

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM
E SAÚDE**

**TRABALHO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A
PARTIR DAS DIRETRIZES DO SUS: olhar socialmente elaborado
pelas Enfermeiras.**

Daniela Márcia Neri Sampaio

**JEQUIÉ-BA
2010**

DANIELA MÁRCIA NERI SAMPAIO

**TRABALHO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A
PARTIR DAS DIRETRIZES DO SUS: olhar socialmente elaborado
pelas enfermeiras.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela.

**JEQUIÉ-BAHIA
2010**

S182 Sampaio, Daniela Márcia Neri.
Trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS: olhar socialmente elaborado pelas enfermeiras/Daniela Márcia Neri Sampaio. - Jequié, UESB, 2010.

122 f. il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010. Orientadora Profª. DSc. Alba Benemerita Alves Vilela.

1. Saúde da família – Enfermagem 2. Saúde da família – Representações sociais I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD 610.73

FOLHA DE APROVAÇÃO

SAMPAIO, Daniela Márcia Neri. **TRABALHO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DAS DIRETRIZES DO SUS: olhar socialmente elaborado pelas Enfermeiras**. 2010. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde: área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Prof^a. DSc. Denize Cristina de Oliveira
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Prof^a. DSc. Cristina Setenta Andrade
Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC

Jequié/BA, 25 de novembro de 2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às enfermeiras que atuam na Estratégia de Saúde da Família do município de Jequié, em especial as que atuam por acreditarem que é possível fazer a diferença num universo de tanta diversidade/interesses que é o SUS.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por ser o meu existir, o ar que respiro, a verdadeira essência do amor que guia os meus passos, obrigada Senhor pela minha VIDA;

À minha mãe, **Joselita**, por ser essa mulher lutadora, batalhadora e que está sempre ao meu lado acreditando no meu potencial, estimulando e encorajando os meus passos, obrigada minha mãe por seu exemplo de vida;

Aos meus filhos, **Davi, Dan e Ravi**, que souberam entender os momentos de ausência, que sempre me acolhiam com Amor, Carinho, me ajudando a “desestressar”. Obrigado e saibam que eu amo vocês;

Ao meu marido, **Natanael Júnior**, por estar sempre ao meu lado, encorajando, estimulando, segurando as “pontas”, dando amor e carinho para que o caminhar fosse mais florido. Obrigado, amo você;

À **Joelma**, babá dos meus filhos, saiba que você colaborou para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

À prof^a. DSc. **Alba Benemerita Alves Vilela**, minha orientadora, pelos ensinamentos, compreensão e atenção que possibilitaram a realização deste trabalho. Muito obrigada!

À **Vilara**, amiga, comadre, pró e 1001 outros adjetivos que possa achar para caracterizar a sua importância na realização desse trabalho. MUITÍSSIMO obrigado!

Ao prof^o. DSc. **José Maximiliano Henríquez Sandoval** (in memória), por um dia ter sonhado com esse Programa de Pós-graduação, e por me fazer acreditar que pesquisa não é “um bicho de sete cabeças”, mas sim, algo muito prazeroso. Muito obrigado!

À **Aline**, amiga/irmã, dedicada, que estive ao meu lado na maioria dos trabalhos, me fazendo ver que a calma e a paciência são dádivas, e que temos que buscá-las para que tudo se processe bem na construção do conhecimento e da nossa vida;

Às colegas de trabalho, **Flávia, Maristella e Vanda**, pela atenção dedicada e pelo incentivo. O meu muito obrigado!

A todos os **docentes do programa**, na figura da prof^a **Rita Boery**, coordenadora do programa, por terem dado continuidade a esse sonho e tê-lo tornado realidade. Valeu à pena;

Aos docentes que ministraram disciplinas, prof^a **Adriana**, prof^a **Alba**, prof^a **Ana Cristina**, prof **César**, prof^a **Edite**, prof **Eduardo**, prof **Fábio**, prof^a **Luzia**, prof^a **Rita Boery**, prof^a **Vilara** e prof^a **Zenilda**, o meu muito obrigado pelo conhecimento compartilhado;

À **Stela Santos Souza**, secretária municipal de saúde de Jequié, pelo estímulo, entusiasmo ao ver meu nome vencendo cada etapa da seleção, além de possibilitar a minha liberação para cumprir o programa. Muito obrigada;

Aos **Colegas discentes**, pela oportunidade de conhecê-los e compartilharmos desse momento tão especial e importante em nossas vidas. Nós somos os primeiros;

À Colega, **Isaiane**, pelo empenho na publicação de trabalhos e pelo incentivo na confecção dos mesmos, saiba que foi muito bom trabalharmos juntas;

Aos colegas que juntos conseguimos vencer as disciplinas, **Washington, Helka, Eliane, Fabrício, Gleiton, Mara**. Cresci muito ao trabalhar com vocês, muito obrigado!

Aos **funcionários do mestrado**, pelo apoio. Muito obrigado!

Aos **trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família**, pelo carinho e receptividade, que sem dúvida, ajudaram na realização deste trabalho. Muito obrigado;

Às **enfermeiras**, pois sem a colaboração, o acolhimento, a disponibilidade e a atenção de vocês este trabalho não seria possível. Muito obrigada;

Aos bolsistas **Fernando e Elzo**, que colaboraram na coleta de dados deste estudo, num momento especial de minha vida, pois estava chegando a hora do nascimento do meu filho Ravi. O meu muito obrigado;

À **todos** que de alguma forma contribuíram para o sucesso deste trabalho, o meu MUITO OBRIGADO!

*Cada um de nós
Compõem a sua história
Cada ser em si carrega o dom de ser
capaz
De ser feliz.*

- Almir Sater e Renato teixeira

RESUMO

O presente estudo tem como objeto as representações sociais das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir destas diretrizes do SUS no município de Jequié/BA; como objetivo geral apreender as representações sociais das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS no município de Jequié-BA; e objetivos específicos conhecer as representações sociais das enfermeiras sobre as diretrizes do SUS na implementação da ESF; averiguar a implementação das diretrizes do SUS pelas enfermeiras na sua prática profissional/trabalho na ESF e identificar limites, avanços e perspectivas na implementação das diretrizes do SUS na ESF. Abordou-se o universo reificado das políticas de saúde do Brasil, focando o contexto histórico e a Estratégia de Saúde da Família e o universo reificado do trabalho em saúde com ênfase no profissional enfermeiro. Buscou-se a Teoria das Representações Sociais, por facilitar a compreensão de uma realidade social. Teve como campo de pesquisa o município de Jequié-BA; como cenário as unidades de saúde da família; sujeitos as enfermeiras das referidas unidades. Utilizou-se a observação sistemática e a entrevista semi-estruturada composta por três momentos, o primeiro traduz o perfil sócio-demográfico, o segundo o teste livre de evocação e o terceiro com questões abertas sobre a temática; e como técnica de análise de dados o *software* EVOC 2000 para tratar os dados oriundos do teste livre de evocação, e a técnica de análise de conteúdo de Bardin para as questões abertas. Este estudo atendeu a resolução 196/96 do conselho Nacional de saúde, cujo protocolo foi 132/2009. Os resultados desvelam que a representação social das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde pode estar alicerçado no acolhimento, dispositivo apresentado como possível núcleo central da representação social; desvelam também que as suas representações sociais sobre as diretrizes do SUS nem sempre são desenvolvidas na prática, que elas organizam os serviços de saúde e que podem se apresentar como princípios do SUS. Quanto a estratégia de saúde da família, elas implementam as diretrizes numa concepção de promoção da saúde, de reorganização do sistema de saúde, não conseguem implementar, numa concepção de estratégia capaz de resolver todos os problemas e como equipe/família e comunidade. Identificamos que os avanços e perspectiva perpassam pelo planejamento em saúde, pela resolubilidade, pelas atividades extramuros num contexto intersectorial, na busca da atenção integral pautada no acolhimento; e os limites consistem na falta de apoio do sistema, que recai na integralidade, na participação da comunidade, na resolutividade do sistema e na qualidade dos serviços. A realização deste estudo nos possibilitou atingir os objetivos propostos, ao passo em que suscita reflexões sobre o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família.

Palavras Chaves: Representações Sociais, Trabalho, Enfermagem e Saúde da Família

ABSTRACT

The present study have as object the social representations of nurses in relation to their professional practice/work in health in Family Health Strategy (ESF), from these SUS guidelines, in the municipality of Jequié/BA, as general objective is to seize the social representations of the nurses in relation to their professional practice/work in health in Strategy of Family health, from these SUS guidelines, in the municipality of Jequié/BA; and the specific objectives are to know how the nurses understand the guidelines of the SUS in the implementation of ESF in the municipality of Jequié/BA; investigate how the nurses put into practice the guidelines of the SUS in their work process in ESF in the municipality of Jequié/BA; identify limits, advances and perspectives in the implementation of the SUS guidelines in ESF in the municipality of Jequié/BA. We approached the rectified universe of the Brazilian health policies, focusing its historical context and actions, culminating in the Family Health Strategy and the work process in health with emphasis on the professional nurse. We used the Theory of Social Representations because of its capacity of facilitating the understanding of a social reality. Having as field of research the municipality of Jequié-BA; being the scene of research the units of Family health and subjects of the research the nurses of the referred units. As data collection techniques and instruments we used the systematic observation and the semi structured interview composed by three stages, being the first the socio-demographic profile, the second the free of evocation test and the third with open questions about the thematic. At last we used as methods for data analysis the *software* EVOC 2000 for the data from the free of evocation test, and the Bardin technique of content analysis for the open questions. It is important to highlight that this study obeyed the 196/96 resolution of the National Health counsel, the protocol has 132/2009. The results show that the social representations of the nurses on their professional/work practice in healthcare may be based on reception, device presented as a possible element of social representation; They also show us that they understand that the guidelines are not always developed in practice, while they see them as the organizers of the services of the health services and specific principles of the SUS. Related to the strategy of family health, they try to apply the guidelines within a conception of health promotion, reorganization of the health system, they are unable to implement, in a conception of strategy, able of resolving all the problems and about team/family and community, we were able to indentify also that the advances and perspectives pass through health planning, solubility, outdoor activities in a inter-sector context, searching integral attention directed on reception; About the limits, we identify that they exist due to the lack of support of the system that falls in integrality, participation of the community, the resolvability capacity of the system and quality of the services. The realization of this study made it possible to reach proposes the objectives, as at the same time it evokes reflections about the process of working in Family health Strategy.

Key Words: Social Representations, Works, Nursing and Family health

SUMÁRIO

1.	CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	13
2.	UNIVERSO REIFICADO	19
2.1	Universo Reificado Das Políticas Públicas de Saúde No Brasil	21
2.2	Universo Reificado do Trabalho em Saúde	30
3.	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	37
4.	DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	42
4.1	Tipo de Pesquisa	43
4.2	Campo de Pesquisa	44
4.3	Sujeitos da Pesquisa	46
4.4	Aspectos Éticos da Pesquisa	49
4.5	Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados	49
4.6	Métodos de Análise dos Dados	51
5.	DESVELANDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS	54
5.1	Diretrizes do SUS no Universo Consensual das Enfermeiras	57
5.1.1	Na Prática a Implementação das Diretrizes do SUS não é real	58
5.1.2	Diretrizes do SUS como Organizadoras dos Serviços de Saúde	60
5.1.3	Diretrizes do SUS como Princípios do SUS	66
5.2	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS ENFERMEIRAS SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	70
5.2.1	Estratégia de Saúde da Família como um Dispositivo de Promover Saúde para População	70
5.2.2	Estratégia de Saúde da Família como a Reorganizadora do Sistema de Saúde	73
5.2.3	A Estratégia de Saúde da Família que na prática é diferente	76
5.2.4	Estratégia de Saúde da Família como redentora de todos os problemas	79
5.2.5	Estratégia de Saúde da Família como família/comunidade/equipe	81
5.3	PRÁTICA PROFISSIONAL/TRABALHO EM SAÚDE A PARTIR DAS DIRETRIZES DO SUS NO UNIVERSO DAS ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	84
5.3.1	Avanços e Perspectivas da Prática Profissional/Trabalho em Saúde das Enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família	85
5.3.2	Limites da Prática Profissional/Trabalho em Saúde das Enfermeiras	

da Estratégia de Saúde da Família	93
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	112
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	114
APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	115
ANEXO A – OFÍCIO CEP 299/2009	118
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO	119
ANEXO C – OFÍCIO MESTRADO SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS 158/2009/AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	120
ANEXO D – DADOS PROCESSADOS PELO <i>SOFTWARE</i> EVOC 2000	121

1. CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

*Só levo a certeza de que muito pouco sei
Nada sei*

Almir Sater e Renato Teixeira

Este estudo perpassa pela investigação das representações sociais da prática profissional/trabalho em saúde a partir das diretrizes do SUS elaborada pelas enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família.

O interesse por essa temática surge a partir da minha vivência prática na Estratégia de Saúde da Família e do meu envolvimento na construção desse contexto em municípios baianos, dentre eles o município de Jequié/BA.

O município supracitado vem vivenciando a Estratégia de Saúde da Família há mais de dez anos, onde tive a oportunidade de colaborar com o processo por três anos, atuando na condição de enfermeira em uma das equipes de saúde da família existentes, desenvolvendo ações gerenciais (administrativas) e assistenciais (cuidado em saúde), na busca da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Nesse período, busquei garantir que as diretrizes do SUS fossem asseguradas, tratando desigualmente os desiguais, garantindo o acolhimento aos usuários, intersectorializando o cuidado dentro da integralidade da assistência, motivando a participação social com a formação de fóruns comunitários, grupos educativos, com propósito de estabelecer a co-responsabilidade.

Todavia, alguns obstáculos foram encontrados, como podemos elencar: apoio insuficiente da Secretaria Municipal de Saúde; infra-estrutura inadequada da Unidade de Saúde da Família (USF); deficiência de recursos como medicamentos, materiais permanentes e de consumo; cotas insuficientes para realização de exames complementares e consultas especializadas; unidade de difícil acesso e fora da área de abrangência; número elevado de famílias assistidas pela equipe de saúde, inexistência de referência e contra-referência, dentre outros.

Apesar desses percalços, é interessante ressaltar que tivemos apoio irrestrito e coesão da equipe de saúde, que juntos tentávamos gerenciar tais dificuldades para que a comunidade não fosse ainda mais penalizada, e que o nosso trabalho pudesse fluir com o propósito de garantir a qualidade no cuidado em saúde.

Ainda na condição de enfermeira, tive a oportunidade de atuar como preceptora da disciplina Estágio Curricular Supervisionado I do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e perceber a responsabilidade de estar servindo de referência (exemplo/modelo/informação/imagem), na construção do trabalho em saúde/prática

profissional de enfermeiros (as) da Estratégia de Saúde da Família para os discentes do oitavo semestre do referido curso.

No cenário atual, como docente da disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, oferecida para o curso supracitado, debruço um olhar sobre outra realidade: enfermeiras sobrecarregadas de serviços e questões burocráticas, sem tempo disponível e apoio da equipe para melhor pensar a Estratégia de Saúde da Família, atuando mais curativamente do que preventivamente; pouca e/ou nenhuma participação popular (ausência de fóruns comunitários, ausência ou inativação de conselhos locais de saúde, algumas decisões sendo tomadas pela equipe de saúde e outras normatizadas pela Secretaria, ausência de grupos educativos); demanda espontânea maior que a demanda organizada (usuários aguardam o dia para agendar suas consultas); pouca e/ou nenhuma coesão da equipe multidisciplinar; unidade de difícil acesso e o acolhimento apresenta ruído (membros da equipe têm condutas diferenciadas para determinadas situações). Sendo importante salientar que estas enfermeiras também atuam na condição de preceptora da referida disciplina.

Diante desse contexto, parece-nos que as informações oriundas dos documentos oficiais que regulamentam a prática profissional/trabalho em saúde dos profissionais de saúde, dentre eles as enfermeiras não vem norteando as suas práticas, nos deixando pairar a ideia de que essas informações se transformam de acordo com as suas capacidades cognitivas, a partir de suas vivências, sentimentos, cultura, história e experiências na Estratégia de Saúde da Família, podendo assim, influenciar na formação da sua conduta, que refletirá em sua prática profissional.

Então, podemos perceber que os profissionais enfermeiros têm condutas, práticas profissionais diferenciadas na implementação do seu trabalho em saúde na Estratégia de Saúde da Família, e que para minimizar esta situação, pois “no atual momento em que se tenta reorientar o modelo assistencial através da reorganização da atenção primária, utilizando-se da estratégia de saúde da família, que tem como eixo a Vigilância a Saúde, há que se realizar uma análise do processo de trabalho em unidades básicas de saúde, procurando identificar os elementos constitutivos do trabalho em saúde, os relacionados às características dos modelos de atenção” (FONTOURA E CAPUTO 2001, p.18), e isso é um desafio a ser enfrentado com muita criatividade.

Nessa perspectiva, surgem algumas inquietações, em que questionamos. Primeiro: Como a Estratégia de Saúde da Família entra nesse contexto de reorganização?

Segundo Aquino (2001) o objetivo do Programa de Saúde da Família – PSF, hoje entendido como estratégia é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo biomédico, orientado para a cura das doenças e realizado, principalmente, no hospital.

