais de enfermagem e os clientes.

Chamou a atenção o fato de duas enfermeiras lotadas na zona rural considerarem um fator facilitador do seu trabalho a família ter poucos conhecimentos sobre as questões de saúde, segundo a visão delas.

*Eu poderia colocar como facilitadora a própria carência da comunidade, entendeu? Assim se seria um paradoxo a ausência de informação que vai facilitar, mas terminou que isso facilitou o trabalho, porque você sabe que uma comunidade não teve oportunidade de ir pra escola, porque lá as pessoas, a grande maioria das pessoas adultas, elas são só alfabetizadas, que sabem colocar o nome, né? Então, trabalhar com essa clientela parece ser difícil, mas ao mesmo tempo é fácil, porque elas precisavam, vamos dizer assim, de informações básicas de tudo, de higiene, de alimentação, né? E por aí vai... (E15)*

*(...) E facilita porque tem algumas facilidades, por ex, o pessoal da zona rural eles são mais carentes de atenção eles te tratam bem te dão mais atenção, valorizam mais o seu trabalho, eles são mais receptivos a suas informações. Muitas vezes eles dizem até assim: hoje a senhora me reclamou porque minha casa está muito suja, mas da próxima vez que a senhora vier eu lhe prometo que a senhora vai achar ela bem vasculhada... isso eu não faço não é porque eu seja preguiçoso é que eu não sabia que o fato de eu não vasculhar isso ia causar doença... são bem mais receptivos, quando é na outra visita já notamos diferença. (E18)*

Sabóia (1999) ressalta que na educação em saúde, a obrigatoriedade de mudar hábitos, a preocupação com melhorar o estilo de vida da clientela e a prevenção de agravos de modo geral, são aspectos que não se deve descuidar, mas que, aparentemente, têm servido de argumento para uma disciplinarização e dominação dos corpos dos clientes, mediante um exercício de poder que não está acostumado a enfrentar resistências.

Outro ponto ressaltado por algumas enfermeiras como importante foi o apoio da Secretaria de Saúde do Município no desenvolvimento de suas atividades:

*Como fator facilitador a gente tem vários(...) temos apoio da secretária de saúde, ela valoriza nosso trabalho. (E4)*

*Como facilitador foi o apoio que nós tivemos da secretaria de saúde (...) chega pra você e dá carta branca: na sua unidade você faz o que você quiser e se precisar da minha ajuda venha que a gente resolve. A gente se sente seguro pra desenvolver qualquer ação que queira. Partindo desse princípio, o facilitador foi a carta branca pra você trabalhar, você vê o que for melhor para a sua realidade, as vezes ela diz você tem que fazer isso, isso, isso, mas nem toda realidade é igual... então, o primeiro ponto é você ter liberdade para trabalhar... (E6)*

Essa situação contribui para a manutenção da enfermeira como agente controlador do processo de trabalho da equipe de saúde. Pierantoni (2001) lembra que as ações de saúde dependem, em grande parte, da legitimação social dos processos desenvolvidos no campo de prática e da construção de espaços.

Para a autora, a existência de monopólios de poder extensos e imprecisos sobre o campo de prática é fator limitante da utilização plena de processos que envolvem competências afetas ao trabalho interdisciplinar. Ressalta que as demandas atuais do sistema de saúde sinalizam a possibilidade de construção de espaços de arranjos regulatórios mais flexíveis.

Entretanto, as reuniões que acontecem toda semana na sede da Secretaria Municipal de Saúde com a participação das enfermeiras e da Coordenadora do PSF foi citada como algo que incomoda pelo fato de ser reunião para discutir o andamento do PSF no município e só a enfermeira participa: se for para cobrar ou para programar uma atividade coletiva a enfermeira é convocada, quando ela faz parte de uma equipe e esta deveria discutir e programar as atividades com a coordenação do Programa.

*As reuniões são com a coordenadora do programa, são reuniões que elas passam informações a respeito do que elas têm recebido, informações novas, sempre cobra alguma coisa da gente, realização de alguma atividade no posto. Nós já temos questionado porque as reuniões são só com a enfermeira, porque deveria ser com a equipe, a gente vai lá, tem a reunião e tudo é com a gente, todas as informações até mesmo quando é para o médico. Quando é feito reuniões com eles é com toda a equipe. Só*

*com eles não. Realmente as reuniões deveriam ser com toda a equipe. (E2)*

*Nós já reclamamos porque só fazem reunião com a gente; o médico diz que não tem tempo, eles acham que é desperdício ter reunião toda semana e fica por isso mesmo. Então, nós recebemos as informações e repassamos para a equipe. Tudo entregam pra gente e a gente repassa pra eles. (E11)*

*(...) às vezes acontece de na reunião a gente trazer um recado pro doutor. Por isso nós achamos que essas reuniões deveriam ser com a equipe, de acordo como o que fosse aparecendo se fosse da responsabilidade do médico ele tava ali, pra todo mundo falar a mesma língua... Aí, fica só a enfermeira(...) (E14)*

*(...) Toda semana nós temos reunião na secretaria de saúde onde é passada pra gente todas as informações do que vai ter naquele mês, se vai ser um mês de vacina, se vai ser um mês de campanha contra tuberculose, contra hanseníase, se vai ser distribuído material que a gente precisa pra cá. (E19).*

Duas enfermeiras visualizaram o lado positivo desses encontros semanais, que se apresenta como oportunidade para avaliar e discutir a implementação das ações de atenção básicas no município:

*Mas essa reunião às vezes ela é boa, é produtiva porque a gente se junta com as colegas, as vezes a gente tem uma dúvida com determinada coisa, você tem toda semana um contato com todo mundo, pode discutir um assunto que tenha dúvida ou você está precisando de determinada coisa que sua colega lá no posto tem e não está precisando; essa interação. Essas reuniões não é só coisas ruim não, tem o lado bom, às vezes a gente fica lá até para discutir assuntos nossos, da enfermeira. Às vezes tem a colega que é responsável por um programa e quer repassar uma informação (...) (E4)*

*Temos reunião na quinta-feira só com a enfermeira, por quê eu não sei, pois a equipe não é só a enfermeira (...). Tem quinta-feira que a gente discute e dá pra sair alguma coisa, mas tem quinta que não sai nada, que ninguém sabe pra que aquela reunião mesmo, falta muita coisa, numa reunião dessa você poderia pegar um relatório, por ex, o posto de fulano de tal, o mês passado fez tantas consultas de pré-natal este mês fez abaixo, qual foi o motivo(...) Uma reunião de avaliação não existe... (E13)*

Atualmente a avaliação das ações de saúde vem ganhando espaço como campo de conhecimento e de prática fundamental para a compreensão dos feitos e efeitos realizados na atenção à saúde. Nesse contexto importa não somente verificar a execução, mas também a qualidade do que se realiza, na perspectiva de que seus resultados permitam um permanente diálogo entre as decisões, as práticas e os grupos implicados.

A avaliação incorpora o instrumental epidemiológico na elaboração de seus estudos e inseri-se no planejamento das ações programáticas e dos serviços, participando nas suas várias etapas e permitindo a reorientação de seus planos de ação. (FIGUEIRÓ *et al*, 2004).

Como fator facilitador foi citada a reunião entre os componentes da equipe do PSF, quando a assistência à saúde realizada por ela, apesar de ser na maioria das vezes pré-estabelecida, é discutida entre os seus componentes, mesmo que de forma elementar. Essa discussão ocorre em reuniões semanais para as equipes da zona urbana e mensal para as equipes da zona rural. Observa-se tal realidade nas seguintes falas:

*Nós fazemos uma reunião aqui na unidade com a equipe do PSF, é só a enfermeira, o médico, a técnica e os agentes de saúde. Nesta reunião a gente faz a programação da semana e os agentes vão passar as informações da semana anterior, o que aconteceu na área; se teve diarreia, se faleceu alguém da área dele, se alguém ficou internado, se saiu da área.(...) A gente organiza a semana. É uma reunião que a gente se programa, se der pra cumprir daquele jeito é cumprido se não, a gente muda. (E4)*

*(...) todos os médicos que eu tenho trabalhado participam das reuniões, não sei se foi sorte minha ou se eu determinei assim, não vou dizer que impondo, não é impondo, é mostrando a necessidade que existia da importância das reuniões e aí nas reuniões a gente termina planejando esse cronograma das consultas médicas e de enfermagem(...) (E12)*

*O dia de segunda-feira é reservado para reuniões com os agentes de saúde onde é feito todo o agendamento das consultas de pré-natal que são feitos por mim e pela médica em dias separados. (E15)*

*A reunião com a equipe da unidade acontece toda segunda-feira, participam desta reunião os agentes, os técnicos de enfermagem e o médico. É para programar o que vai fazer na semana: quantas visitas, quantas consultas, falar do final de semana, como é que foi na área, cada um faz um breve relatório. (E17)*

*Temos um planejamento mensal, que fazemos no dia da entrega do relatório, junta a equipe e faz o planejamento por micro-área, vendo as prioridades: onde está acontecendo mais doenças? O agente de saúde estava pro final do atendimento, mas na área dele está acontecendo alguma coisa a gente já puxa aquele atendimento que estava pro final e joga pro começo (E18.)*

Estas reuniões contam com a participação dos componentes da equipe, algumas vezes o médico não comparece ou sai antes de terminar. Na prática elas são realizadas com a finalidade de elaborarem um cronograma de atividades para o médico e a enfermeira cumprirem durante a semana: agendamento de consultas, visitas domiciliares e alguma palestra na comunidade. Quando discutem sobre o caso de um cliente é para priorizar o atendimento já que o número de visitas é limitado a três por dia.

Uma situação que dificulta o acompanhamento do cliente é a falta de referência para uma unidade especializada quando a equipe não consegue dar conta do agravo. Como não há setor público especializado e os conveniados não dão conta da demanda, a enfermeira recorre à informalidade, através das colegas que trabalham em áreas onde o profissional médico é especialista naquele agravo e articula o atendimento, às vezes a articulação é feita entre os próprios médicos.

*(...) aqui na minha equipe eu encaminho para o médico e ele fica encarregado de fazê-lo. O encaminhamento é feito para especialistas que trabalham no programa, atuam como generalistas e como especialista*



*quando o médico de outra equipe encaminhar para ele um paciente. Temos tido problema porque às vezes o próprio médico encaminha e o paciente diz que quando chega na outra unidade o médico não atende porque não é daquela equipe. (E2)*

*(...) tanto o profissional médico como os enfermeiros encaminham, só que isso não funciona porque alguns não atendem nem ao encaminhamento do colega médico... O paciente volta. Temos problemas sérios por conta disso. (E1)*

*(...) uma das dificuldades do nosso trabalho é a referência. Eles são do programa na equipe deles, mas se aparecer uma gestante com algum problema e a gente puder encaminhar, por exemplo, eu peço pro doutor Y atender, mas aí tem alguns que criam problemas porque não querem atender, isso a gente já discutiu na secretaria, que a gente estava encaminhando e estavam voltando sem ser atendida porque eles só queriam atender as da área deles. Depende da boa vontade deles pra atender, e aí fica difícil... (E3)*

*Olha, aqui o médico de nossa equipe é obstetra e ele não recebe, devido a isso a gente encontra dificuldade para encaminhar, porque o colega de outro posto que manda pra cá e como não é recebido às vezes também não quer receber quando vai daqui pra lá. Então eu primeiro entro em contato pra saber se pode atender, pra pessoa não ir até lá e não ser atendida porque o posto é muito distante. Eu converso com a enfermeira pra saber se o médico atende encaminhamento. (E5)*

*Nós estamos atendendo as necessidades da comunidade em parte, pois a partir do momento que a gente solicita um ultra-som e que passa 4-5 meses pra se obter esse resultado isso já não facilita, fica a desejar com relação ao trabalho da gente, não proposto pela gente, mas vejo como um limite. (E13).*

*Essa questão de encaminhamento, na prática mesmo a gente só consegue através das amizades, por debaixo dos panos. (E19)*

*Tudo o que a gente faz tem que ter a questão do bom senso; então recorremos às colegas, as enfermeiras quebram muito o galho uma da outra. (...) ela me pergunta se dá pra arranjar uma consulta pro médico, então, no coleguismo dá pra gente encaminhar aquela pessoa. (E18)*

Um dos maiores desafios a serem vencidos para reorganização do SUS é a construção de rede assistenciais que garantam serviços básicos resolutivos e continuidade da atenção, mediante a oferta organizada de serviços de média e alta complexidade, assegurando o acesso ao sistema segundo as necessidades da população. (BRASIL, 2004).

A atenção integral à saúde requer a integração entre as diversas áreas técnicas e proposição de ações que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, à promoção da saúde e ao atendimento às necessidades de saúde das pessoas.

Acredita-se que o atendimento de resolutividade está associado a colocar à disposição dos usuários das ações e serviços de saúde toda a tecnologia disponível a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, abordando-se a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. A resolutividade inclui a busca por atender com agilidade e qualidade as necessidades em saúde.

### ***Formação e qualificação para atuarem no PSF***

Quatro enfermeiras fizeram referência ao estágio curricular obrigatório que a preparou para atuar no PSF. A prática em serviço facilita o trabalho do futuro profissional, pois ao conhecer melhor o serviço de saúde ela fica mais à vontade para o exercício profissional.

Resgatando o perfil destas enfermeiras, percebe-se que é significativa a atuação de enfermeiras com até 04 anos de formadas. Ressalta-se o fato como relevante para o PSF por se acreditar que os profissionais graduados recentemente,

tenham tido formação com currículos de curso mais generalistas e com ênfase na promoção, prevenção e nas ações básicas de saúde, inclusive com discussões acerca do PSF por ser relativamente recente a proposta no Brasil e Piauí e até mesmo ter passado pelo PSF como campo de estágio.

*Treinamento em si para realizar pré-natal eu não fiz, mas eu acho que o que me ajudou mais foi a faculdade mesmo eu acho que vim bem preparada, a gente fez muito e isso me ajudou demais.. (E2)*

*Eu acho que o que eu aprendi na graduação foi muito mais proveitoso do que esse treinamento que não teve muito proveito (...) Não falaram sobre as atividades, o que aprendi foi mesmo na graduação e pegando livros sobre o PSF, lendo foi que eu fui aprendendo (E5)*

*Eu tive uma oportunidade muito boa na minha formação acadêmica, antes de terminar minha faculdade eu fiz o AIDPI, eu fiz 240 horas de PSF. O meu curso foi muito bom e foi muito voltado para a saúde pública... (E6)*

*(...) o PSF começou não tá com muito tempo assim, a gente que tá saindo agora tá sabendo como é que funciona, a gente tá sendo preparado para atender criança, fazer pré-natal, atender hipertenso, diabético (E11).*

Existe uma discussão e reformulação do processo de formação na enfermagem, em função das mudanças nas políticas de saúde e nos modelos assistenciais.

As Diretrizes Curriculares para a graduação de Enfermagem foram regulamentadas e publicadas e as instituições formadoras encontram-se em fase de mobilização e estruturação para adequarem seus projetos pedagógicos e as matrizes curriculares de acordo com as exigências da nova legislação educacional.(BRASIL, 2002).

As diretrizes curriculares, no entanto, constituem-se apenas em uma indicação, uma recomendação, já que, no Brasil, as universidades gozam de

autonomia. A autonomia universitária é definida na *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* (LDB) como prerrogativa de criação, expansão, modificação e extinção de cursos e programas de educação superior; fixação dos currículos de seus cursos e programas; planificação e programação de pesquisa científica e de atividades de extensão, além da elaboração da programação dos cursos. A LDB (art.43) firma que a educação superior deve ter entre suas finalidades o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual, destacando, em particular, os problemas nacionais e regionais, prestando serviços especializados à população e estabelecendo com a mesma uma relação de reciprocidade. (BRASIL, 1996c)

Segundo Souza (1999), é imprescindível que os currículos de graduação enfatizem o trabalho em equipe, a competência técnica, o reconhecimento da responsabilidade pelo território de atuação, valorizando a cultura, os valores dos atores sociais e as situações de risco, a capacitação para o processo de gerenciamento em saúde, observando a concepção de Saúde Coletiva, subsidiado na análise do cotidiano como suporte para a ação profissional que contribui para a melhoria da qualidade de vida da população.

*Tem coisas que eu até sei que posso fazer, mas como eu não tenho segurança para fazer, não faço. Não tenho vergonha de dizer isso aqui eu não entendo. Não posso ficar tentando enganar a comunidade. (E1)*

*O meu curso não me deu capacidade pra isso, no curso de enfermagem a gente paga saúde da mulher e pré-natal é só uma aula que a gente tem (...) Eu acho que deveríamos ter mais um pouco de capacitação e treinamento; algumas coisas nos são cobradas pelo Ministério da Saúde e deveríamos ter um treinamento para termos uma segurança maior para desenvolver o trabalho. (E10).*

*Pra enfermeira desenvolver bem seu trabalho, primeiro ela tem que receber suas capacitações, então dentro da minha experiência eu vou falar: é a capacitação pro atendimento do hipertenso e diabético,*

*puericultura, o pré-natal também, o idoso e também o paciente de hanseníase e tuberculose. (E13)*

*Nós, médicos e enfermeiros não fomos preparados na graduação para trabalhar em saúde pública, agora procuro evoluir, me preparar, se tô vendo a necessidade vou trabalhar em cima daquilo; eu estou fazendo especialização em Administração Hospitalar, comecei Saúde Pública, mas não terminei, deveria ter terminado (...) A gente não foi treinada, não tenho nenhuma assinatura de revista, tem dificuldade com biblioteca (...) (E16)*

*(...) a síndrome de que eu não sei de nada é terrível (...) aquela seqüência que eu tinha aprendido, parecia um robô, hoje já flui numa maior (E17).*

Apesar de as atuais demandas do mercado de trabalho exigir dos profissionais uma visão mais abrangente e voltada para os novos desafios de uma sociedade em permanente transformação, as Escolas de Enfermagem não têm conseguido acompanhar o acelerado ritmo das mudanças; continuam formando profissionais que apresentam dificuldades de inserção na realidade social e das organizações, e apesar do empenho em qualificar seu corpo docente, adotar novas metodologias de ensino e criar a consciência da necessidade de educação permanente, este parece ser um obstáculo que ainda não foi superado no ensino de graduação. (ALVES; BRITO, 2004).

Faustino *et al* (2005) chamam a atenção para uma questão da formação de enfermagem: a dicotomia existente em relação ao perfil do profissional “dividido entre a oferta de mão de obra para atender o mercado de trabalho e a formação voltada para um ideal de profissão, baseado em pressupostos teóricos, nem sempre coerentes com a realidade”. Entretanto, o autor ressalta que não há como alcançar a transformação sem mudanças efetivas. Precisa-se avançar não apenas no preparo

de um novo profissional, mas acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender a criar, a propor e a construir.

*(...) se tiver alguma dificuldade, porque o fato de eu não ter feito treinamento eu já encaminho pra ele. (E2)*

*Vacina está mudando e a gente quer um treinamento, quer também sobre AIDPI, eles ficaram dizendo que vão providenciar, mas, a gente fica só esperando (...)* (E3)

*(...) o que eu aprendi hoje, daqui a um ano já não é a mesma coisa. Principalmente em relação às vacinas, todo ano muda, então acho que sempre deveria haver esse treinamento, estar sempre trazendo para a gente o que tem de novidade. Vamos trazer pra todo mundo, divulgar para todas as equipes. Às vezes quando a informação vem chegar aqui já está saindo é outra... (E6)*

*Eu fiz o treinamento introdutório, mas acho que deveria ter treinamentos específicos, eu falo assim porque eu atendo a crianças saudáveis e acho que deveria ter um treinamento só pra gente lidar com crianças porque tem coisas que eu tô vendo que não está dentro dos padrões da normalidade, mas eu precisava de um preparo para atender. Vacina, teríamos que ter um treinamento voltado para as vacinas (...)* (E18)

*A falta de capacitação sim, eu acho que a gente tem que fazer treinamento constante mesmo (...). Tem programas que eu nunca vi; eles não chegaram pra gente explicando tudo, tá certo que eu tenho que ir atrás, saber que tal programa existe. (E22).*

As enfermeiras foram unânimes na preocupação com a falta de capacitação para atuarem no PSF, incluindo aqui as graduadas há pouco tempo, pois há necessidade de estar sempre se atualizando. Durante as entrevistas algumas enfermeiras baixavam o tom de voz quando relatavam suas deficiências de capacitação para atuarem no programa.