Percebemos com isso que o Sistema Único de Saúde, enquanto política de saúde do Estado, precisa de uma estratégia de mudança, e esta estratégia é quem reorganiza e acompanha as ações da atenção primária, também chamada de atenção básica, visando o desenvolvimento de práticas que estimulem à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, a intersetorialidade, a participação social, a integralidade da assistência, ultrapassando as práticas de ação meramente curativas e emergenciais (MENDES, 1999).

Deste modo, é esperado que as diretrizes propostas na Constituição Federal de 1988 e que orienta o Sistema Único de Saúde estejam ou devam estar embasando o trabalho em saúde da Estratégia de Saúde da Família, presente na prática dos profissionais que a compõe.

Outro ponto a questionar é: De que forma vem acontecendo à implementação da Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié?

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Jequié funciona em unidades próprias que oferecem serviços como: consultas médicas (generalistas); consultas de enfermagem para os serviços de atenção à saúde da criança; saúde do adulto (hipertensão e diabetes); saúde da mulher/reprodutiva (pré-natal, planejamento familiar, preventivo do câncer de cérvico uterino e mama, DST/HIV-AIDS); serviços de controle para tuberculose e hanseníase; consultas e procedimentos odontológicos; serviços de imunização; realização de procedimentos como: curativos, administração de medicamento, aferição de medidas (peso, altura, glicemia capilar e sinais vitais); visitas domiciliares; educação em saúde – grupos educativos, salas de espera e reuniões comunitárias; autorização de consultas e exames laboratoriais e complementares; reuniões de equipe; serviços de farmácia; almoxarifado; recepção e esterilização.

Essas Unidades de Saúde da Família são compostas pela seguinte equipe profissional: um médico, um enfermeiro, um odontólogo, dois auxiliares de

enfermagem, um auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental, agentes comunitários de saúde, um agente administrativo, um oficial administrativo e um estagiário administrativo, tendo essa equipe, a responsabilidade pelo cadastramento e acompanhamento de famílias pertencentes a uma área de abrangência.

Porém, essas informações procedem de uma visão geral e superficial do contexto da estratégia de saúde da família do município em questão, além de não podemos afirmar como o trabalho em saúde vem sendo desenvolvido nas referidas unidades, principalmente no que tange a prática profissional da enfermeira.

Claro que somos autores de nossas práticas, mas não podemos deixar de lado que para elas se estruturarem faz-se necessário um mergulho pelo universo/contexto individual de cada sujeito, levando em consideração sua história, crenças e cultura. Pois as nossas práticas são originárias das representações sociais que construímos ao longo de nossas vidas.

Desse modo, a prática do profissional enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família perpassa pela dimensão do gerenciamento do cuidar em saúde. E ao relacionarmos essas práticas com as diretrizes do SUS devemos notar uma prática que contemple e estimule a descentralização, a integralidade da assistência e a participação da comunidade.

Assim, esse estudo, embasado na Teoria das Representações Sociais tem a preocupação em desvelar a compreensão que enfermeiras da estratégia de saúde da família tem sobre a sua prática profissional, alicerçando-as nas diretrizes do SUS.

Pois, como já citamos anteriormente, as informações recebidas pelos documentos oficiais são transformadas e esta transformação acontece sob a influência do universo representacional oriundo do senso comum.

Para Moscovici (1978), o conhecimento constituído no senso comum surge a partir das teorias científicas, da cultura, das experiências prévias e da socialização dos discursos, sendo a comunicação um elemento principal para a construção de uma representação social.

E no que diz respeito a representação social da prática profissional/trabalho em saúde as publicações de documentos oficiais, juntamente com a mídia exercem grande influencia, pois apresentam as políticas públicas de saúde e as possíveis formas de implementá-las. Porém é importante ressaltar que cada indivíduo

transforma as informações recebidas e as ajustam com o propósito de satisfazer suas necessidades, além de adequá-las ao seu contexto sociocultural.

Então, na perspectiva de melhor perceber a implementação da Estratégia de Saúde de Família no município de Jequié, o olhar de quem vivenciou como parte da equipe de saúde, na condição de enfermeira, e o olhar como docente supervisora possibilitou a seguinte **questão norteadora**: Como as enfermeiras implementam a sua prática profissional/trabalho em saúde na Estratégia de Saúde da Família, alicerçando-as nas diretrizes do SUS, no município de Jequié/BA? E dentro desse contexto, traço como **objeto de estudo**: Representações sociais das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde na estratégia de saúde da família, a partir das diretrizes do SUS, no município de Jequié-Bahia.

Ao passo em que traçamos como objetivos desse estudo:

Objetivo Geral

- **Apreender** as representações sociais das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS no município de Jequié-Bahia.

Objetivos Específicos

- **Conhecer** as representações sociais das enfermeiras sobre as diretrizes do SUS na implementação da ESF no município de Jequié/BA;
- **Averiguar** a implementação das diretrizes do SUS pelas enfermeiras na sua prática profissional/trabalho na ESF no município de Jequié/BA;
- **Identificar** limites, avanços e perspectivas na implementação das diretrizes do SUS na ESF no município de Jequié/BA.

2. UNIVERSO REIFICADO

*Conhecer as manhas e as manhãs, o sabor das
massas e das maçãs
É preciso amor pra poder pulsar, É preciso paz
pra poder sorrir, É preciso a chuva para florir.*

Almir Sater e Renato Teixeira

Neste capítulo, buscamos traçar um panorama do universo reificado das Políticas Públicas de Saúde brasileiras a partir do final do século XIX até a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, dando ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como também o universo reificado do processo de trabalho focado no trabalho em saúde da ESF e do profissional enfermeiro sobre a lente da Teoria das Representações Sociais.

Porém, faz-se necessário traçarmos um paralelo entre universo reificado e universo consensual, para que possamos compreendê-los, sobretudo, no aspecto conceitual.

Partindo do princípio de que o indivíduo e a sociedade elaboram pensamentos e constroem conceitos, podemos inferir que as ciências e as ideologias exploram as diversas vias de comunicação que se inscrevem no ambiente social, fornecendo o alimento para o pensamento individual, mesmo admitindo o caráter ativo do ser humano perante a realidade verificável. Podemos assim, compreender tal realidade, partindo de dois universos: um universo consensual e outro reificado (Moscovici, 2003).

Nesse contexto, Sá (1995) mesmo sabendo que no universo reificado o conteúdo circulante é restrito as pessoas especializadas, ele o vê como possibilidade a matéria-prima para a construção do universo consensual, ou seja, das representações sociais.

O mesmo autor nos diz ainda que, no universo consensual as teorias produzidas nele (as ideologias) não são abstratas para a população, pois a sua elaboração acontece a partir de uma interação social, em que os indivíduos envolvidos no contexto tem o mesmo valor enquanto grupo e sentem-se livres para teorizarem e expressarem as suas opiniões sobre questões relevantes ao seu universo.

Assim, com o propósito de apreender as percepções das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde na ESF a partir das diretrizes do SUS, acreditamos ser necessário conhecer o universo reificado que perpassa pelas políticas públicas de saúde e pelo trabalho em saúde.

2.1 - Universo reificado das políticas públicas de saúde

O atual sistema de saúde do Brasil sofreu influências que perpassaram pelo final do séc. XIX até o movimento de reforma sanitária. Sendo importante lembrar que as políticas públicas de saúde do Brasil estavam diretamente ligadas ao modelo econômico que vigorava no país acompanhando suas mudanças.

Podemos perceber isso nas palavras de Silveira (2006, p.35) quando afirma que: “O setor saúde no Brasil surgiu como um problema de Estado no início do séc.XX, para garantir que os produtos exportados fossem livres de pragas e, portanto aceitos nos mercados europeus”.

Para exemplificar, temos o Modelo Assistencial Sanitarista Campanhista, que foi pensado e implementado no período correspondente ao modelo econômico agroexportador, em que as ações de saúde estavam voltadas aos portos e às mercadorias, ou a qualquer situação que comprometesse a imagem do Brasil. Logo, torna-se notório que o poder público não percebia as necessidades de saúde da população e sim as necessidades econômicas de exportação.

Já o modelo assistencial médico-privatista surgiu com a industrialização brasileira, e conseqüentemente com o surgimento da classe dos operários e seu processo de adoecimento, comprometendo assim, o nível de produção.

Nesse período ocorre a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, considerado o marco inicial da atuação do Estado na saúde, e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), através da lei Eloi Chaves, que garantiam a seus contribuintes (operários) atendimento médico para satisfazer suas necessidades de saúde. Estas CAPs eram gerenciadas pelos empregadores e empregados, ganhando grande representatividade aos olhos do Estado, que as reuniu formando os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que culminaria no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), gerido pelo Estado e que mais tarde seria chamado de Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (ALMEIDA; CHIORO E ZIONI, 2001).

Diante disso, percebemos que as políticas públicas de saúde no Brasil exerciam suas ações governamentais assumindo um caráter coletivo-limitado e

atrelado a conjuntura econômica, ou eram voltadas aos indivíduos que pudessem pagar por serviços de saúde através da previdência social.

Nota-se também, que durante este período as políticas de saúde, além de excludente eram perversas, pois suas práticas não demonstravam compromisso com o nível de saúde da população, preocupando-se apenas com a economia brasileira e o que poderia acontecer a ela; gerando inquietações e insatisfações, que mais tarde desencadearia no surgimento do Movimento Sanitário Brasileiro.

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) buscou difundir a Atenção Primária a Saúde a partir da Conferência Internacional de Alma Ata cujo tema era: "Saúde para todos no ano 2000"; visando estimular nos países de terceiro mundo e socialistas a formulação e implementação de políticas públicas sociais, principalmente na área da saúde, que melhor atendessem as demandas e necessidades emergente naquele contexto, além de suscitar componentes fundamentais para as práticas de saúde na atenção primária como, por exemplo, a educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção e tratamento de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicações essenciais, promoção da boa alimentação e a medicina tradicional. (STARFIELD, 2002).

Paralelo a essas discussões, o Movimento Sanitário Brasileiro buscava formas de promover mudanças no sentido de minimizar as desigualdades sociais, principalmente no tocante da saúde (ALMEIDA; CHIORO E ZIONI, 2001).

Os autores supracitados traz que, sob a influência da Conferência de Alma Ata, surgiram no Brasil alguns programas de extensão de cobertura, inspirados na medicina comunitária, como: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS- 1979), cuja finalidade era implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades rurais e periféricas dos centros urbanos; e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE- 1980), que objetivava universalizar o atendimento básico e a reorganização do setor público de saúde.

Ainda para esses autores, a crise financeira e a Política-institucional da Previdência Social, impulsionou o surgimento do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Pública (CONASP) que propuseram um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado que reorientasse a assistência à saúde com medidas racionalizadoras e pudesse proporcionar mudanças na organização da

assistência médica da Previdência Social, priorizando as ações primárias de saúde, previstas nas propostas do Movimento de Reforma Sanitária, efetivando-se com a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que por sua vez contribuiriam para a constituição de um sistema articulado e integrado, tornando-se a base do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), sendo assim, o primeiro ensaio para a aproximação estratégica de criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, um conjunto de circunstâncias auxiliaram a mobilização de estudantes, profissionais de saúde, intelectuais, sindicatos, associações de moradores, igreja católica, que contou também com o apoio do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) que juntos fortaleceram o Movimento de Reforma Sanitária e passaram a reivindicar serviços públicos de saúde locais e a exigirem a participação social no controle dos serviços de saúde, além de reforçarem a constituição do SUS no país (ALMEIDA; CHIORO E ZIONI, 2001).

Dessa forma, percebemos a importância do papel da sociedade brasileira no cenário da Reforma Sanitária, que pode ser entendida como processo político e democrático do setor saúde conquistada pela sociedade (SILVEIRA, 2006). E nessa perspectiva, a sociedade brasileira marca a década de 80 com duas grandes conquistas.

Uma é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada o maior fórum de debates sobre a situação de saúde no país, em que possibilitou a ampliação do conceito de saúde, trouxe a ideia de saúde como um direito de cidadania, apresentou a necessidade de controle social, juntamente com a constituição e ampliação do orçamento (SILVA JUNIOR, 2006);

E a outra é a promulgação da Constituição Federal, que em seu artigo 198 traz que as ações de saúde e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o Sistema Único de Saúde, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a Descentralização – direção única em cada esfera de governo; o Atendimento Integral – com prioridade das atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a Participação Popular (BRASIL, 1988).

Então, a partir deste período é instituído o Sistema Único de Saúde regulamentado pelas leis nº. 8.080 e 8.142 de 1990 que ganha uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde.

A Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; dispõe também sobre a organização e funcionamento dos serviços, estabelecendo objetivos e articulações em suas esferas de governo, além de estabelecer princípios e a direção da implantação de um modelo de atenção que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da assistência e o controle social; incorporando em sua organização o princípio de território para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990a).

Desse modo, a lei supracitada traz em seu capítulo II art. 7 que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Já a Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade e sobre as transferências dos recursos financeiros entre as esferas de governo na área de saúde. Então, no que tange a Participação da Comunidade, a referida lei sinaliza que as discussões deverão ser estabelecidas através de instâncias colegiadas, como: as conferências de saúde, com representações de vários seguimentos sociais, que se reúnem a cada quatro anos para tratar de assuntos referentes à saúde, avaliar ações e serviços e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondente, podendo ser convocado pelo poder executivo ou extraordinariamente pelo conselho de saúde, que são órgãos de caráter permanente e deliberativo, composto por representante do governo, por prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde nas instancias correspondentes (BRASIL, 1990b).

Na visão de Franco et al (2009) a constituição do Sistema Único de Saúde foi considerado um acontecimento que favoreceu a produção de grande impacto no conceito de saúde, do direito à assistência, imprimindo nos serviços de saúde a ideia de cidadania, sendo desenvolvido como produção teórica, prática e subjetiva, a partir da vigilância à saúde.

Com isso percebemos que o SUS é um sistema universal, igualitário, democrático e transparente, com um controle social capaz de assegurar o direito à saúde aos usuários, sendo importante salientar que o SUS encontra-se em construção.

E nesse contexto a implementação do SUS vem acontecendo através das Normas Operacionais que são entendidas como instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientam a operacionalidade do sistema a partir de uma avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS. (BRASIL, 2003a)

As Normas Operacionais tem como objetivos: induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre seus gestores, e normatizar o SUS. (BRASIL, 2003b)

As discussões sobre a implementação do SUS vem acontecendo desde 1991, com a elaboração da primeira Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, instituída pela presidente do INAMPS que tratou da diretriz Descentralização, abordando como deveria acontecer o repasse dos recursos financeiros entre as instâncias governamentais.

Como essa NOB não foi feliz em tratar o tema, foi destituída e instituída a segunda norma denominada de NOB 01/93, que por sua vez ratificou que a transferência de recursos seria flexível, gradual e negociável, instituindo também as comissões intergestoras: Comissão Tripartite (CIT) e a Comissão Bipartite (CIB), que realizariam as negociações e articulações visando implementar a descentralização (BRASIL, 1993).

Mesmo com todo avanço trazido por essa NOB 01/93 ainda existiam limites quanto a descentralização e o financiamento do SUS, exigindo a criação de uma nova norma denominada NOB 01/96, que trouxe como mudança as formas de repasses financeiro/transferência; instituindo que todo repasse seria de fundo a fundo, possibilitando a descentralização e a autonomia; instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável; renda per capita e os incentivos por programas específicos; a Fração Assistencial Especializada (FAE) que versa pela assistência de alto custo e remuneração por Internamento Hospitalar (IH); e da Programação Pactuada Integrada (PPI), a fim de disponibilizar serviços que por ventura não faça parte dos oferecidos pelo município (BRASIL, 1996a).

Ainda diante de todo esse processo construtivo do SUS e de todas as mudanças que a NOB 01/96 proporcionou ainda encontramos limitações no que diz respeito ao acesso da população.

Para isso, instituiu-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/01 com o propósito de tratar do acesso da população (BRASIL, 2001). Contudo, devido as limitações percebidas, surgiu a necessidade de uma nova publicação intitulada NOAS 01/02 fundamentada em estratégias articuladas no tocante da regionalização e organização da assistência, do fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e da revisão de critérios de habilitação e desabilitação dos estados e município, ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, implantou o piso de atenção básica ampliada – PABA, criou estratégias de hierarquização dos serviços de saúde e de maior equidade (BRASIL, 2002).

E ainda com o propósito de atender ao contexto construtivo do SUS foi publicado em 2006 o Pacto pela Saúde, documento firmado pelas três esferas de governo que visa uma unidade de princípios que respeitem as diferenças loco – regionais; agregue pactos anteriores; reforce a organização das regiões sanitárias com mecanismos de co-gestão e planejamento regional; fortaleça os mecanismos de controle social; qualifique o acesso da população à atenção integral a saúde; redefina os instrumentos de regulação, programação e avaliação; valorize a macrofunção de cooperação técnica entre os gestores e proponham um funcionamento tripartite que estimule critérios de equidade nas transferências fundo a fundo com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumento de gestão visando alcançar eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a).

Nessa perspectiva, o Brasil com o propósito de atender aos princípios declarados para a Atenção Primária e de reestruturar o seu sistema de saúde, adota a classificação por níveis de atenção à saúde proposta por Lord Dawson, em que a complexidade das necessidades/problemas de saúde constitui-se um parâmetro para alocação de recursos. (SAITO, 2008)

Nesse contexto, a atenção primária à saúde é quem organiza e proporciona a otimização dos recursos, básicos e especializados, a serem utilizados com vista à promoção, manutenção e melhora da saúde da comunidade. (NERY, 2006).

Diante do exposto, a organização do sistema de saúde brasileiro deveria atender na atenção primária, as demandas de menor complexidade, na atenção secundária as demandas de complexidade intermediária e na atenção terciária as demandas de maior complexidade.

Essa forma de organização do sistema de saúde nos traz indagações, que acredito ser pertinentes, pois como avaliar o nível de complexidade das demandas e classificá-la como primário, secundário e terciário? E o usuário, que precisa ter a sua necessidade satisfeita, como fica nesse sentido? Existe relação entre esses níveis de atenção ou os profissionais trabalham isoladamente?

Esses questionamentos surgem, pois encontramos alguns entraves na implementação dessa forma de organização como exemplo podemos citar a indignação de alguns profissionais, que atuam nos níveis secundário e terciário de complexidade, que ao receberem usuários referenciado da atenção básica acreditam que aquela demanda poderia ser resolvida lá. E o usuário que muitas

vezes não entende o fluxo do sistema peregrina de um lado para outro sem resolver, além de percebermos um distanciamento entre os profissionais que compõem esses níveis de atenção.

Para Starfield (2002) a atenção primária é considerada a porta de entrada do sistema e está inter-relacionada aos outros componentes do mesmo, porém ressaltamos a importância da existência dessa inter-relação entre os demais níveis de complexidade, pois é através dela que conseguiremos atender ao usuário no tocante as suas necessidades.

Logo, precisamos entender que essa forma de organização deve subsidiar a alocação de recursos estabelecendo uma relação entre tecnologias necessárias para a satisfação de necessidades de saúde. Diante dessa relação, o critério classificatório para o acesso dos usuários ao sistema, deveria ser o aporte tecnológico disponível em cada nível de atenção e não a complexidade. (SAITO, 2008).

Assim, assistimos novas discussões no campo da saúde pública, mundial e nacionalmente, tais como a promoção da saúde, vigilância da saúde, saúde da família, redução de vulnerabilidade, entre outros. Tais discussões demonstram a vitalidade conceitual da saúde pública deste início de milênio e traz ao debate diversos convites à renovação das práticas sanitárias. (AYRES, 2004), dentre elas as práticas do modelo tecnoassistencial da atenção primária. (SAITO, 2008).

Pois, o SUS vai se edificando, permeando bases de multiplicidades de saberes, ações, técnicas e políticas, ao passo em que compõem um cenário diverso e ao mesmo tempo rico de referências que se constituem como campo de aposta para a formação de determinado modelo tecnoassistencial. (FRANCO et al, 2009)

Desse modo, pensar na reorganização do modelo tecnoassistencial do SUS, com base em seus princípios - universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social, constitui um desafio para todos os atores sociais da saúde coletiva.

E nesse universo de saberes, muitas propostas têm sido implementadas na construção do SUS, mas foi a partir da década de noventa que políticas públicas se uniram em torno da reorganização da atenção primária em saúde, orientada, principalmente, pelo Programa de Saúde da Família. (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004)

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pensada inicialmente como um programa, na busca de atender a lógica assistencial do SUS e que incorpora em sua estrutura organizacional o modelo de vigilância da saúde, tem como propósito de atender as transformações políticas no contexto da saúde.

Para isso o Pacto pela Saúde, já citado anteriormente, versa pelo fortalecimento da Atenção Primária através do Pacto pela vida, e nesse mesmo contexto o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica, com a Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, fundamentada nos eixos transversais da universalidade, integralidade e da equidade. (BRASIL, 2006b). Assim, o pacto pela vida definiu como prioridade consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família como Modelo de Atenção Básica e centro ordenador de redes de atenção a saúde no SUS. (BRASIL, 2006a)

Podemos assim dizer que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) desenvolve suas ações de saúde com vista na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes de uma comunidade, tem sua prática social no contexto familiar como núcleo básico da abordagem, versa pela assistência integral, resolutiva, contínua e de qualidade, intervindo em fatores de risco, na humanização da assistência, na criação de vínculos e na co-responsabilidade entre profissionais e a comunidade, além de desenvolver ações intersetoriais através de parcerias; democratização do processo saúde-doença, da organização do serviço, da produção social da saúde como direito da cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social, fazendo valer os princípios e diretrizes do SUS.

Desse modo, a importância da ESF para a extensão de cobertura da atenção básica vem sendo evidenciado pela enorme expansão do número de equipes implantadas em todo o país, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e serviços de saúde produzidos, signifiquem, de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da organização do processo de trabalho previstos nos documentos oficiais. (ANDRADE, 2009)

São esses documentos oficiais citados anteriormente – Pacto pela Saúde, Política Nacional de Atenção Básica que atualmente no Brasil regulamentam o processo de trabalho/ trabalho em saúde, designando competências a todos os atores sociais que desenvolvem suas ações na atenção básica e conseqüentemente na ESF.

Nessa perspectiva, a ESF não só assume um papel de prestador de cuidados assistenciais às famílias, como também estabelece a relevância da prática social como podemos ver na fala de Mendes (1999, p. 273):

A saúde da família não é, ademais, medicina familiar. Não se trata de, simplesmente, desenhar um sistema de adstrição de famílias a uma equipe médica que, mais proximamente, as atenderá na mesma lógica medicalizadora. Ao revés, sem negar às famílias atenção médica de boa qualidade, procura instituir, na prática social, o novo paradigma da produção social da saúde.

Desse modo, não podemos entender a ESF como atendimento reducionista a grupos específicos (mulher, criança, entre outros), não que isso não tenha que acontecer; mas, faz-se necessário estabelecer prioridades para que ela possa assumir seu papel de reorganização da atenção básica, pois sabemos que este nível bem organizado constitui precondição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo. (MENDES, 1999).

2.2 Universo reificado do trabalho em saúde

Então, para fundamentar uma reflexão sobre o trabalho em saúde na Estratégia de Saúde da Família e conseqüentemente sobre a prática profissional da enfermeira, faz-se necessário subsidiá-la com conceitos sobre trabalho, sobre processo, sobre trabalho em saúde e sobre processo de trabalho em saúde conhecendo seus componentes.

Porém, antes mesmo que façamos essa conceituação, é importante explicitar o entendimento sobre prática, por percebê-la diretamente ligada ao trabalho. Para Ximenes (2000) prática é a aplicação das forças físicas e das faculdades mentais na execução de alguma obra, ou o exercício profissional de alguma atividade produtiva e legalizada, que implica na prática profissional e conseqüentemente no trabalho.

Assim, o materialismo dialético concebe a práxis, como uma ação transformadora das condições concretas do existir, englobando ações objetivas e produções subjetivas, articulando-as entre si, sem deixar de lado as intenções de quem às realiza.

Esse pensamento nos possibilita entender a prática/trabalho como uma atividade exclusivamente humana, por utilizar de forças físicas e intelectuais,

corroborando, quando nos diz que é um exercício profissional de atividades legalizadas.

Marx (1985) vê o trabalho como processo de participação entre indivíduo e natureza existindo uma relação em que o ser humano põe em movimento as forças naturais de seu corpo, sua prática, com a finalidade de apropriar-se dos recursos naturais, transformando-se e transformando a natureza na busca de satisfazer suas necessidades e de transformar o contexto em que está inserido.

Logo, percebemos que o indivíduo se diferencia dos outros animais não só por possuir racionalidade, mas por utilizá-la para o desenvolvimento do seu trabalho. Assim, o trabalho humano é a ação/prática dirigida por finalidades conscientes na busca de suas necessidades. (ARANHA; MARTINS, 1993).

E para corroborar com o nosso entendimento Leopardi (1999, p. 9) nos diz que o “Trabalho, como atividade humana, é, por natureza, relação entre sujeito e objeto, cuja consequência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente”. O que nos permite aproximar os termos prática e trabalho, pois os entendemos como sinônimos.

No que diz respeito a processo, no latim *procedere* verbo que indica a ação de avançar, ir para frente (*pro + cedere*), podemos entendê-lo como um modo de executar alguma coisa; método (XIMENES, 2000), sendo assim, um conjunto sequencial e peculiar de ações que objetivam atingir uma meta. É usado para criar, inventar, projetar, transformar, produzir, controlar, manter e usar produtos ou sistemas.

Outro entendimento sobre processo, de acordo com a teoria sistêmica, é o momento no qual se articulam todos os elementos da ação para sua produção: o agente, os meios e o objeto, dentro de um espaço apropriado e anteriormente definido. Por ser o processo de trabalho uma prática social responde às determinações econômicas, políticas e ideológicas da própria estrutura social em que se realiza. (DONÂNGELO; PEREIRA, 1976).

Então, com o intuito de melhor elucidar o nosso entendimento faremos uma reflexão sobre processo de trabalho utilizando os conceitos ora apresentados. Logo partindo do princípio de que o trabalho é uma atividade exclusivamente humana e que o processo é a ação de avançar com o propósito de atingir uma meta, envolvendo sujeitos e objeto, percebemos que o processo de trabalho engloba as

relações existentes entre indivíduo e natureza modificando-a e ao mesmo tempo modificando a sua própria natureza.

Isso nos remete a pensar como o indivíduo produz e reproduz sua existência na busca de suas necessidades, e ao fazê-lo como estabelece as relações sociais, e como objetiva sua subjetividade? (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Corroborando com nossas suscitações Mendes-Gonçalves (1994) entende processo de trabalho como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo como sujeitos os profissionais que se organizam para produzirem serviços de modo a prestarem a assistência individual e coletiva na obtenção de produtos e resultados decorrentes de sua prática.

Com isso “[...] o trabalho dos profissionais da saúde, seja no campo bioclínico, seja no campo psicossocial, pode ser orientado por tecnologias que causem impacto na realidade existente, transformando-a diretamente, ou fornecendo bases para que indivíduos ou grupos a transformem” (LEOPARDI, 1999, p. 20).

Mendes-Gonçalves (1992) sistematizou o trabalho em saúde, como algo a ser transformado, e que será transformado em algo projetado, pensado, por meio da utilização de instrumentos e força de trabalho. Assim, percebemos uma relação dialética entre teoria e prática que recairá numa visão filosófica do trabalho, em que essa relação dialética favorecerá para uma constante transformação do homem e de seu contexto, pois o envolvi com suas emoções, desejos, prazeres, medos, habilidades, imaginações, que superarão os determinismos e resultará numa ação libertadora. (ARANHA; MARTINS, 1993).

Logo, não poderíamos deixar de ressaltar as especificidades do trabalho em saúde, visto que o indivíduo é o objeto desse trabalho, além de nos remontar ao trabalho imaterial e a situações dialéticas como já citadas anteriormente, que acompanham a humanidade desde o início da sua existência, determinando suas necessidades no que tange a sua individualidade e a sua subjetividade com emoções, desejos, aspirações, sentimentos. Contudo, o trabalho em saúde deve atender as generalidades e as individualidades do ser humano na sociedade.

Com isso o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, 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 é a própria prestação da assistência à saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1999).

Assim, o processo de trabalho da Atenção Básica é desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Além de utilizar tecnologias para resolver necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, orienta-se também pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006b).

Logo, a ESF não foge a essa prática, pois ao assumir a responsabilidade de reorganizar a atenção básica traz consigo todo o seu processo de trabalho orientado, principalmente, pelos princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, as práticas gerenciais e sanitárias da atenção básica vêm contrapondo o modelo médico hegemônico de medicina tecnológica, e que aponta para um gerenciamento do cuidar em saúde na busca da qualidade da assistência prestada aos usuários com a utilização de tecnologias que possam garantir a promoção, a proteção e a reabilitação em saúde, atrelada a um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das invenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas. (MERHY, 2007a).

Desse modo, é importante tomar conhecimento de que o processo de trabalho perpassa por duas dimensões a do saber tecnológico e a do saber organizacional. E a atenção básica não está longe dessas dimensões que juntas resultam no trabalho em saúde, que nada mais é do que o CUIDAR.

A qualidade desse cuidar é resultante do gerenciamento do cuidar em saúde que exige o uso de tecnologias que segundo Merhy (2007b) podem ser classificadas como leves, leve-dura e dura.

As tecnologias leves, também conhecidas como tecnologia das relações envolve a produção de vínculo, a autonomização, o acolhimento e a gestão como forma de gerenciar o processo de trabalho. Já a tecnologia leve-dura envolve

saberes estruturados, num contexto de especialidades clínicas. E por fim as tecnologias duras que envolve os equipamentos tecnológicos, as normas e as estruturas organizacionais. (MERHY, 2007b).

Assim, o processo de trabalho em saúde, carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde, sem prevalecer o atual modo de produção de saúde com o uso de tecnologias duras (máquinas e instrumentos), mas sim o uso de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY, 1998).

Faz-se necessário buscar um saber fazer em saúde para garantir o gerenciamento do cuidado, e conseqüentemente garantir o emprego das tecnologias indicadas para cada situação com o propósito de garantir a qualidade do trabalho em saúde.

Nesta perspectiva, é notório que na atenção básica permeia o emprego das tecnologias em seu processo de trabalho e que a ESF fundamente-se nelas para garantir a qualidade do cuidar em saúde.

Esse cuidar em saúde envolve os sujeitos e os instrumentos de trabalho que burilarão a matéria prima do cuidar; estes sujeitos não podem estar dissociados da história, das habilidades, da inteligência, da criatividade que dentro do processo organizacional resultará nessa qualidade tão almejada do cuidar. (MERHY, 2007b).

Com isso, o trabalho da enfermagem tem alcançado uma diversidade muito grande proposta pela saúde coletiva/atenção básica, indo desde o cuidar do individuo, família e comunidade, passando por ações educativas, ações administrativas que envolvem o planejamento em saúde. (ALMEIDA et al, 1997).

O profissional enfermeiro possui dentro da programação em saúde, possibilidades diferenciadas de trabalho, tanto no aspecto coletivo, ao se integrar a uma equipe de saúde e desenvolver seu trabalho junto à comunidade, como no âmbito individual, através da consulta de enfermagem ou ainda em outras tecnologias de trabalho utilizadas no cotidiano profissional (GOMES; OLIVEIRA, 2003).

Para esses autores a complexidade das práticas de enfermagem e conseqüentemente do campo profissional é constituída pela expressão objetiva implementada, como também pela subjetivação do papel no cotidiano profissional, transformada em representações constituídas pelo grupo profissional. Por

consequente, estudar as práticas profissionais implica uma dupla via, explorando a manifestação objetiva das representações e construindo a subjetividade coletiva.

Assim, o enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família estabelece sua prática profissional/trabalho em saúde em dois campos essenciais: a unidade de saúde e a comunidade; desenvolvendo suas atividades com atribuições comuns a todos os membros da equipe, como também atribuições específicas. (BRASIL, 1997).

As atribuições comuns a todos os membros da equipe e que traduzem a sua prática profissional estão alicerçadas no conhecimento da realidade das famílias levando em consideração as suas características sociais, demográfica e epidemiológica; na identificação das necessidades de saúde e das situações de risco da população; da elaboração junto com a comunidade o planejamento e a programação local em saúde; prestar assistência integral; utilizar o serviço de referência e contra-referência para dar resolubilidade aos principais problemas detectados; desenvolver educação em saúde estimulando o auto-cuidado; promover ações intersetoriais a fim de resolver as necessidades identificadas; realizar visitas domiciliares e participar de grupos educativos. (BRASIL, 1997).

Percebemos com isso que a equipe multiprofissional, e em especial o enfermeiro deve desempenhar um papel importante no processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família, principalmente no que se refere a estabelecer a co-responsabilidade entre os sujeitos envolvidos no contexto, como podemos ver nas atribuições específicas desse profissional, segundo a Portaria de Atenção Básica 648/2006b, que são:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD); e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Diante do exposto percebemos a relevância do profissional enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, principalmente, no que tange os aspectos de vigilância (epidemiológica e sanitária), de capacitação dos profissionais de nível médio (ACS, ACD, THD e Auxiliares), de estimular a participação popular em caráter de co-responsabilidade com a comunidade, de prestar uma assistência integral ao usuário dos serviços, agindo de acordo com o que preconiza as diretrizes do SUS.

3. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social

Denise Jodelet

Diante do exposto desenvolvemos este estudo subsidiado na Teoria das Representações Sociais (TRS), por ser capaz de facilitar a compreensão de uma realidade social, que neste caso, trata-se da representação social das enfermeiras sobre sua prática profissional/trabalho em saúde na Estratégia de Saúde da Família a partir das diretrizes do SUS no município de Jequié/BA.

Para tanto, apresentaremos as Representações Sociais de Moscovici, iniciando pelas Representações Coletivas de Durkheim, de onde se originou. As Representações Coletivas são consideradas como um guarda-chuva que reúne diferentes formas de pensamento e saberes partilhados coletivamente (crenças, mitos, ciências, religiões, opiniões), cuja, características consistem em revelar o que há de irreduzível à experiência individual e que se estende no espaço social (NÓBREGA, 2001).

A mesma autora nos diz ainda que as Representações coletivas têm suas próprias leis e pertencem à outra natureza, que é diferenciada do pensamento individual e são coletivas na medida em que exercem uma coerção sobre cada indivíduo, e conduzem os indivíduos a pensar e a agir de uma maneira homogênea.

Diante desse contexto, a Teoria das Representações Sociais, tem como precursor o psicólogo social francês Serge Moscovici através da sua obra “A psicanálise, sua imagem e seu público”, publicada no final da década de 50. O qual defende um saber inédito, transformando-o numa forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado como “saber prático do senso comum”.