Faz-se necessário estabelecer um processo de educação permanente, valorizando o espaço dos serviços para suprir as deficiências da formação acadêmica dos trabalhadores que atuam no PSF, bem como as carências que

surgem de acordo com os problemas de saúde da sua comunidade, para que o profissional adquira mais segurança e autonomia no desenvolvimento de suas práticas.

Existem em andamento políticas coordenadas entre os Ministérios da Educação e da Saúde que contam com a participação das universidades, das entidades dos profissionais de saúde, de gestores municipais, dos trabalhadores e usuários. Tais políticas buscam a interdisciplinaridade, a integração ensino-serviço-pesquisa e os compromissos éticos, humanitários e sociais do trabalho multiprofissional. Os Pólos de Capacitação espalhados pelo Brasil e Teresina apresenta um desses pólos, atuam no sentido de preparar os profissionais que estão inseridos no PSF. Esta realidade ainda não chegou a Floriano.

As enfermeiras atuantes no PSF, em sua maioria, receberam uma formação acadêmica ainda fundamentada no modelo flexneriano e preventivista, o que não atende as expectativas de um modelo de assistência centrado na promoção da saúde e na vigilância às formas de andar a vida das populações.

Para atender esta demanda, a prática tem mostrado que os profissionais vêm buscando cursos de especialização ou de atualização e aperfeiçoamento a fim de que possam respaldá-los com conhecimentos necessários face às exigências do mercado de trabalho.

É importante ressaltar neste estudo, que dezesseis já concluíram curso de especialização, destes 50% em Saúde Pública; índice maior que o encontrado por Machado (2000) para a região nordeste. Este fato permite inferir o interesse dessas profissionais em se qualificarem, apesar de os cursos de pós-graduação Lato Sensu no Piauí estarem concentrados na capital Teresina, que poderia ser um fator de impedimento à sua realização. As três enfermeiras com menos de um ano de

graduadas demonstraram interesse em cursar uma especialização, no entanto, têm profissionais com mais de dez anos de graduados que não se especializaram.

Ao analisar a realidade de que profissionais já possuem a especialização não é dizer que se coloca toda a sua competência neste fato, mas esta formação tem se mostrado importante, como uma oportunidade de qualificação e atualização bem como de adquirir conhecimentos não obtidos na graduação e que contribuem de forma positiva na prática profissional.

Desde meados da década de noventa que a Universidade Federal do Piauí – UFPI realiza cursos de especialização em várias áreas, entre elas Saúde Pública, Saúde da Mulher e em Saúde da Família. Todos estes cursos foram ministrados em Teresina, que dista 250 Km de Floriano, dificultando o acesso dos profissionais de saúde a uma qualificação lato sensu.

Ressalta-se, então, a necessidade de descentralização dos cursos de especialização, principalmente na área de Saúde Coletiva e Saúde da Família, principal campo de atuação das enfermeiras atualmente, o que facilitaria o ingresso a cursos de pós-graduação para os profissionais que atuam em Floriano e nas cidades adjacentes.

Percebe-se que um dos fatores que a enfermeira considera ainda como limitante das ações no PSF é o não costume com a proposta de prevenção e promoção. O PSF vem trazendo essa proposta como sustentáculo de atenção a saúde da população. Então, precisa-se de um tempo para que essas profissionais que tiveram uma formação muito curativa aprendam a fazer esse trabalho de atenção básica, de prevenção.

Por outro lado, os profissionais que já têm essa formação em atenção básica precisam fazer um exercício, se nunca teve ou se fazia de uma forma diferente



precisa de tempo de aprimoramento, de aprender a fazer. Hoje o profissional de enfermagem está numa fase de aprendizagem, está aprendendo a fazer uma enfermagem de prevenção.

### **Remuneração e direitos sociais**

Outro fator limitante apontado pelas enfermeiras é a questão financeira como podemos constatar nas falas seguintes:

*Com um salário desses querer oito horas diárias e com um salário baixo nem ia existir programa, até as enfermeiras já estão fugindo com mil e um empregos pra poder juntar alguma coisa, ter um salário melhor, eu nem condeno essa história de dedicação exclusiva, nós estamos aprendendo com os médicos. (E4)*

*Agora, o salário faz com que a gente não consiga desenvolver um trabalho bom, pois você tem que estar aqui e mais tarde tem que trabalhar em outro local; tem que ter 3,4,5 empregos para que você consiga ter uma renda satisfatória. Então, no momento que você começa a ter vários empregos, você tem que dividir sua energia se não você não vai conseguir seu desenvolvimento completo, devido a essa correria toda sua. Sai daqui vai dar aula, vai para o plantão, vai para outro município, esse desgaste faz às vezes com que você não desenvolva um trabalho bem. (E6)*

*(...) se o profissional arranja um local num município que te paga melhor você vai. É, a questão salarial dificulta muito. (E18)*

*Aqui nós não somos pagos como merecemos, pois se é uma equipe eu acho que tinha que ser uniforme, todo mundo tinha que ganhar a mesma coisa, porque diferenciar médico, dentista e enfermeira? (...) Às vezes eles botam um maior valor para que eles (médicos) aceitem. (E19)*

*No momento que você só trabalhar no PSF e você conseguir se manter, ter dinheiro para o seu lazer, para lhe auto-sustentar, eu acho que o atendimento, a qualidade melhora com certeza. (E6)*

Acredita-se que a enfermeira viva esta realidade por não ser remunerada como deveria e por falta de profissionais para atender as necessidades do sistema de saúde e educacional do município. Gelbcke (2003) enfatiza que ninguém trabalha em mais de um local só porque quer, porque isto lhe dá prazer, as condições salariais colocadas para a categoria é que determinam o duplo vínculo. Outro aspecto do perfil foi a participação da enfermeira em outros vínculos empregatícios, além do PSF que é ainda bastante presente no município (83,3%).

A remuneração, valor que é dado quando o trabalhador vende sua força de trabalho, é o mais significativo para a maioria delas. Ele se dispõe a duplas ou triplas jornadas de trabalho, mesmo em detrimento de sua saúde, para perceber uma remuneração que atenda às suas necessidades. A qualidade de vida, a liberdade e os direitos sociais ficam em segundo plano para os trabalhadores.

Acerca desta questão salarial o Ministério da Saúde propõe uma política salarial diferenciada para os profissionais que trabalham no PSF, uma vez que estes devem atuar em regime de 40 horas/semanais. Os municípios mais distantes dos maiores centros urbanos oferecem um salário superior ao que normalmente é pago aos trabalhadores de saúde como forma de estimulá-los a se fixarem no município.

*Uma dificuldade que eu acho é essa questão de nós profissionais de saúde, não termos nenhum vínculo com a instituição que trabalhamos, a gente não tem direitos trabalhistas, não tem carteira assinada, não tem vínculo nenhum, mudou o prefeito mudou a equipe todinha (E18)*

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) prevê direitos sociais aos trabalhadores que se inserem formalmente no mercado de trabalho como férias, aposentadoria, décimo-terceiro salário, licenças diversas, entre outros benefícios. Na atualidade, os direitos sociais se encontram ameaçados, pois eles são identificados

como responsáveis pela redução de investimentos na economia e vistos como obstáculos para o crescimento e desenvolvimento econômico dos países.

Vale ressaltar que no estudo as enfermeiras não têm vínculo empregatício formal com a prefeitura. Esta situação é encontrada em outras regiões do Brasil, como no Ceará onde quase a totalidade das enfermeiras do PSF não tem vínculo empregatício com as prefeituras, acarretando freqüentes mudanças de logradouros desses profissionais (ANDRADE, 1998). Segundo Machado (2000), 43,6% das enfermeiras são incorporadas ao PSF via assinatura de contrato temporário, e 61% não possuem garantias jurídicas de direitos trabalhistas.

Gelbcke (2003) chama atenção para os quase 200 mil profissionais de saúde lotados no Programa de Saúde da Família que não estão empregados no regime de CLT, nem como estatutários, nem com outra forma de relação de emprego regulamentada. É uma situação que repercute no nível de satisfação da enfermeira, representando aspecto que necessita ser revisto com a maior brevidade, sob pena de comprometer os resultados esperados do Programa.

*A questão do salário é uma discrepância muito grande (...) Não acho correto eu ganhar a metade do que a médica ganha, não que eu ache que ela ganhe muito, acho que eu ganho pouco, acho que a gente deveria ter essa valorização, a equiparação salarial que é o correto; isso só não entrava se você tiver muita cabeça, se não, você termina empurrando com a barriga, você só não deixa mesmo por uma questão de consciência; tem dia que fico muito contrariada (...) as cobranças são demais, mas a valorização financeira (...) (E11)*

*Dentro da própria equipe tem diferença de salário e não é pouca não... é quase o dobro, e isso chateia. (E9)*

*É, quando tem muito profissional você ganha menos, quando tem pouco você é mais valorizado; o salário do médico é bem maior do que o do enfermeiro e o do dentista ainda é menor do que o nosso. (E18).*

Este dado leva à reflexão que a situação é mais complexa do que se apresenta. Ter remunerações diferentes para grupos diferentes de profissionais, mas que atuam em um mesmo programa, com responsabilidades iguais é um agente complicador sério que precisa ser discutido e revisto pelos gestores do PSF.

Essa realidade não é uma particularidade de Floriano, pois Machado (2003, p. 244), destaca em relação ao salário de médicos e enfermeiras do PSF em nível nacional: “o valor salarial do trabalho desses dois profissionais no sistema de saúde precisa ser revisto: enfermeiros continuam trabalhando nas equipes com jornadas semelhantes e salários inferiores àqueles percebidos pelos médicos”.

Nessa perspectiva cabe ainda dizer que os salários dos trabalhadores do PSF podem ser determinados pelas leis de mercado e por valorização de uma determinada categoria, reiterando modelo tradicional de assistência à saúde. Leopardi (1999) refere que isso ocorre porque o setor saúde é integrante do setor de serviços e é profundamente influenciado pelas leis de mercado; essa dinâmica fortalece o modelo de atenção que tem por concepção a produção da cura destacando, inclusive, pela remuneração, o elemento central desse modelo, o qual detém o saber específico necessário para o seu desenvolvimento.

Acredita-se que a melhoria nas condições de trabalho é de fundamental importância para o trabalho em saúde, pois somente valorizando os trabalhadores será possível o desenvolvimento de uma atenção à saúde de qualidade e efetiva.

A estabilidade profissional a partir do vínculo empregatício poderá provocar mudança de comportamento da enfermeira, pelo efeito que ela produz, passando segurança e interesse por aquilo que faz. Entende-se este fato como um agente de motivação que poderá interferir na prática da enfermeira no PSF. Parte-se do

pressuposto que profissional valorizado profissionalmente desenvolverá com mais qualidade, eficiência e eficácia aquilo que se propõe e é esperado pela sua gerência.

Vale lembrar que em Florianópolis não há processo seletivo para ingresso dos profissionais nas equipes, o que gera mudanças na composição da equipe no mínimo a cada pleito eleitoral, como expressou uma enfermeira:

*(...) mudou o prefeito mudou a equipe todinha, de repente a gente tá numa cidade fazendo um trabalho bonito, que tá dando fruto e por uma questão política que a comunidade não tem nada a ver, a gente sai, até porque quando ele entra quer botar a equipe dele pra trabalhar... Então um fator que dificulta o trabalho da gente é não ter esse vínculo com o município que você mora, isso é terrível. Quando a gente está atuando a gente atua de maneira geral, mas na cabeça do gestor ele acha que a equipe que tava trabalhando com aquele prefeito tava vestindo a camisa daquele prefeito e eles não entendem que PSF não tem nada a ver com questões políticas partidária e sim com políticas da saúde. (E18).*

Essa rotatividade abordada sobre a prática no PSF reflete a realidade do município, onde o ingresso no programa obedece a critérios político-partidário, nos mostra a frustração dos profissionais que são obrigados a se deslocarem dos locais onde estão em pleno desenvolvimento de suas ações, por questões que oscilam entre pessoais, políticas e trabalhistas.

Vale destacar, entretanto, que o PSF representa um grande avanço no mercado de trabalho para as enfermeiras.

### **Capacidade instalada, recursos materiais e humanos**

As enfermeiras apontam ainda como fatores limitantes da sua prática a estrutura física das unidades que não são adequadas para receber a equipe do PSF e a falta de material de consumo e permanente.

O local onde o trabalho se desenvolve também é condição essencial para que o mesmo atinja seus objetivos, pois a UBS, além de proporcionar conforto para o cliente, deve proporcionar condições adequadas para que o trabalhador possa desenvolver suas atividades.

Pode-se observar que a maioria das UBS possuía salas comuns para curativos e aplicação de injeção; eram salas pequenas e com pouca ventilação. Nas salas encontravam-se muitas caixas de papelão, por faltar de local apropriado para armazenamento de materiais.

Das 14 UBS situadas na zona urbana, cinco não possuíam sala de enfermagem, o que levava a enfermeira a atender ao cliente em horário diferenciado do médico e/ou na sala de imunização. E quando existe este espaço é dividido entre as duas equipes que funcionam na unidade, o que também dificulta o atendimento.

Enfim existem diversas situações contrárias à saúde que permitem inferir que as condições de trabalho de algumas equipes de Florianópolis são precárias, tanto para os trabalhadores como para os usuários. Um investimento nas instalações físicas para proporcionar um local adequado de trabalho funcionaria como um fator adicional de motivação para o trabalhador, independente dos aspectos econômicos relacionados à restrição financeira.

Desta feita, todas as transformações ocorridas no setor saúde deveriam ter como consequência a melhoria da qualidade da assistência, na resolutividade dos serviços de saúde, na equidade e no acesso, porém observa-se, que na prática, essas transformações ainda não ocorreram.

Ainda sobre a questão, as enfermeiras foram unânimes em relatar sobre a estrutura física e o número reduzido de materiais de consumo e permanente, como fatores limitantes da sua prática com nos revelam as falas:

*O espaço físico é muito pequeno para o atendimento. E aí quando você está com as duas salas ocupadas e uma gestante que você precisa fazer o atendimento por completo: auscultar, medir altura uterina, fazer o exame físico da paciente e não tem espaço físico para fazer a consulta como deveria ser. Às vezes você perde aquela gestante porque ela não volta ou se volta é tempos depois quando já está perto de ter neném (E4).*

*Então nosso primeiro fator limitador é a estrutura do posto. Porque a gente teria que ter uma sala para consulta de enfermagem, uma sala só para consulta médica, a sala para a papelada e os medicamentos e mais uma sala para o curativo. A mesma sala que guardamos medicamento, fazemos curativo e é a mesma sala para fazermos outros procedimentos como nebulização, aplicação de medicamento e a sala é bem pequenininha.(...) a sala de vacina é para vacinar e pronto. (E6).*

Sabe-se que para implantar uma Unidade de Saúde da Família não significa construir novas unidades, mas readequar o funcionamento das existentes; entretanto, no município as UBS têm uma estrutura antiga e pequena, com já descrito, que não foram estruturadas para receber mais de uma equipe.

A sala de espera é o local onde os clientes ficam aguardando a consulta e transforma-se no espaço estratégico de veiculação de informação sobre como cuidar da saúde de si e do ambiente. É nesse espaço físico de espera que se realiza a palestra educativa, a partir de uma programação pré-elaborada, de acordo com a realidade da área adscrita. Porém, essas ações educativas são dificultadas quando há muito barulho e movimento na sala de espera o que desestimula a atuação da enfermeira nas ações educativas coletivas na unidade. Entretanto, nas dificuldades relatadas apenas duas enfermeiras referiram-se sobre a necessidade de um local apropriado para realização das palestras nas unidades.

Duas UBS têm espaço adequado para desenvolverem ações educativas, as demais utilizam a sala de espera, mesmo desfavorável, ou utilizam outro local da

comunidade, como escola, praça ou uma residência; o que em parte, diminui a frequência da realização dessa atividade.

Outro fator limitante foi a falta de uma unidade de referência do PSF, sentida pelas enfermeiras das equipes da zona rural e das que são lotadas em UBS fora da sua área adscrita.

*Nós precisamos de um posto de saúde, não é a coisa mais importante, mas é um fator limitante (E1)*

*Eu queria ter uma unidade só pra gente, até a liberdade da gente mesmo por mais que tenha boa relação fica meio limitado. Outra situação: quando marcamos palestras na unidade fica aquele tumulto de gente falando, o pessoal não presta atenção... (E3)*

*São duas equipes que trabalham aqui, num local que não foi projetado pra ser posto de saúde e ainda dividimos este espaço com duas equipes e outro serviço que funciona aqui (...) a gente fica revezando, trocando horário, um atende e o outro tá fazendo a visita; o médico vai embora e eu permaneço fazendo o atendimento. O meu problema é questão de condições de trabalho. (E10).*

*Dificulta a gente não ter um local de referência, um posto que a gente possa estar atuando. (E18).*

A deficiência de infra-estrutura mínima para o desenvolvimento das atividades leva a enfermeira a improvisar maneiras sutis de superar o cotidiano de carência de recursos materiais adequados para a realização das suas atividades.

*A gente sempre faz o pedido para a secretaria de saúde e ultimamente tem faltado material básico: canetas, caderno, papel, material de limpeza, basicamente isso, material que falta e atrapalha um pouco nosso trabalho. Nós passamos uns dois meses sem aparelho de pressão, pois eles desmantelaram e a secretaria enviou pra Teresina pra consertar e demorou pra voltar; hoje nós temos dois... O termômetro quebrou, eu pedi um, mas até agora não chegou, se chega uma criança pra vacinar e a gente suspeita que está com febre a gente manda embora. (...) Para realizar os curativos tem faltado material básico: soro, gazes, sempre vem, mas é em pequena quantidade e acaba logo. (E2).*



*Uma coisa que se está constatando dia-a-dia é a falta de material que dificulta o nosso trabalho interno, por exemplo, não temos folha para solicitação de exame, eu não posso solicitar nenhum exame em um pedaço de papel cortado e essa senhora que entrou aqui queria uma requisição para exame; não posso solicitar porque lá no laboratório não recebe, aí eu não solicitei. Prescrição ainda faço num pedaço de papel e é até ruim(...) e também não temos pinças e tesouras pra curativos e retiradas de pontos; na verdade mandamos voltar porque não tem material, dependendo do curativo já encaminhamos para o hospital. (E3)*

*Tem também a questão da dificuldade com relação a material pra você trabalhar, sempre falta e o tempo vai passando e você termina trabalhando desmotivado porque quer fazer e não tem como fazer. E às vezes improvisa e não tem qualidade. (E17).*

O deslocamento das equipes na e para a sua área adscrita é outro fator que limita como explica esses depoimentos:

*(...) nós não temos um transporte apropriado para ter acesso à comunidade, porque é uma Kombi e, diga-se de passagem, que é um carro, que eu até aprendi, não tem tração nenhuma, mas que não tinha pneu de estepe, nós trabalhávamos correndo risco de vida, né? Nós não tínhamos, principalmente no inverno, estradas com facilidade, porque o inverno danifica as estradas e a gente percebe que não tem manutenção e aí é que a gente vai ver essas questões, de nós não termos isso era primordial (...) (E12)*

*Nós temos uma busca ativa, mas é muito frágil, limita o nosso trabalho porque nós não temos um transporte específico da equipe de saúde, a gente usa o nosso transporte, quando é uma coisa mais fácil a gente resolve no da gente, mas quando não é a gente não dá seqüência no atendimento. (E4).*

No município apenas as equipes da zona rural têm um transporte a sua disposição e ainda é um problema para o desenvolvimento do trabalho pelo fato de muitas vezes não estar em boas condições e não ser o adequado para o acesso a algumas localidades. Na zona urbana a ausência de um transporte limita a atuação da equipe do PSF que utiliza seu próprio veículo para otimizar o deslocamento e o tempo disponível para as visitas domiciliares. A situação se torna mais agravante

quando se verifica que essas equipes fazem atendimento em várias localidades além da sede da unidade.