Assim, o conhecimento elaborado no senso comum não tinha expressividade na comunidade científica, pois era considerado ingênuo e desarticulado construído por leigos. Porém, com a Teoria das Representações Sociais esse saber do senso comum passa a ser visto numa perspectiva de ser analisado e organizado psicologicamente, pois através dele alcançamos as reais condições de vida da população.

Com essa teoria Moscovici busca a inovação de um social dinâmico, com o propósito de científicá-lo, e o que a diferencia da teoria de Durkheim é o fato de levar em consideração a diversidade dos indivíduos e dos grupos; e outro ponto que merece destaque é o reconhecimento da importância da comunicação como fenômeno que possibilita convergir os indivíduos numa rede de interação social ou vice-versa (NÓBREGA, 2001). Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais

parte do senso comum e a torna abstrata, na perspectiva de que todos os envolvidos compartilham o cenário e possuam a mesma pertença (VILELA, 2003).

Sá (1998) apresenta algumas áreas de pesquisa em que a Teoria das Representações Sociais vem sendo desenvolvida como referencial teórico metodológico, ao passo que destaca as principais: a ciência, a saúde, a exclusão social, a educação, a comunicação, o trabalho e o desenvolvimento.

Assim, no campo da saúde vários estudos já foram desenvolvidos como, por exemplo, as representações sociais da saúde mental, da AIDS, da velhice, do cuidado na Hipertensão Arterial e na Diabetes Mellitus, das práticas profissionais, entre tantos outros possíveis que as representações sociais podem auxiliar no processo de desvelamento.

Diante do exposto, acreditamos que foi pertinente o uso desta teoria ao objeto do presente estudo, vez que versa sobre a percepção das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS, e isso recairá na representação social das enfermeiras.

A construção das representações sociais parte de dois processos: a objetivação e a ancoragem; estes processos se articulam com o propósito de assegurar as três funções fundamentais das representações sociais: incorporação do estranho ao novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos. (NÓBREGA, 2001).

Para Sá, (1993) a ancoragem é um processo que se dá através da assimilação e acomodação das informações consistindo na integração cognitiva do objeto representado (sejam idéias, pessoas, acontecimentos, relações) a um sistema de pensamento social preexistente e, conseqüentemente, nas transformações implicadas. Este processo é responsável pelo enraizamento das idéias. Ancoragem é, portanto, classificação e denominação.

A classificação se dá por idéias prévias que temos em nossa memória, na qual inserimos o novo objeto e passamos a denominá-lo por palavras conhecidas ou construídas, localizadas dentro de nossa cultura.

O mesmo autor nos diz que a objetivação tem como função dar materialidade a um objeto abstrato e consiste em reproduzir um conceito em uma imagem. Ou seja, é uma operação imaginante e estruturante, pela qual se dá uma forma (ou figura) específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando-o concreto, quase tangível, o conceito abstrato, materializando a palavra.

Para Nóbrega (2001) objetivar é reobservar um excesso de significações materializando-as e desse modo, distanciar-se com relação às mesmas e pode ser classificadas em três fases: a construção seletiva, a esquematização estruturante e a naturalização

a) a construção seletiva permite a retirada de elementos a partir dos quais as informações em circulação são oriundas do senso comum. Essa retirada segue critérios culturais ou critérios normativos, de acordo com a pertença de cada grupo ou preservando a coerência dos valores próprios do grupo respectivamente.

b) a esquematização estruturante ou “núcleo figurativo” é o elemento mais estável da representação. Toda representação organiza-se em torno de um núcleo central e elementos periféricos. O núcleo permite estabilidade da estrutura imageante e relacionam-se com os demais elementos periféricos que constituem o tecido representacional. (NÓBREGA apud VILELA, 2003).

c) na naturalização os elementos do pensamento se concretizam e, portanto, adquirem evidência na realidade e no terreno do senso comum, ou seja, tornam os elementos do modelo figurativo numa realidade tangível, dando-lhe existência “palpável”.

Logo, o desenvolvimento desse estudo nos levou à construção de uma realidade através da edificação de condutas, que seguindo a Teoria das Representações Sociais perpassa por três sistemas indutores: a difusão, a propagação e a propaganda, estes correspondem, respectivamente a edificação dos conteúdos de opinião, atitudes e estereótipos (VILELA, 2003), ainda esta autora diz que as edificações dos conteúdos perpassam por três eixos: a informação, a propagação e a propaganda, os quais se organizam as representações.

a) informação é o conjunto de conhecimento qualitativo e quantitativo apreendido por um grupo específico acerca de determinado objeto social;

b) a propagação exige uma organização mais complexa das mensagens, sendo contrário a informação;

c) a propaganda consiste na forma de comunicação de um grupo cuja dinâmica encontra-se nas relações sociais conflituosas e tem por objetivo estruturar a ação relativa à representação oriunda do objeto do conflito. (NÓBREGA, 2001).

Nesse período de discussão e propagação da teoria das representações sociais, outras abordagens foram desenvolvidas dentro da teoria, a exemplo temos

Willem Doise explorando as diferenças culturais das representações e Abric com a elaboração da teoria do núcleo central.

Jean Clod Abric organizou a Teoria do Núcleo Central com a finalidade de refinar e complementar a estrutura proposta por Moscovici. Para esse autor o conteúdo da representação se organiza em dois sistemas, um central (rígido, coerente e estável, consensual, que defini a homogeneidade do grupo e está ligado a sua história), e um sistema periférico (flexível e mutável que se adéqua ao contexto).

Assim, o núcleo central antes de tudo, possui uma dimensão qualitativa, pois a sua centralidade pode ser atribuída à frequência de exposição dos atores sociais, não se restringindo a ela. Não é a presença maciça de um elemento que define a sua centralidade, mas sim o fato dele dá significado à representação. (WAGNER, 1998).

Desse modo, é ao sistema central que cabe determinar a organização da representação social e assim gerar a significação dos elementos desta; pois as representações sociais podem incluir divergências individuais, ao mesmo tempo em que se encontram organizadas em torno de um nó central coletivamente compartilhado. (VALA, 2006).

Sendo assim, a utilização da Teoria das Representações Sociais, juntamente com a Teoria do Núcleo Central contribuíram como referencial teórico-metodológico para apreender as percepções das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS no município de Jequié-Bahia; ao passo em que possibilitou o desvelamento do pensamento de um grupo social que compartilha uma vida cotidiana refletindo sobre suas ações, e como estas podem contribuir para um redirecionamento nos serviços de saúde.

4. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

A ciência é a forma hegemônica de construção de conhecimento, embora seja considerada por muitos críticos como um novo mito da atualidade.

Maria Cecília Minayo

No intuito de apontar a cientificidade deste estudo representações sociais das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS no município de Jequié-Bahia, descreveremos agora o processo metodológico utilizado.

Antes, porém, procuramos entender o sentido da metodologia de pesquisa e como a mesma deve ser realizada na pesquisa social. Metodologia é o caminho do pensamento e a prática [...], que inclui as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade, pois sabemos que a pesquisa social é um mundo polêmico e cheio de questões não resolvidas, constituindo-se debates incessantes e não conclusivos (MINAYO, 2010a).

Logo, a pesquisa social reflete a realidade, seus momentos de desenvolvimento, a dinâmica social, preocupações e interesses de grupos e/ou classes, constituindo-se um universo que é as Ciências Sociais (MINAYO, 2010b).

Dentro desse contexto, apresentaremos a seguir o percurso metodológico seguido para alcançarmos os objetivos estabelecidos deste estudo, em que apresentaremos o tipo de pesquisa, o campo da pesquisa, os sujeitos da pesquisa, as técnicas e instrumentos de coleta de dados, os aspectos éticos e o método de análise.

4.1 Tipo de Pesquisa

Assim, trata-se de um estudo multimétodos, de natureza descritiva exploratório, de abordagem qualitativa, pois analisa e interpreta o complexo comportamento humano, recusando regras precisas como problemas e hipóteses (LAKATOS; MARCONI, 2008) além de responder a questões muito particulares; ao passo em que trabalha com universos de significados, crenças, valores, buscando corresponder os espaços mais profundos das relações. (MINAYO, 2010b).

Utilizamos a Teoria das representações Sociais como referencial teórico-metodológico, pois para Moscovici (1976) as representações sociais podem ser entendida como um sistema de valores, de noções e de práticas tendo uma dupla tendência: antes de tudo, instaurar uma ordem que permite aos sujeitos a

possibilidade de orientarem-se no meio-ambiente social, material dominando-o. Como também assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade propondo-lhes uma forma peculiar de se comunicarem-se no seu mundo, de sua história individual e/ou coletiva.

4.2 Campo de Pesquisa

Desse modo, realizamos um estudo de campo, que segundo Minayo (2010b) é o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação, e para tanto apresentaremos algumas peculiaridades sobre o Município que desenvolvemos o estudo e dos cenários de investigação, que neste caso foram as Unidades de Saúde da Família (USF).

O município de Jequié está situado na região Sudoeste do Estado, localizado a 360 km da capital do Estado, atualmente conta com uma população de 150.351 habitantes (IBGE, 2008). Pertenceu por muitos anos à cidade de Maracás, até que em 13 de junho de 1910, foi elevada à condição de cidade, transformou-se em um ponto de comércio da região, que abastecia o sudeste do Estado, bem como a bacia do Rio das Contas. Sua maior evolução ocorreu com a chegada da estrada de ferro no ano de 1927, o que fez do município um importante centro comercial, sendo naquele momento a quarta cidade mais importante do estado da Bahia (ARAÚJO, 1997).

Trata-se de um Município peculiar por situar-se entre a faixa litorânea úmida (mata) e o sertão (caatinga), compondo uma zona de transição, plantada sobre um conjunto de palmeiras e terraço do Rio das Contas. Apresenta três tipos de vegetação: a mata, a caatinga e a chamada mata-de-cipó, o que possibilita uma maior diversificação na sua produção pecuária e agrícola, tendo o cacau durante muitos anos como a principal riqueza cultivada na zona da mata, considerada sustentáculo da sua economia (NASCIMENTO, 2003).

A partir da década de 1980, a situação de Jequié voltou a se transformar com os consideráveis investimentos no saneamento básico, urbanização, rede de distribuição de água encanada, educação e uma grande melhoria no setor de serviços, o que determinou um reaquecimento da economia local e expansão da área urbana. Dados sobre a década de 90 (CEI, 1997) reportam que o município

apresentou uma taxa estimada de crescimento da ordem de 1,40%, nos últimos anos.

Jequié, como pólo regional num processo de crescimento e desenvolvimento, é um município que vem gradativamente projetando-se no contexto econômico, social e político no Estado da Bahia.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi estruturada pela Lei 1433/97, organizada conforme organograma a seguir, formado pelos seguintes departamentos: Planejamento, Acompanhamento e Avaliação; Auditoria; Assistência à Saúde; Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental e Administrativo e Financeiro (SILVA, 2006).

ORGANOGRAMA 1 Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. Jequié-BA, 2009.



Fonte: Departamento de Planejamento da Gestão Descentralizada

A atenção básica conta com 27 Equipes de Saúde da Família, perfazendo uma cobertura de aproximadamente 57,21% das famílias. As equipes foram implantadas em 18 unidades de saúde da família (USF) e estão distribuídas conforme quadro abaixo, sendo 25 equipes na zona urbanas e duas na zona rural.

QUADRO n.º 1. Relação das USF e número de ESF do PSF de Jequié-BA, agosto/2010

NOME DA USF	Nº. ESF	Médico	Enfermeira	Aux	ACS	LOCALIZAÇÃO
Dr. Milton Rabelo	02	02	02	04	12	Zona urbana
Isa Cléria Santos Borges	01	01	01	02	12	Zona urbana
Aurélio Schiarreta	03	03	03	04	20	Zona urbana
Pe. Hilário Terrossi	02	02	02	04	12	Zona urbana
Giserlando Biondi	02	02	02	04	13	Zona urbana
Antonio Carlos Martins	01	01	01	02	08	Zona urbana
Tânia Brito	01	01	01	02	05	Zona urbana
Senhorinha Ferreira de Araújo	01	01	01	02	06	Zona urbana
Odorico Mota da Silveira	01	01	01	02	10	Zona urbana
Rubens Xavier	02	02	02	04	13	Zona urbana
Idelfonso Guedes de Araújo	01	01	01	02	07	Zona urbana
Isabel Andrade	01	01	01	02	14	Zona rural
Waldomiro Borges de Souza	01	01	01	02	11	Zona rural
Gilson Pinheiro	01	01	01	02	06	Zona urbana
José Maximiliano H. Sandoval	02	02	02	04	12	Zona urbana
Amando Ribeiro Borges	02	02	02	04	10	Zona urbana
João Caricchio Filho	01	01	01	02	03	Zona urbana
Virgílio Tourinho de P. Neto	02	02	02	04	12	Zona urbana
Total	27	27	27	52	186	-----

Fonte: Informações coletadas junto ao Departamento de Assistência à Saúde – SMS de Jequié, agosto, 2010.

Assim, o cenário dessa investigação foram as Unidades de Saúde da Família, tendo como critérios de inclusão ser localizada na zona urbana, ter tempo de funcionamento maior ou igual a seis meses, ter a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, não utilizamos as duas unidades da zona rural e uma unidade da zona urbana que no período da coleta de dados não tinha o profissional médico. Disponibilizando apenas 25 unidades para o nosso estudo.

4.3 Sujeito da Pesquisa

Este estudo teve como sujeitos as enfermeiras das unidades de saúde da família, citadas anteriormente, por entendemos que elas, por assumirem a coordenação das unidades, sendo consideradas como o elo entre a comunidade e a gestão dos serviços de saúde, são tidas como os “indivíduos sociais que tem uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado”. (DESLANDES, 2010, p. 43).

O critério de inclusão, utilizado para selecionar os sujeitos que fizeram parte deste estudo, está relacionado ao tempo de trabalho na equipe sendo este maior que seis.

É importante ressaltar que por se tratar de uma pesquisa qualitativa, num primeiro momento não nos preocupamos com a amostragem quantitativa, mas sim com o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado.

Assim, foram entrevistadas 19 enfermeiras, pois encontramos alguns encaminhamentos que dificultaram o encontro com esses sujeitos, dentre eles temos: 02 (duas) enfermeiras estavam de licença maternidade e as substitutas não contemplavam o critério relacionado ao tempo de serviço; 02 (duas) estavam afastadas, pois suas unidades estavam desativadas por problemas estruturais sem prazo para reativarem, e 01 (uma) houve muitos desencontros, foram feitas várias tentativas sem êxito.

Por acreditarmos que os contextos sociais e culturais dos sujeitos influenciam nos resultados de uma pesquisa, apresentaremos na tabela a seguir do perfil sócio-demográfico e educacional das enfermeiras que participaram deste estudo.

Tabela 1. Características sócio-demográfica e cultural das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. Jequié, 2010.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	19	100,0
Masculino	0	0
Faixa etária		
24 a 30	06	31,6
31 a 37	08	42,1
Acima de 38	04	21,0
Não informou	01	5,3
Tempo de Experiência Profissional		
1 a 5	11	57,9
6 a 10	02	10,5
11 a 15	05	26,3
16 a 20	01	5,3
Tempo de Atuação na Estratégia de Saúde da Família		
1 a 5	14	73,7
6 a 10	04	21,0
11 a 15	01	5,3
Outro Vínculo		
Sim	02	10,5
Não	14	73,7
Não Informou	03	15,8
Treinamento Introdutório		
Sim	13	68,4
Não	06	31,6
Cursos de Atualização em Áreas Específicas (tuberculose, hanseníase, dengue, DST/AIDS)		
Sim	19	100,0
Não	0	0
Formação na Atenção aos Cuidados nos Ciclos da Vida		
Sim	05	26,3
Não	14	73,7

Especialização		
Sim	16	84,2
Não	0	0
Em andamento	03	15,8
Especialização em Área afim		
Sim	15	79,0
Não	04	21,0

Na tabela 01 podemos evidenciar que 100% (19) dos sujeitos são do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 42,1% (08) das enfermeiras tem idade ente 31 e 37 anos, 31,6% (06) apresentam idade entre 24 e 30 anos, e 21,0% (04) apresentam idade acima de 38 anos, sendo importante salientar que uma das entrevistadas não informou sua idade por questões de privacidade.

Quanto ao tempo de experiência profissional a tabela evidencia que 57,9% (11) das enfermeiras tem de 1 a 5 anos de atuação profissional; 26,3% (05) de 11 a 15 anos; 10,5% (02) de 6 a 10 anos e 5,3% (01) de 16 a 20 anos. Esta variável nos possibilita inferir que o tempo de experiência profissional influencia diretamente no aperfeiçoamento da prática profissional, porém podemos suscitar, empiricamente, que esse tempo pode influenciar no processo de construção das representações sociais.

Outra variável que está sendo apresentada nessa tabela é o tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família em que 73,7% (14) das enfermeiras atuam de 1 a 5 anos; 21,0% (04) atuam de 6 a 10 anos e 5,3% (01) atuam de 11 a 15 anos. Sendo possível notar que a maiorias das enfermeiras tem menos de cinco (05) anos a frente da estratégia e se estabelecermos um paralelo com a variável anterior podemos inferir que a maioria das enfermeiras iniciaram sua experiência profissional na estratégia.

Quanto à existência ou não de outro vínculo é possível perceber que 73,7% (14) das enfermeiras trabalham exclusivamente na estratégia, o que é preconizado pelo ministério da saúde; e que 10,5% (02) possuem outro vínculo, sendo importante salientar que 15,8% (03) não informaram.