Então, a falta de transporte, equipamentos, medicamentos e a carência de outros insumos têm causado o não cumprimento de algumas das atividades programadas com uma certa frequência, o que compromete a credibilidade do programa e a relação com a comunidade.

Há ainda o problema do não atendimento de emergências nas UBS, preocupação de uma enfermeira do programa:

*Se chega um paciente na unidade com crise hipertensiva esse paciente não é colocado na unidade de saúde para o médico, a enfermeira fazer com que o paciente saia dessa crise, ele é encaminhado direto para o hospital e então, chega no pronto socorro do hospital paciente com crise hipertensiva que poderia ser corrigido no posto; paciente com crise de hipoglicemia também era pra ser corrigido no posto e manda pro hospital, diarreia, manda pro hospital; então, é esse serviço de urgência básica que a gente chama e que aqui não funciona de jeito nenhum. Dentro da unidade de saúde a gente não tem uma injeção para administrar no paciente se ele chegar com uma dor lombar, então, é encaminhado pro hospital, isso afeta muito e foge a um dos objetivos do PSF que é diminuir o fluxo de pacientes do hospital. São coisas para serem resolvidas dentro da unidade, mas só que não é... (E13).*

Numa unidade de referência do PSF devem existir a tecnologia e os equipamentos que permitam a solução dos problemas de saúde mais comuns numa comunidade, pois a organização da atenção básica proporcionada pelo PSF, objetiva entre outras situações, diminuir os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade e reduzir a procura direta ao atendimento de urgência e emergência. (BRASIL, 2001).

Essa situação relatada por uma enfermeira e observada na prática em diversas UBS é uma grave distorção de pontos básicos do PSF que são a

integralidade e a resolutividade. As unidades de saúde são responsáveis por toda a atenção básica das comunidades.

O PSF depende de articulação e da vontade política dos governantes das três esferas (municipal, estadual e federal). O incentivo do governo federal aos municípios, proporciona um crescimento quantitativo das equipes que não é acompanhado pelo crescimento dos recursos necessários para seu desenvolvimento.

Acresce-se a isso que o indicador de cobertura do Programa está em função do número de equipes e da população por ela acompanhada. Isso nos leva a pensar, com a realidade encontrada, que ter uma população definida por equipe nem sempre significa que essa população esteja assistida por ela.

Observa-se que a desarticulação política entre as esferas governamentais, emperra o desenvolvimento do Programa, porque acarreta o desabastecimento das unidades de saúde, a desmotivação dos trabalhadores e gera a descrença dos usuários.

As enfermeiras sentem necessidade de outros profissionais inseridos na equipe ou mesmo como referência para o encaminhamento do cliente. O profissional mais citado foi o Assistente Social e o Psicólogo; em alguns depoimentos o nutricionista foi lembrado. Estes profissionais não fazem parte da equipe proposta pelo Ministério da Saúde, no entanto alguns municípios têm ampliado a composição de suas equipes de PSF, quando há recurso financeiro e consideram pertinentes para a melhoria da atenção básica à saúde da população de seu município. O município de Floriano conta com uma Assistente Social e uma Psicóloga que não dão conta da demanda a que estão contratados.

Para obter resultados positivos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, capazes de desenvolver diferentes disciplinas.

Nesta perspectiva ação entre diferentes disciplinas pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas, além de procedimentos tecnológicos específicos da área de saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva. (BRASIL, 2001).

*Essa questão da droga lá na comunidade eu vejo que acontece de forma mais intensa, precisa de um profissional, não só o profissional médico, o enfermeiro, mas vai precisar de um psicólogo, de um assistente social porque tem coisas que são específicas; tem coisas que eu não entendo, que foge da minha alçada e como não tem quem faça a gente tem que seguir assim. (E1)*

*Nós fazemos atividades da assistente social, da nutricionista, psicólogo, a gente tenta resolver o problema do paciente na medida da nossa capacidade. Se a gente se sente capaz de resolver mesmo que não seja da enfermagem a gente dá um passo à frente e resolve, mas assim, isso é um fator que limita (...) aí a gente vai atrás e vê a situação na família, descobre que ela não tem renda ou a renda é muito baixa, tem alcoólatra, as condições de moradia, aí, como essa criança pode ter um desenvolvimento normal? A gente encontra um fator limitante porque não depende mais da gente (E4).*

*Você não tem uma casa de apoio, um serviço social que pudesse dar suporte. Então, são questões que infelizmente a gente sabe, mas que não pode resolver enquanto enfermeira, médica, equipe saúde da família, não tem como resolver. (E7)*

*(...) geralmente é problema familiar, teve discussão com o marido, com o filho, principalmente quando é final de semana descontrola a pressão... O que a gente pode fazer? É uma coisa que não depende da gente.*

*Acredito que precise de uma assistente social, um psicólogo porque limita muito... a gente fica sobrecarregado e sem saída. Tem muitos problemas de ansiedade, tem hipertenso, diabético, que quando a gente começa a conversar vê que é muita ansiedade, desentendimento familiar e uma consulta com o psicólogo aliviaria aquela tensão (...) fica tudo pra enfermagem. (E16).*

*A enfermeira cobre um pouco essa lacuna que falta, de virar um pouco nutricionista, de virar um pouco assistente social, de virar um pouco psicóloga, mas não é o ideal; o ideal é que fosse um programa abrangente, mas a gente sabe que o recurso que vem para o município é muito pequeno e não tem como o prefeito arcar, contratar esses profissionais (E18)*

A enfermeira reconhece suas limitações para lidar com algumas situações encontradas no seu cotidiano, expressando a necessidade do apoio de outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas para que se concretize a integralidade da assistência à saúde.

Acredita-se que as assistentes sociais no setor poderiam, através de sua identidade profissional, promover a articulação entre os usuários e demais trabalhadores de saúde no resgate da atenção de saúde como direito social, contribuindo para uma participação efetiva dos usuários e profissionais no controle social da saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis para construção da integralidade das ações precisa problematizar a forma de organização. Pois, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, diz Mattos (2001), “busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades”. Os serviços de saúde devem estar organizados para prover uma escuta ampliada das

necessidades de saúde e irem-se reordenando em ações e suportes técnicos, financeiros e operacionais. O desafio está em como fazer esta construção.

O PSF vem exigindo uma reorientação das práticas de saúde, que tem como base o modelo epidemiológico em Saúde Coletiva. Assim sendo, a enfermagem também tem se defrontado com o desafio de recriar um processo de trabalho que contemple objetos e finalidades coletivas e individuais. Isso significa ir além de mudanças na instrumentalização técnica, trata-se de inserir uma nova forma de operar em saúde, visando atender as transformações objetivas do perfil epidemiológico de uma população, mas, ao mesmo tempo articular intervenções junto ao cliente orientadas no ato de escutar, criar vínculo e atender às demandas coletivas e individuais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscou-se descrever, a partir da prática da enfermeira o seu trabalho nas equipes do Programa Saúde da Família, em Floriano (PI). As entrevistas e a observação direta da sua atuação como membro da equipe do PSF, permitiram apreender o trabalho no concreto e captar alguns fenômenos ocorridos no desenvolvimento do processo produtivo nas unidades de saúde.

Na perspectiva de discutir a atuação da enfermeira vale dizer que o trabalho é dinâmico, está em constante movimento, não é uma realidade neutra. Esta realidade é uma condição para que o trabalho seja construído, pois só a partir do momento em que o profissional de saúde exerce uma atividade material e se torna trabalhador, pode realizar o trabalho em suas diferentes interações com outros sujeitos que integram o processo de trabalho: indivíduo, família e comunidade.

Portanto, o trabalho em saúde, como processo coletivo, multiprofissional e interdisciplinar deve passar de um conceito teórico para uma formulação que correlacione a formação técnica de qualidade com a formação para o trabalho em saúde.

Há que se considerar que enfermeiras, médicos, dentistas, técnicos e agentes comunitários de saúde das equipes do PSF de Floriano têm formações diferentes, vêm de classes sociais diferentes, têm história de vida e visões de mundo diferentes. Alguns possuem especializações, outros treinamentos na área de Saúde Pública e ainda outros, nenhuma coisa nem outra. Com esse perfil são inseridos em uma equipe do Programa e desenvolvem relações de trabalho que se pressupõem tornar-se uma equipe com objetivos comuns, que pode realizar um trabalho que

teoricamente está embasado na compreensão de conceitos sobre saúde, equipe, participação popular entre outros; conceitos ampliados, abstratos e incompreensíveis para muitos.

Frente a esses aspectos, os conflitos, as divergências e os interesses corporativos são evidenciados e a realização dos objetivos do trabalho em saúde é colocada em segundo plano, às vezes levando a um distanciamento das reais necessidades da população.

Em um país com tantas desigualdades e políticas sociais de baixa resolutividade e fragmentadas, não se deve esperar que trabalhadores com formações diferentes, muitas vezes insuficientes ao que é preconizado pelo SUS, consigam realizar uma assistência integral. Entretanto, esta deve ser a meta alvejada e para consegui-la se faz necessário que gestores, trabalhadores e usuários em Floriano avaliem o trabalho das equipes a todo o momento.

A implementação de um leque de ações de saúde coletiva no município vai configurando um modelo de assistência em que a oferta de serviços se dá por ações programadas, enquadrando a demanda espontânea a oferta organizada em função dos principais agravos e de grupos populacionais prioritários (gestantes, crianças, hipertensos, idosos, diabéticos, etc). Suas ações são basicamente produtivistas e pré-estabelecidas.

O município no processo de territorialização se configura em 23 áreas e 138 microáreas, possibilitando assim o planejamento das ações de saúde tendo como referência uma base populacional específica. O enfoque epidemiológico é implementado através de ações de vigilância e controle de riscos – controle de tuberculose, da hanseníase, da hipertensão arterial sistêmica, da diabete mellitus,



controle da saúde da mulher e da criança, da cobertura vacinal, da notificação de agravos e casos de surtos, da investigação epidemiológica, da busca ativa de casos.

Não foram todas as enfermeiras que estabeleceram uma relação direta do Programa com a melhoria dos indicadores de qualidade de vida do município. Esse fato leva as enfermeiras se submeterem acriticamente ao modelo institucionalizado, transformando em retórica, a promoção da saúde/educação em saúde, assistência integral de saúde/assistência básica de saúde. No cotidiano da prática, na maioria das vezes, não se consegue identificar a apropriação e a materialização desse discurso e de seus conceitos.

Observou-se na prática das enfermeiras um encontro pouco significativo em termos de participação ativa e crítica com a população atingida pelas reuniões ditas para educação em saúde. Por trás do termo palestra faz-se uma leitura de uma abordagem clássica, onde os conteúdos são despejados sem interação com o indivíduo que está recebendo aqueles conhecimentos, ou seja, um monólogo sem grandes possibilidades de troca. A abordagem para trabalhar essa clientela deve propiciar um espaço interativo, onde o diálogo resgate reflexões, motive ações e incentive a presença dos sujeitos nas reuniões educativas das equipes.

Apesar das diretrizes nacionais e das determinações municipais com relação à Saúde da Família em nível local, as práticas não mudaram, pois existe uma contradição do que é proposto como modelo de assistência à saúde e do que realmente se estabelece na realidade das unidades de saúde do município. As ações de promoção não permeiam o trabalho das equipes.

Este estudo mostrou que as enfermeiras, se por um lado querem encontrar estratégias para intervir na realidade de saúde, ainda mantêm, por outro lado, uma

prática cotidiana voltada para ações pré-estabelecidas e cuidados quando a doença já está instalada.

As concepções que fundamentaram a organização da assistência à saúde centrada na assistência individual e curativa, estão ainda presentes, apesar dos conflitos e lutas para se estabelecer uma nova forma de agir em saúde.

As enfermeiras no PSF possuem autonomia profissional, apesar de a Enfermagem enfrentar avanços e retrocessos. Isso ocorre quando elas reiteram o modelo curativo, priorizando ações de atendimento individual e se afastam de ações que lhe são exclusivas, como a sistematização da assistência de enfermagem.

Uma das grandes dificuldades percebidas no que diz respeito à construção da prática da enfermeira no PSF é a quantidade de tarefas no cotidiano. A prática produtivista que impossibilita um espaço de reflexão no cotidiano. Ficou constatado que a maioria das enfermeiras dedicava bastante tempo ao atendimento clínico. Somadas a essas atividades, desempenhavam ações de caráter gerencial e administrativo, incluindo-se capacitação e supervisão do ACS em campo, e, algumas vezes, participação em reuniões com a comunidade.

Embora haja redução do índice encontrado para atividades administrativas em relação aos encontrados por outros autores, ainda é grande a sua influência no trabalho da enfermeira nas UBS, são atividades direcionadas para a organização do espaço físico e no controle dos trabalhadores da unidade de saúde.

Em relação às condições de trabalho as equipes atendem freqüentemente em lugares sem a menor condição de realizar adequadamente um exame clínico do cliente. Além do mais, o enfrentamento de dificuldades como a falta de transporte, equipamentos, medicamentos e carência de outros insumos.

O PSF no município ainda não efetivou mudanças que se apliquem ao conjunto dos recursos humanos necessários ao seu desenvolvimento. A inexistência de um plano de Cargos e Salários, que minimize as diferenças salariais, atua como fator inibidor dessas mudanças. Identificou-se que a possibilidade de um trabalho integrador de ações e saberes, resolutivo, integral com co-responsabilidade de todos os integrantes só se constrói, quando o trabalho não se diferencia, através dos vínculos e das remunerações, para trabalhadores que compartilham o mesmo grau de responsabilidade.

Observou-se que algumas enfermeiras, devido à baixa remuneração, tendiam a buscar outras fontes de renda, isso demonstra que o vínculo com o PSF não é de tempo integral. Pode-se inferir que a dedicação em tempo integral proporcionaria uma relação de trabalho de maior qualidade, conseqüentemente uma assistência mais adequada à população, como é preconizado pelo PSF. Os gestores municipais reconhecem que o que pagam não dá para a sobrevivência dos profissionais e, portanto, não exigem o cumprimento da jornada de trabalho de 40 horas semanais como está previsto para o município.

A enfermeira do PSF de Floriano amplia sua jornada de trabalho se desdobrando em vários empregos, ressaltando um aspecto preocupante, pois como trabalha em excesso, o profissional reduz o tempo que poderia ser destinado à atualização e quando não ao repouso e lazer necessários para ter-se profissionais supostamente saudáveis, em condições de desenvolver melhor suas funções com qualidade.

Outro aspecto identificado no estudo foi a questão da ausência de vínculo empregatício formal com a prefeitura do município, merecendo ser revista a forma de contratação do profissional, para que o mesmo se sinta estimulado a trabalhar com

segurança. Entende-se este fato como um agente que poderá interferir na prática da enfermeira no PSF. Parte-se do pressuposto que profissional valorizado profissionalmente desenvolverá com mais qualidade, eficiência e eficácia aquilo que se propõe e é esperado pela sua gerência.

A formação/capacitação das enfermeiras que atuam no PSF de Florianópolis destacou-se como outra questão de grande relevância. Ao abordar o assunto a maioria das enfermeiras deixou claro que durante a graduação não receberam a formação adequada para atuar na atenção básica.

Reconhece-se a necessidade urgente de oferta regional dos cursos de pós-graduação, em especial na área de saúde da família, para que os profissionais possam realizá-lo no próprio município onde trabalham, caso contrário a especialização passa a ser fator limitante para o desenvolvimento do programa.

Ao analisar a realidade da oferta de curso de especialização não significa que se considera toda a competência neste fato, mas esta formação tem se mostrado importante, como uma oportunidade de qualificação quando não de adquirir conhecimentos não obtidos na graduação e que contribuem de forma positiva na prática profissional.

Há de se considerar que tais dificuldades não podem ser de todo imputadas às enfermeiras, pois estão relacionadas aos diferentes aspectos políticos, institucionais, sociais e da preparação/aperfeiçoamento de pessoal, concretizadas em uma rede básica de saúde constituída por unidades desprovidas de recursos adequados e de incentivos políticos e organizacionais.

O PSF, suas diretrizes de atuação e seus propósitos de melhoria da saúde da população, com certeza, levam mudanças ao nível de atenção básica, porém isso não é um processo isolado. A atenção básica influencia e é influenciada pelos níveis

secundários e terciários de atenção. Dessa forma, o desenvolvimento do PSF em Floriano deve ser revisto, avaliado e articulado entre os diversos setores da sociedade para a busca de soluções coerentes com a realidade do setor saúde do município.

As transformações necessárias na atenção básica, a partir do Programa Saúde da Família, só serão possíveis, visíveis e concretas quando o PSF cobrir a maior parte da população da cidade com ações de promoção e assistência integral à saúde. Isso requer mudanças na capacidade instalada das UBS, nos recursos humanos e nos materiais necessários ao desenvolvimento do PSF, bem como no sistema de referência do município.

O sucesso e os resultados dependerão do envolvimento dos profissionais na construção das iniciativas de mudanças, bem como no acompanhamento e apoio no sentido de sua sustentabilidade. Espera-se com isto uma melhor compreensão por parte dos profissionais de saúde da importância e do grau de colaboração necessária para o fortalecimento das políticas de saúde em Floriano.

Em síntese, as enfermeiras revelam que se sentem valorizadas, começam a ter o seu trabalho reconhecido pela comunidade e têm mais autonomia em sua área de atuação. Encontram dificuldades nas articulações interdisciplinares e intersetoriais na integralidade da atenção para a continuidade da assistência ao cliente e à família. Como dificuldade ressalta-se ainda como proceder diante de situações sociais como droga, violência e desemprego que tem repercussão na saúde das pessoas, sinalizando a necessidade de outros profissionais na equipe.

É importante ressaltar que dentre as atividades de saúde que passaram a ser realizadas com o início do PSF destacam-se as desenvolvidas pelas enfermeiras, pois antes da implantação do programa predominavam as ações médicas.

O resultado do estudo permitiu concluir que o PSF, em Florianópolis, ampliou o campo de atuação para a enfermeira na atenção básica, mas não constitui uma nova prática, embora tenha se identificado nas consultas de enfermagem no pré-natal e para hipertensos e diabéticos, uma prática diferenciada na qual o cliente é privilegiado como espaço para a instituição de vínculos.

Contudo, precisam repensar as suas práticas a partir dos princípios que norteiam o SUS para viabilizarem novas formas de atuação na rede básica de saúde de forma a permitir a construção do Sistema Único de Saúde na sua totalidade em Florianópolis.

Portanto, a análise das categorias abordadas neste estudo não constitui em si, uma resposta dada, pois a realidade é dinâmica e transformada com as nossas ações. Sabe-se que qualquer intenção de terminalidade em um estudo sobre práticas sociais torna-se irreal. Entretanto pode-se admitir que, no momento, esta pesquisa atingiu seu objetivo e permitiu abrir possibilidades para muitos outros estudos que possam alcançar e transformar a dinâmica das relações do homem com a sociedade, com a natureza e com a própria vida.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazile. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, M. C. P. de. **O Trabalho de Enfermagem e sua Articulação com o Processo de Trabalho em Saúde Coletiva: Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto**. Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, janeiro, 1991.

\_\_\_\_\_; Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M. (org.). **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-26.

\_\_\_\_\_; ROCHA, Semiramis Melani Melo (org.). **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

\_\_\_\_\_; *et all.* O Trabalho de enfermagem e sua Articulação com o processo de trabalho em Saúde Coletiva – rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M. (org.). **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 61-112.