O perfil educacional nos possibilita conhecer o tipo de informações que o sujeito do estudo recebeu para aprimorar a sua prática profissional, sendo importante salientar que no processo de elaboração das representações sociais essas informações são transformadas em conformidade com o pensamento cognitivo do sujeito, pois não devemos deixar de lado sua história, suas crenças e sua cultura.

Assim, das enfermeiras entrevistadas 68,4% (13) fizeram o treinamento introdutório da estratégia de saúde da família e 31,6% (06) não fizeram, implicando em não ter tido contato com alguns documentos oficiais que determinam o processo de trabalho da ESF; 100,0% (19) fizeram cursos de atualização em áreas específicas (tuberculose, hanseníase e DST/AIDS); 73,7% (14) não tem formação na atenção aos cuidados nos ciclos da vida a exemplo AIDPI e 26,3% (05) tem esta formação.

A ausência do treinamento introdutório e o expressivo percentual na ausência de formação na atenção aos cuidados nos ciclos vitais nos levam a inferir que a prática dessas enfermeiras pode está limitada e sem muita autonomia para agir em situações de ordem gerencial e assistencial. Pois esses cursos, a exemplo o AIDPI subsidia e ampara a prática profissional nos cuidados em crianças menores de cinco anos que vem ao serviço de saúde necessitando de cuidados.

E para findarmos a análise dessa tabela e do perfil educacional 84,6% (16) das enfermeiras desse estudo tem especialização e 15,8% (03) estão cursando uma especialização. Dessas 79,0% (15) tem ou cursam especialização em área afim, sendo que 21,0% (04) a especialização é em outra área, a exemplo administração hospitalar.

4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

É importante ressaltar que a construção do projeto de pesquisa atendeu à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b) que estabelece diretriz e normas regulamentadoras em pesquisa que envolva seres humanos. Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade baiana, sendo aprovado com protocolo sob o nº. 132/2009 conforme anexo 01.

4.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

Para atingir os objetivos deste estudo, utilizamos como técnica e instrumentos de coleta de dados a entrevista e a observação sistemática. Segundo Minayo (2010b) a entrevista possibilita a construção de formações pertinentes a um objeto de pesquisa e pode ser considerada conversa com finalidades, ao passo em que se caracteriza pela sua forma de organização.

Então, diante da diversidade de tipos de entrevista, escolhemos a entrevista semi-estruturada, que segundo a mesma autora combina perguntas fechadas e abertas em que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema sem prender-se a indagação formulada.

O roteiro da entrevista é composto por três momentos, o primeiro estabelece a caracterização dos sujeitos do estudo, através do seu perfil sócio-demográfico e educacional; o segundo traz o Teste Livre de Evocações que tem o objetivo de apreender as representações sociais de um grupo social e na Teoria das Representações Sociais este teste consiste em pedir ao sujeito do estudo que produza todas as palavras ou expressões que vem a mente a partir de um estímulo (OLIVEIRA et al, 2005). Para este estudo o estímulo foi prática da enfermeira na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir das diretrizes do SUS; e o terceiro momento era composto com questões abertas que possibilitaram a expressão dos seus conceitos e representações.

Assim, para a realização das entrevistas e da observação sistemática encaminhamos à Secretaria Municipal de Saúde um ofício que esclarecia sobre o estudo, com o propósito de conseguir autorização para implementá-lo. Essa autorização levou dois meses, devido as mudança na direção do Departamento de Atenção Básica, que por não ter conhecimento do assunto não concedeu a autorização prévia; necessitando de um novo esclarecimento e da apresentação do ofício anterior que constava data de recebimento.

Por problemas de ordem administrativa, como falta de recursos para conceder o ofício de autorização, como também a circular de informação sobre a realização do estudo para as unidades e respectivas enfermeiras a diretora concedeu autorização no ofício/protocolo que encaminhamos como pode ser visto no anexo C.

Sendo importante salientar que os sujeitos deste estudo foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa em relação aos aspectos éticos, já esclarecido nesse estudo, e no aceite, assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A). As entrevistas, em sua maioria, foram gravadas, existindo apenas três sujeitos que se recusaram a gravar preferindo o registro manual (escrito) feito em próprio punho.

A observação sistemática possibilita ao observador a utilização de instrumentos que o auxiliem no reconhecimento de possíveis erros e na eliminação de

sua influência sobre o que ver ou o que recolhe, por saber o que procura e o que carece de importância em determinada situação (MARCONI; LAKATOS, 2008).

Realizamos a observação com a autorização prévia das enfermeiras e nos dedicamos aos aspectos gerenciais e assistenciais desenvolvido por elas, sendo esta observação feita em vários momentos a depender da necessidade das informações, e em todas as unidades que as enfermeiras aceitaram participar do estudo. Observamos o fluxo da unidade, o funcionamento dos serviços, momentos de consulta da enfermeira, sistema de comunicação e a organização da unidade, sendo esses dados registrados como diário de campo.

4.6 Técnica de Análise dos Dados

Os dados foram analisados e comparados entre si a partir de dois momentos, pois a observação sistemática permeia esses dois momentos. Utilizamos no primeiro momento os dados oriundos do Teste Livre de Evocação, através de uma análise executada pelo software EVOC 2000, tomando-se por base a frequência (F) e a ordem média de evocação (OME). Para tal, as palavras foram organizadas no Excel for Windows em que cada coluna correspondeu a uma palavra e cada linha a um sujeito, em seguida fez-se uma aproximação dos termos de sentidos semânticos, com o propósito de limpar o dicionário e favorecer ao processamento do *software* Evoc 2000 (OLIVEIRA et al, 2005).

Dos 19 sujeitos pesquisados, obtivemos 95 palavras evocadas, pois desprezamos as palavras que apareciam uma única vez, com o propósito de obter uma análise mais limpa. Assim, foi excluída apenas uma palavra e utilizadas 94; destas foram identificadas 17 palavras diferentes.

Os dados obtidos com o processamento foram organizados alfabeticamente em um quadro de quatro casas proposto por Vergés (1994). O ponto de corte considerado foi 03, e esse fato impossibilita que no quadro de quatro casas apareçam palavras com frequência inferior a esta.

Assim, para a determinação do núcleo central e do sistema periférico foram consideradas a frequência e a ordem média de ocorrência dos termos produzidos. A frequência diz respeito ao número de vezes que a palavra foi evocada e a ordem média está relacionada à ordem de evocação estabelecida pelos sujeitos no processo cognitivo de hierarquização. Desse modo, utilizamos os valores 05 e 03

sendo estes valores aproximados da freqüência e da ordem média respectivamente.

O segundo momento é uma aproximação com a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2009, p.44), que pode ser compreendida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativas ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Nessa perspectiva, o material coletado foi pré-analisado na tentativa de constituir o *corpus*, através da organização do material, de forma a responder a determinadas normas de validade, dentre elas: exaustividade (contemplando todos os aspectos contidos no roteiro); representatividade (a representação do universo); homogeneidade (que sejam obedecidos os critérios da escolha em relação a temas, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos que forem analisados devem adequar-se aos objetivos do trabalho). Em seguida realizamos a exploração do material empírico com a realização da codificação dos dados, sendo que em primeiro lugar fizemos o recorte do texto, nas denominadas unidades de registro. Em segundo lugar, foi feito a separação dos recortes, considerando-se as convergências, divergências e o inusitado presente nestes recortes; e em terceiro lugar realizamos a classificação e agregação dos dados em temas/categorias. Por fim realizamos o tratamento e a interpretação na busca de consolidar as convergências, divergências e o inusitado dos dados, de modo a analisá-los à luz do referencial teórico-metodológico.

As categorias e subcategorias definidas foram: **1) Diretrizes do SUS no universo consensual das enfermeiras**, 1.1 Na prática a implementação das diretrizes do SUS não é real, 1.2 Diretrizes do SUS como organizadora dos serviços de saúde, 1.3 Diretrizes do SUS como princípios específicos; **2) Representações sociais das enfermeiras sobre a Estratégia de Saúde da Família**, 2.1 Estratégia de Saúde da Família como um dispositivo de promover saúde para a população, 2.2 Estratégia de Saúde da Família como reorganizadora do sistema de saúde, 2.3 Estratégia de Saúde da Família que na prática é diferente, 2.4 Estratégia de Saúde da Família como redentora de todos os problemas, 2.5 Estratégia de Saúde da Família como família/equipe e comunidade; **3) Prática profissional/trabalho em saúde a partir das diretrizes do SUS no universo das enfermeira da Estratégia de Saúde da Família**, 3.1 Avanços e perspectivas da prática profissional/trabalho

em saúde das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família , 3.2 Limites da prática profissional/trabalho em saúde das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família.

5. DESVELANDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PRÁTICA PROFISSIONAL/TRABALHO EM SAÚDE DAS ENFERMEIRAS

*Nada do que foi será, de novo ou do jeito que já foi um
dia
Tudo passa tudo sempre passará
A vida vem em ondas como o mar
Num indo e vindo infinito
Tudo que se vê não é igual ao que a gente viu a um
segundo
Tudo muda o tempo todo no mundo [...]*

Lulu Santos

O processo de apreensão das representações sociais das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde nos possibilitou ter acesso a conteúdos latentes da memória de forma rápida, em que as respostas fornecidas foram imediatamente evocadas dificultando uma elaboração do pensamento e propiciando a tradução de uma realidade.

Esses dados foram processados através do *software* Evoc 2000, que permitiu a realização de cálculos estatísticos e a construção de matriz de co-ocorrência, subsidiando a análise voltada para a construção do quadro de quatro casas (FLAMENT, 1986), baseada na Teoria do Núcleo Central.

Nessa perspectiva, apresentaremos a seguir a discussão do universo consensual das enfermeiras da estratégia de saúde da família sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde a partir das diretrizes do SUS, iniciando com a apresentação do quadro das quatro casas que demonstra o núcleo central, os elementos primeira periferia, os elementos de contrastes e os elementos da segunda periferia (OLIVEIRA et al, 2005; ABRIC, 2003).

Quadro n.º 2 - Quadro de quatro casas que apresenta o sistema central e o sistema periférico da prática profissional/trabalho em saúde das enfermeiras na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS. Jequié/BA, 2010.

ELEMENTOS CENTRAIS				ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS			
Frequência \geq 05		Rang < 03		Frequência \geq 05		Rang \geq 03	
Acolhimento	14	2,643		Cidadania	5	3,000	
Compromisso	7	2,286		Cuidar	10	3,700	
Integralidade		7	2,429	Desilusão	9	3,111	
Responsabilidade		7	2,857	Educação	7	3,286	
				Equipe	10	3,500	
ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS				ELEMENTOS PERIFÉRICOS			
Frequência < 05		Rang < 03		Frequência < 05		Rang \geq 03	
				Acompanhar	3	3,667	
				Equidade	3	3,333	
				Participação	3	3,333	

Para os autores supracitados os termos que aparecem no quadrante superior esquerdo são os elementos que possuem maior frequência e baixa ordem de evocações, aparecendo mais vezes e nas primeiras posições, sendo, por este motivo, considerados os elementos que podem constituir o núcleo central da

representação social do objeto deste estudo; porque o núcleo central reúne os elementos mais freqüentes e mais importantes para os sujeitos.

Destarte, o termo acolhimento aparece nesse quadrante com freqüência de 14 e ordem de evocações de 2,643, porém é importante salientar que nesse quadrante também aparecem os termos compromisso com freqüência de 7 e ordem de evocações 2,286; o termo integralidade e o termo responsabilidade com a mesma freqüência e com ordem de evocação de 2,429 e 2,857 respectivamente.

Abric (2003) nos diz que nem tudo que se encontra nesse quadrante pode ser considerado como central, porém, esse autor nos afirma que o núcleo central está nele. Trazendo isso para a nossa realidade podemos perceber que os termos acolhimento, compromisso, integralidade e responsabilidade podem ser o núcleo central da representação social das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS, por pertencerem ao quadrante superior esquerdo e serem considerados, por elas, os elementos mais importantes para compor a sua prática profissional.

Os termos presentes no quadrante superior direito, chamado de primeira periferia, são considerados os elementos periféricos mais importantes pelos sujeitos desse estudo (OLIVEIRA et al, 2005). Partindo dessa ideia, podemos dizer que os termos cidadania, cuidar, desilusão, educação e equipe presentes neste quadro são considerados como os elementos periférico mais importantes, que podem aparecer no desenvolvimento da prática profissional/trabalho em saúde dos sujeitos deste estudo e reforçando as representações sociais destes sujeitos.

Arruda (2002) acrescenta que os elementos periféricos, são aqueles que fazem a interface com as circunstâncias em que a representação se elabora e os estilos individuais de conhecer dos sujeitos, podendo apresentar maior grau de variação e menor resistência.

Oliveira et al (2005) nos dizem ainda que os termos presentes no quadrante inferior esquerdo (zona de contraste) são considerados como os elementos de baixa freqüência porém, importantes para sujeitos deste estudo, ao passo em que também podem reforçar as noções presentes na primeira periferia. Percebemos que no caso deste estudo não possuímos nenhum termo nesse quadrante.

Já os termos presentes no quadrante inferior direito, também chamado de segunda periferia esses autores nos dizem que são considerados como os elementos que possuem a menor frequência e por esse motivo podem ser considerados como menos importantes, podendo, até, estar presente na prática profissional/trabalho em saúde dos sujeitos deste estudo, porém não constitui-se elementos de representações sociais. Aqui podemos dizer que os termos acompanhar, equidade e participação podem ser considerados como os elementos que possuem menor importância na construção das representações sociais para os sujeitos deste estudo.

Diante dessa análise podemos inferir que a prática profissional/trabalho em saúde das enfermeiras na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes o SUS traz o acolhimento como ação principal do seu processo de trabalho, como também podemos inferir que a participação, que nesse estudo corresponde à participação da comunidade é algo que não tem sido vista como elemento “importante” em sua prática profissional/trabalho em saúde.

Então, para que possamos realizar uma análise mais criteriosa sobre o nosso objeto de estudo estabeleceremos um paralelo entre os dados coletados na entrevista e na observação sistemática realizando um comparativo com os trazidos no quadro das quatro casas aqui apresentado.

Como foi dito no caminho metodológico deste estudo as entrevistas foram analisadas através de uma aproximação da análise de conteúdo de Bardin o que nos possibilitou a construção das categorias e subcategorias a seguir:

5.1 Diretrizes do SUS no universo consensual das enfermeiras

Ao nos reportarmos ao universo reificado das políticas públicas de saúde identificamos que a formulação do SUS sofreu influências que antecederam o movimento de reforma sanitária, vindo desde o final do século XIX; e que a Constituição Federal de 1988 traz as diretrizes que organizam o seu funcionamento, dando subsídios para a implementação das ações e dos serviços de saúde.

E ao questionarmos as enfermeiras qual o seu entendimento sobre as diretrizes do SUS as respostas nos remeteram a conteúdos que nos possibilitou a construção de três subcategorias: Na prática a implementação das diretrizes do SUS

não é real; Diretrizes do SUS enquanto organizadoras dos serviços de saúde; Diretrizes do SUS enquanto Princípios do SUS.

5.1.1 Na prática a implementação das diretrizes do SUS não é real

Ao entendermos que as diretrizes do SUS são quem orienta as ações e serviços de saúde, podemos esperar que estes contemplem a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, e conseqüentemente favoreçam para que o sistema possa funcionar com eficiência, eficácia e efetividade.

Porém, as representações trazidas no depoimento a seguir nos remetem à ideia de que a implementação das diretrizes do SUS na prática não é real, além de ressaltar que alguns gestores e profissionais de saúde precisam ter mais compromisso.

Muito bonito no papel, porém, sinto que a prática não é real, precisa ser mais comprometida com alguns gestores e conseqüentemente com os profissionais envolvidos (E1).

No contexto observacional nos foi possível notar esse não cumprimento das diretrizes do SUS, porque no momento da consulta subsequente de HIPERDIA (programa de cadastro e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus) a avaliação de E1 consistiu em verificar a pressão arterial e o peso, anotar no prontuário e entregar a medicação pertinente ao serviço atendido. Porém, a usuária chegou queixa-se de problemas ginecológicos e de dor na coluna, e foi orientada a marcar o preventivo e a consulta médica respectivamente, caracterizando uma avaliação fragmentada sem resolutividade.

Ainda neste contexto observacional notamos ausência do conselho local, item importante para garantir a participação da comunidade, como também a exposição da semana típica como forma de estruturar o seu serviço (turnos da semana com atendimentos específicos – atenção à saúde da criança, pré-natal, HIPERDIA, visita domiciliar, planejamento familiar, preventivo e reunião de equipe), ferindo o que preconiza as diretrizes, principalmente no que tange o atendimento integral e a participação da comunidade.

Entretanto, na fala de E1 podemos identificar a presença de um dos elementos centrais trazido no quadro das quatro casas (quadro n.º 2), o termo compromisso, caracterizando uma contradição entre a fala e a ação.

O Compromisso, que pode ser entendido como uma obrigação que envolve sujeitos, aqui está sendo colocado como um requisito para o bom/real funcionamento do sistema de saúde. Isso nos remete a uma reflexão sobre o que E1 entende por compromisso, já que a sua prática distancia-se do que é preconizado.

No universo reificado das políticas públicas de saúde podemos notar que a implementação das diretrizes do SUS vem ocorrendo desde 1991 com a publicação da primeira Norma Operacional Básica - NOB 01/91.