\_\_\_\_\_. *et. all.* A Classificação internacional da prática de enfermagem em saúde coletiva no Brasil: CIPESC/ICN/ABEn e o processo de trabalho. In: CHIANCA, T.C.M. & ANTUNES, M.J.M. (orgs.). **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil – CIPESC/Brasil**. Série Didática – Enfermagem no SUS. Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p.46 – 56.

ALMEIDA, Ana Clementina Vieira. **Mudanças globais, repercussões locais: os impasses e os limites na gestão dos serviços de saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2001.

ALVES, M. PENNA, CMM. BRITO, MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF) 2004; jul/ago; 57(4):441-6.

ANDRADE, Francisca Maria. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 1998.

ANTUNES, MJM. **O Enfermeiro e a Integralidade da Assistência de Enfermagem na Rede Básica do sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. 1996.

BARATA, R.B. os desafios da teoria e da práxis da saúde coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**. 6(1): 20-21, 2001.

BRASIL. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Resolução N° 196/96. Brasília: C.N.S. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde – Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santafé de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS 545 de maio de 1993. **Norma Operacional Básica 01/93**. Atos Normativos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.b.

2. BRASIL. **Lei no 9.394**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. 20 dez. 1996 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília. 1997.a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB/SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: educação permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, jun. (Caderno 3). 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. Divisão de Imprensa. **Ações do Ministério da Saúde: janeiro a junho de 2000**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2002/2003**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BIRMAN, Joel. A physis da Saúde Coletiva. **Physis Revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 7 – 11. 1991.

BODSTEIN, R.C. É Preciso avançar o pensamento crítico e criativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 30-32, 2001.



BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. 5(1):163-77, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230. 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.; MERHY, Emerson Elias.; NUNES, Everardo Duarte. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CAMPOS, C. E. A. O Desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8 n.2, p.569-584. 2003.

CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva. In: **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

\_\_\_\_\_, Ana Maria. Saúde coletiva: sujeito e sociedade: comentário sobre uma proposta. **Ciências & Saúde Coletiva**. 6(1): 24-27, 2001.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI JR. Luiz. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JR, Luiz. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL. 2001.

CARVALHO, A. I.D. Saúde Pública às Políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 104-121. 1996.

CARVALHO, Brígida G. A doença da saúde tem cura. **Revista Saúde em Debate**. CEBES. N. 35, p.30 – 32, julho, 1992.

CAMPEDELLI, M. C. **Consulta de Enfermagem ao binômio mãe-filho: análise das condutas de Enfermagem**. Tese (doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1986.

CASTELLANOS, B. E. P. Teoria do autocuidado de Dorothea Orem. In: Campedelli, M.C. (org.) **Processo de Enfermagem na Prática**. São Paulo: Ática; 1989. p. 43-56.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

CHIESA, ANA MARIA; FRACOLLI, LAISLAINE Aparecida. O trabalho sos Agentes Comunitários de Saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família: especial**, 2004. p.42-49.

CIAMPONE, Maria Helena T.; PEDUZZI, Marina. Trabalho em Equipe e Trabalho em Grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. V(53); n. especial, dez, 2000. p.2000.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez Editora, 1998.

COHN, A. saúde coletiva: em busca da identidade. **Ciências & Saúde Coletiva**. 6(1): 21-24, 2001.

CORBISHLEY, A. C. M. **Trabalho de enfermagem no processo de construção de um modelo assistencial em saúde coletiva**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. 1998. 305f.

CZERESNIA, D. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2003. Cap. 7, p. 141-159.

DONNANGELO, M. C. F. PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. 2<sup>a</sup> ed: São Paulo: Livraria Duas Cidades. 1979.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone Editora, 1996.

\_\_\_\_\_. Pesquisar para Evoluir? Pesquisar para superar! In: Encontro Internacional Pesquisa em Enfermagem: uma questão de saúde. **ANAIS**. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1992. p.141-151.

FAUSTINO, Regina L.H. *et al.* Caminhos da Formação de enfermagem. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**. jul/ago; 56(4):340-342. 2005.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O Cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF de Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**. Abril/junho. v(10) n.2. 347-355. 2005.

FINKELMAN, Jacobo. O Brasil atravessa uma transição epidemiológica. Entrevista. **Saúde do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 2-7, dez., 2002.

FIGUEIRÓ, Ana Claudia. *et all.* A Avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: FREESE, Eduardo(org). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Editora Universal da UFPE. 2004.

FRANCO, T.B. MERHY, E.E. O Uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do Serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY, E.E. *et al.* **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo. HUCITEC., 2003.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 21ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1979.

GELBCKE, F.L. Trabalho da enfermagem: o caso brasileiro. **Anais do 55º CBen**. Rio de Janeiro. 2003. (1-17).

GOMES, Elizabeth L.R. *et al.* Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M. (org.). **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-259.

GUITTON, B. et al. **A Passagem pelos Espelhos: a construção da identidade profissional do enfermeiro**. Niterói: Ed. Intertexto, 2002.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 32 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 1996.

KALINOWSKI, Carmen Elisabeth. O Trabalho da enfermeira na rede básica de saúde. In: ZAGONEL, I.P.S. et al.(Org.). **Experiência de Enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba: Subsídios para a Sistematização do Processo de Cuidar em Saúde Coletiva**. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem: série didática: Enfermagem no SUS. ABEn; 2004. p. 17-57.

KONDER, Leandro. **O Que é Dialética**. 15 ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. 2ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra A/S. 1995.

LEOPARDI, M. T. **Entre a Moral e a Técnica: ambigüidades do cuidado de enfermagem**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994.

LEOPARDI, M. T. (org). **Processo de trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

LEVCOVITZ, Eduardo; Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 269-291, 2001.

LUNARDI FILHO, W. D. **O Mito da Subalternidade do Trabalho da Enfermagem à Medicina. Pelotas**: Ed. Universitária-UFPEL/Florianópolis: UFSC, 2000.

MACHADO, M. Helena. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. et. al. (org). **Observatório de recursos humanos em saúde: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MACHADO, Maria Helena (org). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, v. III – Região Nordeste. 2000.

MARX, Karl. O Processo de Trabalho e o Processo de Produzir mais Valia. In: O Capital: críticas da economia política. 15ed. Rio de Janeiro: Bertyrand Brasil, 1996. p.201-223.

MATTOS, Rubens Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Rubens Araújo de. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2001.

MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana Martins; PINTO, Ione Carvalho. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17. n. 1. Rio de Janeiro, jan./fev. 2001.

MELO, Cristina Maria Meira de. **Divisão do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, Série Saúde e sociedade. 1987.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Processo de Trabalho em Saúde**. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo. 1988.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário. O processo Social de Mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994. p.19-91.

\_\_\_\_\_ . **Uma agenda para a saúde**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (coordenador). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2002.

MERHY, Emerson. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio , L. (org.). **Inventando a mudança da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-160.

MERHY, Emerson. O SUS e um dos seus dilemas: do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: CEBES, 1997.

MERHY, E.E. *et al.* **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo. HUCITEC, 2003.

MISHIMA, Silvana Martins et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA & ROCHA. **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora. 1997, p. 251-296.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 3ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. (organizadora). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 8ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1998.

\_\_\_\_\_. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6(1): 7-19, 2001.

\_\_\_\_\_. M. C. S. *et al.* Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6(1): 7-17, 2000.

NIETSCHE, Elisabeta; BACKES, Vânia M. S. A Autonomia como um dos componentes básicos para o processo emancipatório do profissional enfermeiro. **Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 153-174. Ago/Dez. 2000.

NUNES, Everardo D. Duarte. Saúde coletiva: História de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**. n. 3, p.5-21. 1995.

\_\_\_\_\_. Um problema não resolvido: estruturas sujeitadas ou sujeitos estruturados. **Ciências & Saúde Coletiva**. 6(1): 44-46, 2001.

NOGUEIRA, L. T. **A trajetória da Enfermagem Moderna no Piauí: 1937-1977**. Tese (doutorado), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

NOGUEIRA, R. P. O Trabalho em Serviços de Saúde. In: OPAS. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema de Saúde**. Brasília: OPAS, 1997. p.182-186.

NORONHA, José Carvalho de. SOARES, Laura Tavares. A Política de Saúde no Brasil nos Anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 445-450. 2001.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, 35 (3): 3003-311, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. v. 35, n. 1, p.103-109. fev. 2001.

PEREIRA, Maria José Bistafa *et. al.* O Processo de trabalho da enfermagem na rede básica do SUS – Parte II. In: GARCIA, T. R., NÓBREGA, M. M. L. **Sistemas de Classificação da Prática de Enfermagem: um trabalho coletivo**. Série Didática – Enfermagem no SUS. Associação Brasileira de Enfermagem. 2000. p.75-82.

PIERANTONI, C. R. As Reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6(2): 25-45, 2001.

PIRES, Denise. **Hegemonia Médica na Saúde e na Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PIRES FILHO, F. M. O que é saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. V.3, n.1, p.62-70, 1987.

RESENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1986.

ROCHA, J. B. B. **A Prática do Técnico de Enfermagem Egresso do Campus Amílcar Ferreira Sobral no Hospital Regional de Floriano**. Dissertação (mestrado), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

ROCHA, J. S. Y. A Saúde coletiva e a dialética. **Ciências & Saúde Coletiva**. 6(1): 36-39, 2001.

SOARES, Laura Tavares. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.453, n. especial, p.17-24, dez, 2000.

SABÓIA, V. M. **Práticas Discursivas de Enfermeiras sobre Educação em Saúde: a arte de talhar pedras**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

SAUPE, Rosita; NAKAMAE, Djair Daniel. A Dialética Materialista na Concepção Progressista da Realidade. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 30-44, jan/jun. 1994.

SOUZA, Heloísa Machado de. A Estratégia de saúde da família no Brasil. **Jovem Médico**, v.1, p.11-14, 1999.

TEIXEIRA, Carmen (org). **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva. 2002.

TEIXEIRA, S.M.F. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In: NUNES, E.D. (org). **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília, 1985.

TRIVIÑOS, Augusto N. Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas. 1994.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. DAL POZ, Mário Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 8, n.2, 1998.

YONGERT, Ina. Enfermagem na Bélgica. In: 41º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. **ANAIS**. Florianópolis, SC: ABEn, set. 1989. p. 133-144.

XAVIER, Iara de Moraes et al. Subsídios para a Conceituação da Assistência e enfermagem Rumo à Reforma Sanitária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.40, n. 2/3, p.177-80, abril/set. 1987.

## **ANEXOS**



**ANEXO Ia****FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS  
DE SAÚDE DE FLORIANO**

Nome da unidade de saúde:

Endereço:

Área de abrangência:

Início de funcionamento:

Dias de funcionamento:

Horário de funcionamento:

Setores da unidade de saúde (Identificação do setor e espaço físico disponível para desenvolver as atividades):

- Sala de espera, Consultório médico, Sala de enfermagem, Consultório odontológico, Sala de imunização, Sala de curativo, Sala para aplicação de injeção, Sala de arquivo;

Recursos humanos (Categoria e quantitativo):

- Médicos, Enfermeiros, Odontólogos, Técnicos de enfermagem, Auxiliares de enfermagem, Agentes de saúde; Agente administrativo, Auxiliar de serviços gerais;

## ANEXO Ib

**CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FLORIANO (PI)  
MAIO 2004**

	MANGUINHA	JUÁ	CATUMBI	PAM	VIANA CARVALHO	PEDRO SIMPLICIO	DIRCEU ARCOVERDE	PAULO KALUME	BOSQUE <sup>10</sup>	CAMILO FILHO
Ano início funcionamento	1997	1980	1991	1970	1984	1996	1984	1989	2001	1998
nº de famílias que atende	961	803	1.226	582	635	1113	760	947	709	452
horário de funcionamento	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'	7:00' – 18:00'	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'
<b>SETORES DA UNIDADE</b>										
Sala de espera	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	salão igreja	sim
Consultório médico	01	01	01	01 PSF+vários	01	sim	01	01	sacristia	sim
Consultório Enfermagem	00	01	00	01	não há	não há	01	00	sacristia	sim
Consultório odontológico	não há	01	01	01 PSF+01 PAM	01	01	01	sim	não há	sem funcionar
Sala de imunização	não funciona	01	01	01	01	01	sim	sim		sim
Sala de curativo	mesma curativo	mesma injeção	mesma injeção	na recepção	mesma injeção	mesma injeção	mesma injeção	mesma injeção		
Sala aplicação de injeção	mesma injeção	mesma injeção	mesma injeção	na recepção	mesma curativo	mesma curativo	mesma curativo	mesma curativo		sala de espera
Sala de arquivo	não há	não há	não há	não há	não há	não há	não há	sim	sacristia	não há
Farmácia + almoxarifado	não há	01	não há	não há	não há	não há	não há		não há	não há
banheiro	02	02	03	sim	02	02	02	02	-	não há
outros setores	copa;	copa,	copa, lavanderia, laboratório		copa	copa;	copa,	copa	-	-

RECURSOS HUMANOS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS
Nº médicos	01	00	01	00	01	01 <sup>11</sup>	01	10 <sup>12</sup>	02	00	01	01	02	00	01	00	01	00	01	00
Nº de enfermeiros	01	00	01	00	01	00	01	00	02	00	01	00	02	00	01	00	01	00	01	01
Nº de dentistas	00	00	01	02	01	03	01	02	02	03	01	01	01	03	01	04	00	00	00	00
Nº técnicos enfermagem	00	00	01	01	01	00	01	02	03	01	01	01	02	02	01	01	01	00	01	01
Nº auxiliares enfermagem	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00
Nº auxiliar dentista	01	00	01	00	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	00
Nº agentes de saúde	08	-	07	00	08	00	05	00	11	00	07	00	12	00	08	00	06	00	05	00
Nº agente administrativo	00	02	00	01	00	01	00	08	00	01	00	01	00	02	00	01	00	00	00	00
Auxiliar serviços gerais	00	01	00	03	00	03	00	07	00	02	00	03	00	03	00	02	00	01	00	00
outros	00	00	00	00	00	03	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

<sup>10</sup> Funciona em uma pequena Igreja do Bairro; em 2005 a equipe foi transferida para o PAM

<sup>11</sup> 01 ginecologista (atende duas tardes na semana)

<sup>12</sup> 02 pediatras; 02 obstetras; 03 clínico geral; 02 cardiologistas e 01 gastroenterologista.

	PAULO MARTINS	CAIXA D'AGUA	FUNASA	GUIA	LEONARDO DUDIMA	VEREDA GRANDE	AMOLAR	BOQUEI-RÃO	V.GRAN-DE II <sup>6</sup>	MORRI-NHO <sup>6</sup>	L3 <sup>6</sup>
Ano início funcionamento	2003	1976		1985	1984	1985	1984	1985	-	-	-
nº de famílias que atende	828	970	706	311	264	241	342	321	199	258	325
horário de funcionamento	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'	7:00' – 18:00'	7:30'-11:30' 13:30'-17:30'	3 dias semana	3 dias semana	3 dias semana	3 dias semana	3 dias semana	3 dias semana	3 dias semana

SETORES DA UNIDADE											
Sala de espera	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	N	N	N
Consultório médico	01	01	01 PSF + 02 FNS	01	sim	sim	sim	sim	A	Ã	Ã
Consultório Enfermagem	01	01	01 + 01 TE <sup>13</sup>	01	não há	sim	sim	sim	O	O	O
Consultório odontológico	não há	01	01	01	sim	não há	sim	não			
Sala de imunização	não funciona	01	01	não funciona	não há	não há	não há	não há	T	T	T
Sala de curativo	mesma injeção	mesma injeção	sim	mesma injeção	não há	não há	não há	não há	E	E	E
Sala aplicação de injeção	mesma curativo	mesma curativo	mesma vacina	mesma curativo	não há	não há	não há	não há	M	M	M
Sala de arquivo	não há	não há	sim	não há	não há	não há	não há	não há			
Farmácia + almoxarifado	sim	não há	sim	não há	não há	não há	não há	não há	U	U	U
banheiro	02	02	02	02	02	02	01	01	B	B	B
outros setores	copa;	copa, lavanderia	direção; reunião; secretaria; copa	copa	copa	copa		copa	S	S	S

RECURSOS HUMANOS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	UBS	PSF	PSF	PSF
Nº médicos	01	00	01	01 <sup>14</sup>	00	01	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	01	01
Nº de enfermeiros	01	00	01	00	01	00	00	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	01	01
Nº de dentistas	01	00	01	02	01	00	01	01	01	00	01	00	01	00	01	00	01	01	01
Nº técnicos enfermagem	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	01	01
Nº auxiliares enfermagem	00	00	01	00	00	00	00	01	00	00	00	01	00	00	00	01	00	00	00
Nº auxiliar dentista	00	00	01	00	01	01	00	01	00	00	04	00	00	00	01	01	01	01	01
Nº agentes de saúde	08	00	09	00	05	00	04	00	03	00	00	00	04	00	04	00	04	04	05
Nº agentes administrativos	00	00	00	02	00	02	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Auxiliar serviços gerais	03	00	00	01	00	02	02	00	00	01	00	01	00	00	00	01	00	00	00
outros	00	00	00	01 <sup>15</sup>	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

<sup>13</sup> 01 sala para o técnico de enfermagem do PSF

<sup>14</sup> 01 clínico geral (atende duas tardes na semana)

<sup>15</sup> 01 fonoaudióloga (atende duas tardes na semana)

## ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Item IV)

Eu, *Jesanne Barguil Brasileiro Rocha*, estou desenvolvendo um estudo intitulado: O Trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde em Floriano-PI, cujo objetivo é analisar **o Trabalho da enfermeira no contexto dos serviços de saúde coletiva no município de Floriano-PI.**

Gostaria de contar com sua colaboração neste estudo, participando de entrevistas previamente agendadas e aceitando a observação do seu trabalho no dia-a-dia, nas unidades de saúde e na comunidade. Não haverá identificação da sua pessoa, nem riscos, nem desconfortos, nem ônus. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

A sua participação é voluntária, e você poderá interrompê-la ou cancelá-la a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os resultados do estudo serão utilizados na minha tese de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ e serão divulgados em eventos científicos e publicados em periódicos, preservando o seu anonimato.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do orientador da pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradeço,

***Jesanne Barguil Brasileiro Rocha***  
Prof. CAFS / UFPI

Prof. Ms. Jesanne Barguil Brasileiro Rocha  
CAFS/UFPI  
Endereço: Rua Elias Oka, 1333 Floriano – PI –  
BR  
Telefone: (89) 522-2022  
Horário: 14h às 18 h

Prof. Dra. Regina Célia Zeitoune – EEAN/UFRJ  
Rua Pereira de Siqueira, 20 apto. 101  
Tijuca Rio de Janeiro – RJ – BR  
Telefone: 021.2567.5310  
Horário: 14h às 17 h

Após ter sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre todos os aspectos que envolvem esta pesquisa, dou meu consentimento de participação, na certeza da garantia do anonimato, autorizando a gravação em fita cassete, sabendo que poderei desistir a qualquer tipo de punição ou constrangimento.  
Floriano(PI), \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura d(a) Participante



## **ANEXO V**

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

- ✓ Quais atividades você desenvolve no seu dia-a-dia de trabalho?
  
- ✓ Como você percebe o seu trabalho na atenção básica de saúde em relação à equipe de saúde da unidade?
  
- ✓ Quais os fatores facilitadores e os limitantes que você encontra para desenvolver o seu trabalho?

## ANEXO VI

### ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA

OBSERVAR E ANOTAR:

- ✓ As atividades desenvolvidas pela enfermeira na Unidade Básica de Saúde.
  - Assistenciais
  - Ensino
  - Administrativas
  
- ✓ As atividades desenvolvidas pela enfermeira na comunidade.
  - Visita domiciliar
  - Educação em saúde
  
- ✓ Como se dá o trabalho da enfermeira e sua relação com o trabalho dos outros profissionais de saúde.
  - Sobrecarga
  - Atividades de outros profissionais