E nesse contexto de formulação de propostas (NOB's) para implementar as diretrizes do SUS, percebemos que o SUS é um processo social em marcha, não tendo começado em 1988 com a promulgação da Constituição Federal e sem prazo para terminar. É considerado como reforma social em um ambiente democrático, e como tal se caracteriza por mudanças lentas e politicamente custosas. (MENDES, 1999)

Então, diante do processo de construção do SUS os sujeitos envolvidos nele não devem apresentar descrédito, por serem considerados os sujeitos responsáveis em fazer o SUS acontecer. Mas, o depoimento a seguir nos traz a ideia de ser bem complicada a implementação das diretrizes em relação à Estratégia de Saúde da Família:

[...] se a gente for colocar ao pé da letra as diretrizes do SUS em relação a Estratégia de Saúde da Família, a gente acaba ficando meio não acreditando, meio frustrado, porque tudo isso na verdade é bem complicado a gente desenvolver. (E6)

Durante a observação sistemática na unidade que E6 trabalha notamos um esvaziamento da unidade de saúde. E ao questionarmos o motivo, a informação obtida foi a ausência do profissional médico que se encontrava de folga. Isso nos remete ao modelo biomédico, em que a figura do médico é a mais importante para o serviço de saúde; e quando este não se encontra a comunidade tende a procurar outros níveis de complexidade, desacreditando no serviço oferecido.

Na fala de E6 podemos notar a presença de alguns sentimentos como descrença e frustração, estes termos podem ser considerados como sinônimos do termo desilusão que no quadro de quatro casas aparecem na primeira periferia como elemento periférico e importante na construção das representações sociais.

Para Ximenes (2000) desilusão perpassa pela desesperança, pelo desengano, pela decepção e quando esses sentimentos se apresentam na vida do

indivíduo compromete a prática profissional e conseqüentemente, a qualidade do seu trabalho.

Ao nos reportarmos ao universo reificado do trabalho em saúde podemos perceber que o trabalho pode ser entendido como uma atividade humana capaz de favorecer a uma transformação do sujeito e do objeto num processo dinâmico. E quando colocamos a qualidade nesse processo alcançaremos a eficiência, a eficácia e a efetividade tão almejada nos serviços de saúde.

Os sujeitos que desenvolvem o trabalho são quem executa a ação, estabelecem os objetivos e as relações com os meios além de dar condições para a realização e transformação desse objeto. É importante salientar que no contexto atual todo processo de trabalho gera, além de objetivos técnicos, objetivos existenciais ou sociais visando à satisfação de quem os realiza. (FARIA et al, 2008). Mas na fala de E6 notamos que essa satisfação está distante de ser alcançada, podendo ser este o motivo pelo qual ache complicado implementar as diretrizes em sua prática profissional.

Todavia, para a efetiva consolidação do SUS faz-se necessário que ocorra mudanças na forma com que os serviços e práticas de saúde se organizam, redirecionando enfoques e pautando-se em paradigmas voltados para a saúde enquanto expressão de cidadania (GOTTEMS; PIRES, 2009); envolvendo os seus atores sociais (gestores, profissionais de saúde e comunidade), num contexto de compromisso e responsabilidade.

5.1.2 Diretrizes do SUS como organizadora dos serviços de saúde

O universo reificado das políticas públicas de saúde traz as diretrizes como a organizadora das ações e serviços de saúde, porém o entendimento trazido pelas enfermeiras coloca as diretrizes como quem aprimora os serviços de saúde em todo o território nacional e efetiva o SUS, colocando-o em prática através da regulação das ações e serviços de saúde, como podemos ver nos depoimentos a seguir:

[...] aprimorar os serviços do SUS em toda a nação (E2).

[...] veio pra... pra gente realmente, efetivar, né? colocar em prático, o Sistema Único de Saúde (E5).

[...] regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executando, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual. (E17)

As falas de E2 e E5 trazem as diretrizes como quem aprimora os serviços de saúde, efetiva e o coloca em prática o SUS respectivamente. Porém, no universo reificado das políticas públicas de saúde podemos identificar que quem aprimora e coloca o SUS em prática são os atores sociais do processo (comunidade, profissionais de saúde e gestores) através da implementação das Normas Operacionais, entendidas como instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientam a operacionalidade do sistema a partir de uma avaliação periódica, além de ter como objetivos induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; regular as relações entre seus gestores e normatizá-lo. (BRASIL, 2003a, 2003b).

Assim, pensar em aperfeiçoamento e efetivação do SUS é pensar nas NOB's, NOAS's, no Pacto pela Saúde, que são criados a partir das diretrizes com o propósito de contemplar a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade e conseqüentemente atingirmos o SUS que tanto almejamos.

A fala de E17 apresenta as diretrizes como quem regula em todo território nacional as ações e os serviços de saúde sejam isolados ou conjuntamente, eventuais ou permanentes, estando esta fala muito próximo do que esperamos das diretrizes.

No campo da observação sistemática notamos que E2 desenvolve seu trabalho em saúde pautada no núcleo familiar, pois durante a consulta de criança percebemos uma preocupação com os demais membros da família, mas no que diz respeito ao atendimento integral deixou dúvidas, pois os exames físicos das crianças eram realizados com roupa, se restrito a medir o peso e a altura; ainda no que tange ao atendimento integral identificamos que a organização do seu serviço consistia na semana típica, exposta na sala de espera da unidade de saúde. E no que tange a participação da comunidade ausência de conselho local.

Essa observação nos suscita uma questão: que tipo de aprimoramento E2 implementa em sua prática profissional, visto que a integralidade e a participação da comunidade não estão presentes? Porém, faz-se importante ressaltar que é um grande passo ter o núcleo familiar como foco do seu trabalho.

Na observação de E5 nos foi possível identificar que seu trabalho em saúde também se estrutura em semana típica, atendendo a demanda organizada e a demanda espontânea, principalmente para o serviço de planejamento familiar. E no

que tange a participação da comunidade existe o conselho local que encontra-se desativado.

E ao nos reportarmos ao quadro das quatro casas (quadro n.º 2) nos é possível notar a existência de uma contradição, pois o termo integralidade presente no quadrante superior esquerdo podendo, por este motivo, ser considerado o elemento central das representações sociais dos sujeitos do estudo, porém, não foi possível identificá-lo na prática profissional desses sujeitos.

Já o termo participação localizado no quadrante inferior direito constituindo-se em um elemento com pouca importância para a construção das representações sociais, justificando talvez por este motivo a sua ausência na maioria dos serviços visitados.

A organização da rede de serviços e ações de saúde, na perspectiva do SUS, consiste em atender e assegurar os princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, possibilitando a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social. (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Então, podemos inferir que o imaginário social dos sujeitos do estudo traz essa ideia, pois quando colocam as diretrizes como quem norteia o trabalho e os serviços de saúde na busca de garantir deveres e direitos, busca na sua organização esses princípios.

[...] tem como objetivo nortear o trabalho e/ou serviços a fim de garantir os direitos dos usuários e os deveres dos servidores/profissionais. (E3).

Esse depoimento também nos aponta para uma reflexão sobre a necessidade de gestores e profissionais de saúde assumirem o seu compromisso nessa construção e na efetivação do SUS levando em consideração os seus direitos e deveres; e isso nos remete mais uma vez ao quadro das quatro casas (quadro n.º 2) que traz o termo compromisso, ratificando a relevância desse termo para a construção das representações sociais. Porém surge uma questão: como implementar esse compromisso nas relações entre os sujeitos do processo, ao passo em que reafirmo a reflexão sobre o que eles entendem por compromisso?

Em sua existência o SUS tem incentivado o controle social, na busca do exercício da cidadania através dos conselhos de saúde e conferências de saúde como preconiza a lei 8.142/90, porém existe em alguns lugares uma ideia distorcida

na efetivação do controle social, inclusive com a colonização desses espaços por interesses partidários, clientelistas, corporativos e de grupos comprometendo, conseqüentemente a construção do processo, além de constatarem, ao mesmo tempo, um refluxo dos movimentos sociais no setor e a existência de obstáculos para a realização de uma cidadania plena, comprometendo a qualidade dessa participação em termos de representatividade e legitimidade. (MENDES, 1999)

Mas é importante ressaltar que no montante implementado do SUS o resultado vem sendo positivo e aponta para um movimento democratizador na saúde, sem precedentes em nenhum outro espaço social da vida nacional. (MENDES, 1999; PAIM, 2009)

Desse modo, pensar em participação da comunidade é importante estruturá-la num processo de responsabilização conjunta, em que os atores sociais (usuários, profissionais e gestores) assumam os seus papéis numa perspectiva de coletividade, deixando de lado os seus interesses partidários, de grupos e/ou corporativos, para que dessa forma possamos exercer uma cidadania plena na efetivação do SUS.

Outro ponto que os sujeitos desse estudo nos trazem diz respeito às responsabilidades conferidas às diretrizes, pois também as vem como normas e rotinas dos profissionais para a implementação da sua prática, como podemos notar:

[...] são realmente como se fosse normas e rotinas daquilo que deve ser o seu atendimento, a sua assistência à comunidade de uma forma geral [...] é [...] tipo uma regulamentação daquilo que eu devo fazer e daquilo que o usuário poderá encontrar naqueles serviços (...). Eu acho que as diretrizes são uma regulamentação das normas e rotinas pra a assistência. (E13)

Podemos perceber no depoimento de E13 que as representações sociais sobre as diretrizes do SUS se apresentam numa concepção limitada, restringindo-as aos aspectos assistenciais, deixando de lado os aspectos relacionados à descentralização e a participação da comunidade. E no contexto observacional nos foi possível notar que a participação da comunidade se restringia aos meios de comunicação (ouvidoria e rádio) e só participavam para o atendimento com a enfermeira, o médico e o odontólogo. Isso nos possibilita inferir que a prática profissional da enfermeira não está voltada a aspectos referentes à descentralização e a participação da comunidade.

No que tange a descentralização o quadro das quatro casas (quadro n.º 2) não nos traz informações, mas no que diz respeito a participação da comunidade,

nos é possível perceber que esse termo encontra-se no quarto quadrante ou segunda periferia, sendo considerado como elemento de menor importância para a construção das representações sociais, e dessa forma podem justificar mais uma vez o fato de não estar presente em suas práticas.

Outra visão trazida pelos sujeitos do estudo nos apresenta as diretrizes do SUS como quem analisa as necessidades de saúde da população, como podemos notar a seguir:

Analisa pela necessidade mesmo da população. [E18]

(...) estão voltadas para atender as necessidade da comunidade que procura uma saúde melhor, né ? [E19]"

A observação sistemática referente a E18 e E19 nos possibilitou perceber que os serviços oferecidos como de farmácia estava faltando medicação, principalmente anti-hipertensivos, a unidade era bem organizada, porém os seus atendimentos seguiam o critério de semana típica, dispunha de equipamentos básicos (estetoscópio, esfignomanômetro, sonnar doppler, balanças antropométrica para adulto e criança) para o desenvolvimento de seu trabalho em saúde. Isso nos possibilita inferir que no que tange aos aspectos gerenciais elas conseguem realizar um bom trabalho e atender as necessidades de saúde da comunidade, mas o que tange aos aspectos de gestão essas necessidades ficam a desejar.

O SUS por ser uma política em construção, e que surgiu num contexto em que o modelo hegemônico de saúde, a exclusão, a marginalização, a economia como prioridade, eram destaques desse período. Podemos dizer que as diretrizes foram pensadas com o propósito de contrapor esse cenário e conseqüentemente propor a organização de ações e serviços que atendam as necessidades de saúde da população.

Porém, é importante salientar que o tema necessidades de saúde é vasto e já deu margem para diversos estudos como o de Leopardi (1992), que estudou as necessidades de saúde a partir da abordagem marxista e concluiu que para alcançarmos a cidadania faz-se necessário assegurar a satisfação das necessidades entendidas como direitos; o de Mendes Gonçalves (1992) que estabeleceu uma relação entre processo de trabalho e necessidades, defendendo que estas não são naturais e nem iguais, pois a distribuição e o consumo dos produtos do processo de trabalho são desiguais.

Outro estudo foi o de Vaitsman (1992) que apontando para as transformações ocorridas na organização da vida, trazendo a ideia de que as necessidades perpassam por um conjunto de necessidades fundamentais como a de subsistência, de proteção, de afeto, de compreensão, de participação, de lazer, de criação, de identidade e de liberdade.

O de Melo Filho (1995) que defendeu a ideia de que para atendermos as necessidades de saúde faz-se necessário a satisfação das necessidades que envolvem a conservação da vida e ao mesmo tempo ultrapassá-la em direção a superação da vida cotidiana. Entre muitos outros estudos como o de Campos (2004) que trata das necessidades de saúde numa concepção de necessidades concretas e abstratas, o de Nery (2006) que corrobora com o estudo de Matsumoto (1999) dividindo as necessidade de saúde em quatro grupos, um voltado para as boas condições de vida, outro voltado ao acesso e ao consumo das tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida; o terceiro grupo diz respeito a criação de vínculos (a)efetivo entre o usuário e a equipe de saúde e o último grupo está relacionado ao fato da autonomia do indivíduo enquanto sujeito e responsável pela sua vida/saúde.

Diante desse contexto, podemos inferir que é muito complexo relacionar as diretrizes com as responsáveis em atender as necessidades de saúde, e isso nos suscita uma questão: de quais necessidades elas se referem?

Pois, pautando-se nos estudos anteriores, podemos inferir que uma prática profissional voltada para a satisfação das necessidades de saúde envolveria os diversos pontos colocados como por exemplo: a visão das necessidades como direito; a distribuição e o consumo dos produtos do processo de trabalho; os diversos tipos de necessidades fundamentais e as necessidades que envolvem a conservação da vida, indo além da vida cotidiana.

É importante salientar que as diretrizes se pautam na organização dos serviços e ações de saúde, e que sem dúvida subsidiam as práticas profissionais, não numa concepção de normas e rotina, nem no que tange a satisfação das necessidades de saúde da população, mas sim no propósito de fazer valer os aspectos concernentes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

5.1.3 Diretrizes do SUS como Princípios do SUS

Nesta subcategoria os sujeitos se reportam as diretrizes como princípios do SUS, além de trazerem a ideia de princípios específicos que devem ser adequados a uma realidade, como podemos notar nos depoimentos a seguir:

[...] a questão de... da equidade, da... integralidade [...] as diretrizes do SUS eu acho que são bem específicas [...] (E4)

[...] tá pegando lá os princípios e tá adequando a nossa realidade (E8)

[...] assim a questão daa... integralidade, né? (E10)

[...] são os princípios do SUS, né? Que tem que ser seguido, né? A questão da integralidade, da participação social do indivíduo (E11)

[...] a participação da população [...] (E14)

Assim, as representações sociais apresentadas nesses depoimentos nos possibilitam suscitar que a prática profissional dos sujeitos deste estudo pode estar pautada em alguns princípios específicos do SUS, como a integralidade, a equidade e a participação social.

E para corroborar com as nossas suscitações e/ou negá-las faremos um reporte ao quadro das quatro casas (quadro n.º2) e a observação sistemática.

Na primeira visão do quadro supracitado percebemos que esses princípios se apresentam em quadrantes diferentes. A integralidade se apresenta no primeiro quadrante, podendo ser considerada como um dos elementos centrais da representação social, ao passo em que os termos equidade e participação se encontram no quarto quadrante ou segunda periferia sendo considerados os elementos que possuem pouca importância na construção das representações sociais. Nessa primeira impressão poderíamos dizer que a integralidade deve estar presente na prática profissional desses sujeitos, ao passo em que a equidade e a participação da comunidade não.

Acrescentando as informações da observação percebemos que esses sujeitos organizam o seu trabalho atendendo a semana típica; E11 durante a consulta de pré-natal se limitou a medir peso, altura uterina, batimentos cardíacos do feto e como a dentição da usuária era perceptivelmente danificada encaminhou-a para o odontólogo.

Ao nos reportarmos ao universo reificado das políticas públicas de saúde os princípios do SUS são tratados na lei 8.080/90, que orientam o processo organizativo das ações e serviços de saúde, subsidiam a implementação das

diretrizes no desenvolvimento da prática dos sujeitos envolvidos no processo de construção do SUS.

Assim, ao tratarmos do princípio da integralidade Brasil (1990a) nos diz que a integralidade de assistência pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Porém, a representação trazida pelos sujeitos do estudo nos traz outro entendimento:

[...] nos princípio de que o ser humano não é um fragmento e portanto, deve ser visto como um todo (integralidade), valorizando seu lado social, psicológico, etc e oferecer da maior atenção e/ou recursos àqueles que mais precisam (equidade), de forma interdisciplinar pois cada profissional atuando em “equipe” poderá obter melhores resultados. (E9)

Esse depoimento nos traz algumas reflexões sobre a prática profissional dos sujeitos do estudo, pois suscitam que a integralidade se pauta numa visão não fragmentado do indivíduo, que pode estar alicerçada no entendimento de Brasil (1990c) em que traz a integralidade numa concepção de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. Porém, Pinheiro (2003a) nos traz a integralidade como uma ação social que resulta da **interação democrática** entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do **cuidado de saúde**, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Outra reflexão trazida por esse depoimento é a questão da equidade em que os recursos e a atenção devem ser oferecidos àqueles que mais precisam, seria esse o entendimento de equidade?

Para Brasil (1990c) a equidade perpassa pela capacidade de assegurar ações e serviços de saúde, de todos os níveis de complexidade, independente de onde more o cidadão, sem privilégios e sem barreiras. Garante a idéia de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos, não restringindo as ações e serviços de saúde a quem precisa ou a quem mais precisa.

Desse modo, podemos dizer que a equidade na prática profissional das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família deve ter como propósito o direcionamento de ações e serviços que busquem satisfazer as necessidades de saúde da comunidade, numa perspectiva de alocar recursos nas áreas que mais precisam de acordo com a realidade local. Favorecendo desse modo, a uma

atenção desigual para indivíduos que tem necessidades desiguais, sem deixar de lado, e respeitando o direito de cada um, atentando sempre para a legalidade e a imparcialidade.

Por fim a última reflexão trazida por esse depoimento é o trabalho em equipe, numa concepção interdisciplinar que resultará numa obtenção de melhores resultados para o setor saúde. Porém, é importante ressaltar que o trabalho em equipe não deve estar desarticulado da integralidade da assistência, pois exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas, pois a formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

No contexto observacional de E9 conseguimos notar uma excelente relação entre a equipe de saúde, um bom relacionamento interpessoal entre a equipe e a enfermeira e entre a enfermeira e as usuárias; foi possível também perceber uma preocupação da enfermeira quanto a resolutividade do seu serviço de pré-natal, pois tentava dar solução à todas as queixas apresentadas pelas usuárias; o exame físico era completo se atentando para as especificidades de cada situação, ao passo em que se preocupava em relatar os achados e assim estabelecer a participação da usuária na consulta e conseqüentemente, mostrar que elas também são responsáveis pelo seu bem estar. Caracterizando que o seu discurso está condizente com a sua prática.

Os depoimentos até aqui apresentados trazem os mesmos princípios do SUS, porém os que seguem nos trazem elementos novos, como a ideia da descentralização e a saúde como direito de todos e um dever do Estado.

[...] integralidade da assistência, a equidade, é [...] a gente sabe também da descentralização, a participação da comunidade, e também sabemos que a saúde é um dever de todos, um direito de todos e um dever do estado, cabe também a comunidade ela ser participativa [...] (E12)

[...] a descentralização ela veio muito importante, porque a gente pode tá atuando de acordo com a nossa realidade [...] a integralidade [...] a gente vai tentar atender todas as suas expectativas [...] participação popular e a comunidade aprende que tem direitos e deveres [...] (E15)

[...] a saúde é um direito fundamental do ser humano, o Estado tem o dever de garantir a saúde do cidadão assegurando o seu acesso universal e igualitário (E16)

A descentralização pode ser entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal); o que nos possibilita amparar a idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto (BRASIL, 1990c).

Levando esse entendimento para a prática profissional das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família, percebemos a necessidade de uma inteiração com os fatos que acontecem na comunidade para que dessa forma possam junto com a equipe e a comunidade desenvolver ações com o propósito de minimizar tais acontecimentos, garantindo o poder de resolubilidade na unidade de saúde.

Antes, porém, que façamos a exposição da observação sistemática faz-se necessário entendermos o significado de resolubilidade. Para Brasil (1990c) pode ser entendida como a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência. Assim, podemos inferir que a resolubilidade está diretamente ligada a descentralização local em saúde para a Estratégia de Saúde da Família.

E no que tange a ideia de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, podemos inferir que essa representação se alicerça na constituição federal, que traz em seu artigo n.º196 a saúde como direito de todos e um dever do Estado com vista a instaurar políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Nesse cenário de resolubilidade e de entendimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, nos foi possível notar através da observação sistemática que as enfermeiras solicitaram a presença do SAMU quando a situação não mais competia a Unidade da Saúde da Família, garantindo desse modo os princípios supracitados.

Assim, nos foi possível perceber que para implementação das diretrizes do SUS na prática profissional das enfermeiras, os princípios do SUS constituem elementos de importâncias variadas para a construção das representações sociais e conseqüentemente podem estar ou não presentes em suas práticas.

5.2 Representações sociais das enfermeiras sobre a Estratégia de Saúde da família

Reportando-nos ao universo reificado das políticas públicas de saúde podemos entender a Estratégia de Saúde da Família como o modelo de atenção básica voltado para a reorientação da lógica assistencial do SUS, com base no modelo de vigilância à saúde, tendo como propósito a ordenação das redes de atenção à saúde do SUS, contemplando a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes de uma comunidade.

Assim, ao questionarmos as enfermeiras sobre o seu entendimento a respeito da Estratégia de Saúde da Família, as respostas nos remetem a cinco subcategorias: Estratégia de Saúde da Família como estratégia de promover saúde para população; Estratégia de Saúde da Família como a reorganizadora do sistema de saúde; A Estratégia de Saúde da Família na prática é diferente; Estratégia de Saúde da Família como redentora de todos os problemas; Estratégia de Saúde da Família enquanto família/comunidade/equipe.

5.2.1 Estratégia de Saúde da Família como um dispositivo de promover saúde para população

Por entender a Estratégia de Saúde da Família como a reorientadora da lógica assistencial do SUS com base em seus princípios, além de incorporar a estrutura do modelo de vigilância à saúde, os sujeitos desse estudo traz a Estratégia de Saúde da Família como:

[...] melhor estratégia pra promover saúde [...] (E4)

A promoção da saúde, diante de todo esse contexto histórico apresentado no universo reificado das políticas públicas de saúde, tem contribuído para uma mudança no pensamento sanitário contemporâneo, na busca de contrapor o modelo assistencial biomédico, hospitalocêntrico e curativista, propondo ações que incorporem a articulação intersetorial, abordagens interdisciplinares e a participação social. (Rabello, 2010)

Na observação foi possível perceber que E4 não implementa uma articulação intersetorial na comunidade, não estimula a participação da comunidade (ausência de conselho local), não realiza atividades educativas em grupos e não demonstra uma relação interdisciplinar, principalmente com o profissional médico.

Nesse contexto, nos é possível deduzir que a prática profissional de E4 se distancia do que Rabello propõe como promoção da saúde, ao passo em que se mostra contraditório à sua fala.

A mesma autora nos diz que muitas discussões vem acontecendo sobre a promoção da saúde, algumas altamente complexos que refletem estruturas da realidade e as relações sociais, porém, ela traz uma proposta pertinente que possibilita uma reflexão sobre a promoção da saúde numa perspectiva libertadora, e não mais centrada no indivíduo, pois, a promoção da saúde centrada no indivíduo, se mantém numa abordagem de prevenção das doenças fixando-se nas formas biomédicas de resolver problemas.

Assim, pensar em Estratégia de Saúde da Família como estratégia de promoção da saúde é pensar na possibilidade dos sujeitos envolvidos no processo construtivo do SUS, assumirem a sua responsabilidade enquanto sujeitos, desenvolvendo o empoderamento para exercer o controle e a responsabilidade sobre sua saúde através da promoção da saúde.

Porém, essa forma de perceber a Estratégia de Saúde Família (ESF), e conseqüentemente a promoção da saúde ainda não está no imaginário social dos sujeitos deste estudo, pois trazem a ESF na perspectiva de promoção para a prevenção de doenças e agravos, sendo esta centrada no indivíduo, como podemos notar nos depoimentos a seguir:

A estratégia de saúde da família é uma estratégia [...] criada com o SUS a fim de promover [...] a saúde da população [...] promovendo ações que venham [...] evitar doenças [...] (E2)

A Estratégia de Saúde da Família antes de qualquer coisa a gente trabalha com saúde preventiva. (E8)

[...] nova visão através da promoção da saúde e prevenção das doenças [...] (E9)

[...] estratégia de saúde da família? é onde intensifica a promoção e a prevenção, né? [...] (E10)

Esse contexto da promoção da saúde centrado no indivíduo nos possibilita inferir que a prática profissional das enfermeiras se restringe a promoção da saúde com ações que evitem o adoecimento da comunidade onde trabalham.

E essa ideia surge ao perceber, através da observação sistemática, uma preocupação de algumas enfermeiras em realizar palestras e/ou sala de espera (Educação em saúde) na comunidade e na unidade, respectivamente, com temas pertinentes aos problemas de saúde identificados ou sugerido pelos usuários. Encontra-se afixado no mural da unidade em que E2 trabalha uma escala, cujo tema é dengue, para ser desenvolvida pelos agentes comunitários de saúde como atividade de sala de espera.

O termo educação encontra-se no quadrante superior direito (primeira periferia) do quadro n.º 2, sendo considerado elemento importante para subsidiar a construção das representações sociais. E talvez por esse motivo exista essa preocupação em desenvolver ações de educação em saúde.

Os depoimentos a seguir nos trazem um elemento novo na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família para a promoção da saúde, que é a construção do vínculo com os usuários cadastrados e acompanhados nas unidades de saúde da família, mas mantém a ideia da promoção da saúde centrada no indivíduo.

Quando a gente cria vínculo, né? Então ela visa a gente atuar na prevenção de doenças e agravos ta criando vínculo com a comunidade. (E15)

A estratégia de saúde da família é um programa de saúde que visa a promoção da saúde, através de ações de prevenção e recuperação de saúde, estabelecendo o vínculo com os usuários que são cadastrados e acompanhados na unidade. (E16)

O vínculo pode ser entendido como sendo o processo de responsabilização de toda equipe de saúde, diante dos problemas individuais e coletivos oriundos da comunidade. E para que esse processo ocorra faz-se necessário o desenvolvimento de inter-relação entre profissionais de saúde e usuário, de modo que possibilite à equipe de saúde participar do dia-a-dia da comunidade, com a ampliação do espaço para conhecer e compreender o indivíduo, a família e a comunidade, em seu contexto social. (PIRES, 2007).

Podemos notar que a criação de vínculo perpassar por uma reflexão sobre responsabilidade e compromisso entre esses atores sociais, implicando em ações

que estimulem/estabeleçam o autocuidado e conseqüentemente, possam favorecer para a promoção da saúde numa concepção libertadora.

Como os termos responsabilidade e compromisso já foram discutidos como sendo os elementos que podem constituir as representações sociais dos sujeitos desse estudo, porém em alguns momentos se apresentaram distantes da prática profissional destes sujeitos. Levantamos mais uma vez um questionamento: que tipo de responsabilidade e compromisso é estabelecido na prática profissional das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família?

Através dos depoimentos nos é possível inferir que a prática das enfermeiras se pauta na promoção da saúde numa concepção centrada no indivíduo com ações de prevenção e recuperação, como já discutimos anteriormente, porém para estabelecamos a promoção da saúde numa concepção libertadora faz-se necessário que os sujeitos envolvidos no processo assumam a responsabilidade e o compromisso, que resultará no empoderamento para o exercício de uma cidadania plena através do controle social efetivo.

5.2.2 Estratégia de Saúde da Família como reorganizadora do sistema de saúde

Tendo em vista todo o universo reificado das políticas públicas de saúde no Brasil e a necessidade de pensar em estratégias que atendam as novas demandas do SUS e, melhor organize as ações e serviços de saúde, a ESF apresenta-se como proposta de reorientação da lógica assistencial do SUS.

Podemos perceber que essa ideia não está distante no universo representacional dos sujeitos deste estudo, pois trazem a ESF como a reorganizadora do sistema de saúde:

É uma estratégia de reorganização do sistema de saúde que visa a atenção básica [...] onde o princípio de organização do serviço, com área delimitada e famílias referendadas permite um acesso e aproximação com os usuários o que facilita a execução das ações permitindo um melhor resultado (E3)

Nesse depoimento nos é possível perceber que a Estratégia além de reorganizadora do sistema de saúde está voltada para a atenção básica atuando em uma área delimitada, com ações voltadas ao núcleo familiar.

O Ministério da Saúde traz a Saúde da Família como a principal estratégia para a reorganização da Atenção Básica, buscando a integração e a organização

das ações e serviços de saúde em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas/necessidades identificados. (Brasil, 2005)

O depoimento também suscita a construção do vínculo, quando nos fala da aproximação com os usuários, como algo que facilita a execução das ações e propicia o alcance de melhores resultados. Podemos perceber isso quando Brasil (2005) nos diz que o processo de trabalho da atenção básica pauta-se na integralidade da atenção em saúde, **no vínculo** (destaque nosso) e na responsabilização, na adstrição da clientela às unidades de saúde, na participação comunitária, na humanização e promoção da saúde.

Assim, podemos inferir mais uma vez, que a prática profissional das enfermeiras pode trazer o vínculo como elemento importante; porém, no quadro das quatro casas (quadro n.º2) o termo vínculo não se apresenta em nenhum dos quadrantes.

Todavia, Pires (2007) nos diz que ao estabelecermos o vínculo, chegaremos, ao dispositivo acolhimento, por compreender que um não se concretiza sem o outro. E o termo acolhimento é o elemento de maior representatividade na construção das representações sociais dos sujeitos deste estudo na implementação da sua prática profissional/trabalho em saúde.

Durante a observação de E3 nos foi possível notar que o acolhimento inicia na recepção da unidade, desde o vigilante, passando pela recepção, até chegar no serviço de enfermagem; nos deixando a impressão de que o acolhimento é o dispositivo essencial para o desenvolvimento do trabalho em saúde daqueles profissionais.

Então, por entendermos que a atenção básica estrutura seu processo de trabalho em saúde, no vínculo, já discutido anteriormente, na **integralidade da atenção**, na **responsabilização**, na **humanização**, na **adscrição da clientela**, na **participação da comunidade** e na **promoção da saúde**. Isso nos possibilita supor que a prática profissional dos sujeitos deveriam se pautar nesses elementos para consubstanciar o seu trabalho em saúde. Mas na verdade poucos desses elementos se apresentam no quadro das quatro casas e quando presentes situam-se em quadrantes diferenciados.

Assim, podemos citar aqui a integralidade da atenção e a responsabilidade, que devido a suas localizações no quadro são considerados como elementos importantes na construção das representações sociais dos sujeitos, mas

conseguimos notar a existência de contradição entre a fala e a prática dos sujeitos, o que propicia à uma reflexão sobre as suas representações sociais e suas práticas. A participação da comunidade, já discutida em subcategorias anteriores, constitui-se elemento de pouca importância para esses sujeitos o que pode justificar o fato de não estar presente em suas prática profissional. Isso nos suscita mais uma reflexão: como anda o processo de trabalho da atenção básica no município?

Outras idéias também são trazidas pelos sujeitos deste estudo e podem estar relacionadas com a organização do sistema de saúde como podemos ver nos depoimentos a seguir:

Eu não vejo mais a estratégia como porta de entrada. Antigamente a gente só via a estratégia como porta de entrada da atenção básica. (E13)

Ela veio assim, pra dá uma organizada boa, né? Que é uma porta de entrada. (E15)

O universo reificado das políticas públicas de saúde traz a atenção básica como a porta de entrada do sistema de saúde e, ao considerarmos a Estratégia de Saúde da Família como a principal reorganizadora da atenção básica, poderemos inferir que a ideia trazida pelos sujeitos não se distanciam do que é preconizado, ou seja, em sua prática profissional as enfermeiras devem ver a Estratégia como porta de entrada no sistema de saúde, e talvez por este motivo possam considerá-la como:

[...] o melhor modelo assistencial vigente no país hoje [...] (E7)

Diante desse contexto, nos foi possível perceber que não é bem assim que acontece, a unidade em que E13 trabalha abriu as 8:15 e já existia uma demanda aguardando do lado de fora, a justificativa dada pelos funcionários foi a necessidade de limpeza do ambiente; nesse turno de serviço nem a enfermeira, nem o médico foram trabalhar, sendo essa demanda orientada, pelo vigilante e a funcionária de serviços gerais, a voltar no turno da tarde.

No que tange ao contexto de E7, a observação nos possibilitou perceber que alguns serviços que não estavam sendo oferecidos, a exemplo temos o de imunização, em que os usuários chegavam e eram orientados a voltar outro dia. E ao questionar o motivo do não oferecimento daquele serviço a justificativa dada foi a falta da auxiliar de enfermagem.

Então como pensar em reorientação da lógica assistencial do SUS se os serviços ainda não estão preparados para essa nova abordagem, cultivando a espera, o não oferecimento de serviços tidos como relevantes para a prevenção de doenças/agravos.

5.2.3 A Estratégia de Saúde da Família que na prática é diferente

Existem hoje no Brasil portarias que regulamentam as práticas em saúde, as competências de todos os profissionais de saúde que desenvolvem suas ações na Estratégia de Saúde da Família - Atenção Básica.

Assim, a Estratégia de Saúde da Família pauta suas ações em estratégias que visam contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica à saúde e consequentemente para a redução dos gastos com a média e alta complexidade (GUEDES, 2006). Porém, o depoimento abaixo suscita outros encaminhamentos.

Hoje infelizmente a gente aqui no programa a gente atende mais curativo do que preventivo. (E8)

A idéia trazida por esse depoimento nos possibilita inferir que as práticas desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família fogem do que é preconizado, deixando a promoção da saúde, a abordagem interdisciplinar, a integralidade da atenção, a prevenção de doenças e agravos em segundo plano, ao passo que valoriza os aspectos curativista do cuidado em saúde.

Percebemos isso ao visualizarmos, através da observação sistemática, práticas voltadas aos aspectos assistenciais, atendendo sua semana típica e os programas daquele dia, numa concepção, muitas vezes, limitada do usuário, a exemplo podemos citar o usuário portador de hipertensão arterial que vem ao serviço verificar sua pressão, seu peso, sua altura, pegar a sua medicação e agendar a próxima consulta.

Outro aspecto que demonstra isso é o dia de marcação de consultas, que algumas das unidades de saúde da família possuem um único dia na semana para esse evento; fato esse que acarreta em uma demanda reprimida e na procura desta pela média e alta complexidade para a solução dos seus problemas/necessidades de saúde.

Para Pinheiro (2006) o Programa de Saúde da Família é uma estratégia capaz de reunir elementos que propiciem a construção de um modelo assistencial capaz de romper com a hegemonia do modelo vigente, marcado pela doença, centralizado no atendimento médico e com uma visão biologicista do processo saúde-doença. Porém isso não é visto no depoimento anterior.

Já o depoimento a seguir apresenta-se como quem reconhece a importância da Estratégia de saúde da família, enquanto programa lindo, mas que não vem sendo cumprido como deveria:

Eu vejo um programa belo [...] se fosse cumprido, pelo menos 10%. [...] não existe como deveria ser, né? Não existe a descentralização de fato [...] é um programa lindo que tá no papel, mas que na prática é completamente diferente. (E5)

A fala de E5 suscita que menos de 10% do que é preconizado na estratégia vem sendo cumprido e traz da descentralização como um dos possíveis motivos. Paim (2009) nos diz que um dos maiores avanços do SUS consiste em uma política que possibilitou, em menos de duas décadas, uma *gestão descentralizada* para estados e municípios num país com uma dimensão continental, com mais de 5.500 municípios, grandes desigualdades regionais e sociais e com uma complexa e específica federação.

Isso nos remete a um questionamento: como essas enfermeiras vem a descentralização na Estratégia de Saúde da Família?

[...] se for uma descentralização no serviço [...]. E a questão da descentralização fora, [...] porque tem coisas assim, que não depende de nós, né? A gente faz assim, essa questão de descentralização mais a nível de serviço.(E11)

O depoimento de E11 nos fala da possibilidade da existência de dois tipos de descentralização, uma relacionada ao serviço, que podemos associar com a gerência do serviço na unidade de saúde; e outra relacionada à gestão do SUS, e que essas duas juntas recairão no cuidado à saúde.

Paim (2009) relaciona a gestão do SUS com o processo de resolutividade do sistema e a gerência com a qualidade dos serviços e ações. E a partir dessa associação podemos suscitar que no que tange aos aspectos gerenciais as enfermeiras desenvolvem sua prática na busca dessa qualidade, esbarrando sempre nos aspectos relacionados a gestão, como nos foi possível notar no depoimento e

durante a observação em que constatamos que E11 vem enfrentando problemas sérios no que diz respeito a qualidade dos serviços e ações desenvolvidas, por trabalhar com uma demanda maior que a preconizada - 1887 famílias, e que a gestão não tomou nenhuma providência para sanar o fato; ausência de atividades educativas, conselho local desativado; falta de medicamentos, de pessoal na recepção, entre outros.

Porém, podemos ressaltar no depoimento a seguir que para a Estratégia de Saúde da Família sair do papel e se concretizar de forma efetiva deve existir um trabalho em equipe, em que todos possam exercer a sua responsabilidade.

Dessa forma, num trabalho realmente de equipe cada um coloca a sua parcela de responsabilidade pode-se acreditar na efetivação da tão sonhada ESF.(E9)

O termo responsabilidade e o termo equipe se apresentam nesse depoimento numa concepção forte, suscitando que o trabalho responsável da equipe é condição para a efetivação da Estratégia de Saúde da Família.

Esses dois termos se apresentam em quadrantes diferentes no quadro das quatro casas (quadro n.º 2); o primeiro, já discutido anteriormente, considerado como termo importante para a construção das representações sociais e o segundo presente na primeira periferia, ou seja, dando suporte para a construção dessas representações.

E nesse contexto, podemos inferir que as enfermeiras exercem a sua prática profissional, enquanto membro da equipe, com responsabilidade. Isso se dê, talvez, pelo fato de todas as enfermeiras exercerem o *cargo* de coordenadoras das unidades de saúde da família, e conseqüentemente, assumindo, frente a gestão municipal, a responsabilidade pelo trabalho da equipe, pelas ações e serviços de saúde.

A ideia do cargo nos remete as discussões sobre a precarização do trabalho e o quanto este tema se tornou importante na área da saúde em virtude da ausência de uma política de pessoal, ao passo em que também compromete a resolutividade do sistema e a qualidade das ações e serviços de saúde.

5.2.4 Estratégia de Saúde da Família como redentora de todos os problemas

Reportando-nos mais uma vez ao universo reificado das políticas públicas de saúde podemos entender a Estratégia de Saúde da Família como o modelo de atenção voltado a satisfazer as exigências do Sistema Único de Saúde, no que tange a atenção básica. Diante disso, podemos perceber que os sujeitos desse estudo vêem a Estratégia de Saúde da Família como o programa lindo que resolveria grande parte dos problemas de Saúde em nível de Brasil.

Eu vejo um programa lindíssimo, belo, que resolveria assim a grande parte dos problemas de saúde a nível de Brasil [...] (E5)

Ao visualizarmos a Estratégia de saúde da família como modelo de atenção, voltado para a atenção básica, podemos entendê-la como a forma com que a assistência à saúde é produzida e implementada para atender às necessidades da população. (GÖTTEMS, PIRES, 2009). Porém, é importante salientar que diversas discussões sobre necessidades de saúde já foram apresentadas anteriormente e aqui nos deteremos à estratégia enquanto modelo de atenção.

Para Göttems e Pires (2009) a reorganização da atenção à saúde no Brasil requer um acúmulo de forças capazes de reestruturar a produção de serviços e de conhecimento, submetendo-as ao coletivo, ao passo que vise priorizar a oferta dos serviços a partir das necessidades de saúde da população.

Destarte, podemos inferir que a prática profissional das enfermeiras pauta-se na busca da satisfação das necessidades de saúde da população adscrita, vendo o usuário como alguém que tem um universo/família a sua volta.

Durante a observação de E5 nos foi possível notar que a demanda aguardava atendimento para planejamento familiar com a enfermeira, sendo este serviço disponibilizado em vários turnos da semana para atender a comunidade.

Nos depoimentos a seguir percebemos que as enfermeiras vêem à estratégia como a responsável em resolver todos os problemas/necessidade da família.

[...] veio para atender de forma ampla não só o indivíduo na sua doença, mas nas necessidades de toda a família [...] (E19)

[...] na verdade é onde a pessoa vem para resolver TODOS os problemas; todos, não só de doença, né? (E6)

Campos e Mishima (2005) nos dizem que o processo de produção da prática profissional nos serviços de saúde deveria estruturar-se para atender as necessidades de saúde dos grupos sociais ali atendidos. Porém nos afirma que na saúde coletiva, atender essas necessidades deveria significar conhecer a determinação social do processo saúde-doença, e dessa forma estruturar processos de trabalho que possam dar respostas positivas à elas no âmbito das raízes dos problemas e dos seu determinantes.

No contexto da observação sistemática não nos foi possível notar uma efetivação desse processo, por encontrarem entraves na estruturação do sistema, porém existia uma preocupação de algumas enfermeiras em buscar estar atenta para essa demanda. Podemos citar alguns como, ausência de carro para supervisão na área de abrangência e para a realização de visitas domiciliares, ausência de referência e contra-referência, entre outros.

Essas autoras nos dizem ainda que a saúde coletiva como campo de saberes e práticas deve responder a uma rede de necessidades que podem estar em conflito, e que vão além das necessidades de saúde da população (necessidades dos trabalhadores, dos gestores, das políticas públicas, dos autores dos programas, dos órgãos financiadores, entre outros).

Diante dessa afirmação notamos que o entendimento das enfermeiras se restringe as necessidades da saúde da população, como pode ser percebido no depoimento a seguir:

[...] nova lógica, com maior capacidade de ação para atender as necessidades de saúde da população [...] (E17)

Porém, nos deixa uma inquietação - como podemos estabelecer o nosso processo de trabalho desarticulando do contexto que o envolve, pois a satisfação das necessidades de saúde da população pode estar atrelada a essa rede de necessidades, criando dessa forma um grande entrave no processo de produção dos serviços de saúde.

Assim, existe a necessidade de uma articulação entre sujeitos (gestores, profissionais de saúde e usuários), tecnologias (conhecimentos aplicados) e recursos físicos (insumos, equipamentos, infraestrutura) utilizados no processo de trabalho para intervir sobre os problemas de saúde individuais e coletivos, contextualizados sócio-historicamente. (GÖTTEMS, PIRES, 2009). Pois a lógica

assistencial do SUS que se pauta na Estratégia de saúde Família deve estar atrelada a um processo “eficiente e efetivo numa sociedade com níveis de desigualdade, pobreza e violência como a nossa”. (PAIM 2009)

5.2.5 Estratégia de Saúde da Família como família/comunidade/equipe

No universo reificado das políticas públicas percebemos que a Estratégia de Saúde da Família deve desenvolver o seu trabalho em saúde voltado ao núcleo familiar, pertencente a uma comunidade, através de um trabalho em equipe multiprofissional, abraçando uma dinâmica interdisciplinar na busca de efetivar a promoção da saúde, a prevenção e a reabilitação de agravos e doenças.

Porém, o imaginário social dos sujeitos deste estudo nos traz a Estratégia como:

[...] um programa diferente, onde você tem que atuar em toda a família. (E11)

Estratégia de Saúde da Família trabalha com a comunidade como um todo. A gente tem que envolver a comunidade como um todo. (E6)

Pires (2007) entende que a família é um espaço em que as relações são construídas propiciando uma interação entre o serviço de saúde e a comunidade com o propósito de efetivar o princípio da integralidade e assim, compreendê-lo como aglutinador dos demais princípios e condensador de dispositivos institucionais como o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a resolubilidade.

Diante do exposto, podemos nos reportar ao quadro das quatro casas e ratificar mais uma vez que a prática profissional das enfermeiras pode estar pautada no acolhimento, porém, no que tange a integralidade e a responsabilidade nos deixa dúvidas.

Nos depoimentos a seguir nos traz a Estratégia como um elo entre a comunidade e a equipe de saúde.

[...] a estratégia de saúde da família é como se fosse um elo de ligação da comunidade com a equipe, que forma no fim das contas uma família. (E13)

Essa autora ressalta ainda que seja importante considerar o modo de pensar e agir das equipes de saúde da família, porque se faz necessário ver a pessoa como um todo que faz parte de uma sociedade, em que as ações de saúde serão

destinadas e devem estar comprometidas com o princípio da integralidade, dirigidos ao indivíduo e aos grupos da comunidade através da prevenção, da cura e do tratamento numa prática de saúde humanizada.

Ao passo em que ressalta também a necessidade de uma discussão sobre o compromisso da equipe, por entender que a organização entre os elementos que compõem o processo de transformação da prática assistencial à saúde poderá conduzir ao produto final – INTEGRALIDADE DO CUIDADO.

Percebemos que na prática de E13 o acolhimento é um dispositivo presente e alicerça o seu trabalho em saúde, não só com a comunidade, mas, também com a equipe de saúde, dando essa ideia de família.

Para Brasil (2005) o trabalho em saúde na atenção básica se estrutura sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidos á populações de territórios bem delimitados; e que a equipe da atenção básica deve resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos).

E o imaginário dos sujeitos deste estudo traz a Estratégia de Saúde da Família como a estratégia que atua no contexto familiar através de um trabalho em equipe, como podemos notar no depoimento a seguir:

[...] a Estratégia compreende um acompanhamento das famílias [...] num trabalho realmente de equipe cada um coloca a sua parcela de responsabilidade pode-se acreditar na efetivação da tão sonhada Estratégia de Saúde da Família. (E9)

O depoimento de E9 nos remete a uma reflexão: ao levarmos em consideração que o trabalho da Estratégia de Saúde da Família se pauta em um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar o depoimento nos deixa a ideia de que cada membro da equipe coloca a sua responsabilidade, para efetivar a Estratégia, e isso nos faz questionar onde está a interdisciplinaridade suscitada no trabalho da atenção básica?

No contexto observacional foi possível perceber em todas as unidades visitadas a presença do trabalho multiprofissional, em que cada membro da equipe desenvolve o seu trabalho, mas, no que diz respeito a essa interdisciplinaridade não conseguimos notar um trabalho efetivo em nenhuma das equipes.

Os depoimentos a seguir nos remetem a outro entendimento sobre a estratégia, voltado a uma concepção multiprofissional.

[...] uma equipe ela é composta por um médico, um enfermeiro, e agentes comunitários, odontólogo, técnico de enfermagem, é assim, [...] o auxiliar de serviços gerais, oficial administrativo. (E12)

[...] vendo a questão, não só de médico, mas também a odontologia, a enfermagem e todas suas especialidades, né? (E19)

Cardoso et al (2007) nos traz que a equipe de saúde no ideário dos sujeitos deste estudo está voltada para desenvolver o seu trabalho numa perspectiva intra e inter equipes, mas na prática o que acontece é uma relação descontinuada, que esses autores atribuem a falta de formação profissional, a “ vaidade ” do profissional, a falta de estímulo ao relacionamento interprofissional e financeiro.

Os depoimentos nos reportam a uma equipe multiprofissional, o termo equipe encontra-se na primeira periferia do quadro das quatro casas, tendo importância na construção das representações sociais, mas não garante que as práticas desses sujeitos se pautem no trabalho em equipe num contexto interdisciplinar.

Na observação sistemática não conseguimos perceber trabalho em equipe articulado numa concepção interdisciplinar como já suscitamos anteriormente, porque os membros da equipe desenvolviam seu trabalho dentro do seu universo, principalmente no que tange o profissional médico, que sempre saiam mais cedo, demonstrando que o importante era atender a agenda do turno.

Outro ponto que também nos possibilita essa inferência é o fato de todas as equipes visitadas organizarem o seu atendimento por semana típica, atendendo a programas específicos com HIPERDIA, atenção a saúde da criança, pré-natal, preventivo, planejamento familiar, ente outros, não existindo uma articulação entre o atendimento da enfermeira, o do médico e o do odontólogo, para implementar um atendimento integral.

Os depoimentos a seguir traduzem isso e nos faz pensar que a Estratégia pode estar sendo entendidas por esses sujeitos como um atendimento reducionista a esses grupos sociais, não existindo essa articulação necessária entre a equipe para transformar a lógica assistencial do SUS.

A Estratégia de Saúde da Família antes de qualquer coisa a gente atende [...] algumas coisas como planejamento, pré-natal, hiperdia, [...] pra mim até que funciona a questão da estratégia porque agente tem conseguido seguir o cronograma, agora pro médico, essa questão de médico que eu acho que é o que pega [...] (E8)

A estratégia de saúde da família assistência, principalmente as crianças, mulheres e idosos. (E14)

Corroborando conosco Ferreira, Andrade & Franco (2009) nos dizem que essas enfermeiras se apresentam como as guardiãs da norma da Saúde da Família, obedecendo a um cronograma de atenção à saúde de alguns grupos de risco.

No universo reificado das políticas de saúde não podemos restringir a Estratégia de saúde da família ao mero atendimento familiar, ou cuidado às famílias, ou ainda reduzi-lo ao cuidado aos grupos sociais, mas precisamos pensar na estratégia numa concepção de transformação social, de responsabilização e compromisso, e que essa transformação possa não só estar no nosso imaginário, mas faça parte da nossa prática profissional.

E, corroboramos com Cardoso et al (2007) por acreditarmos que faz-se necessário romper barreiras e integrar visões de mundo na busca do conhecimento, construindo propostas e desenvolvendo ações que possam solucionar problemas sociais, e com isso fortalecer e operacionalizar o sistema de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família para atender a sua proposta inicial de transformar e, conseqüentemente, reorientar a lógica do SUS faz-se necessário que seus atores sociais (gestores, profissionais e comunidade) numa concepção de responsabilidade, compromisso estruturam um trabalho multiprofissional numa abordagem interdisciplinar,

5.3 Prática profissional/Trabalho em saúde a partir das Diretrizes do SUS no universo consensual das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família

No universo reificado do trabalho em saúde a partir das diretrizes do SUS, podemos perceber que o trabalho em saúde está pautado no processo de trabalho da Atenção Básica, que é desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias num contexto democratizado e participativo.

Esse trabalho em saúde subsidia-se sob a forma de trabalho em equipe, com a utilização de tecnologias para resolver necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território adscrito, com ênfase no núcleo familiar/comunidade; e se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e do gerenciamento do cuidado, do acolhimento através do vínculo e da continuidade, da integralidade, da

responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006a)

E que o trabalho em saúde dos enfermeiros, deve ser pautado nas diretrizes do SUS atendendo a duas dimensões: uma voltada às tecnologias e outra voltada às questões organizacionais/gerenciais. E essas dimensões juntas resultam no CUIDAR EM SAÚDE, já mencionados.

Então, ao questionarmos as enfermeiras sobre como desenvolvem o seu trabalho em saúde ou a sua prática profissional na Estratégia de Saúde da Família do município de Jequié, no que tange a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade; as respostas nos possibilitaram identificar limites, avanços e perspectivas, que serão traduzidos como subcategorias.

Porém, é importante ressaltar que mesmo que distantes do que é preconizado, ou desenvolvido com dificuldades e/ou de forma equivocada, fazem parte do seu trabalho em saúde e, está alicerçado e/ou sofre influencia das representações sociais construída por elas.

Destarte, apresentaremos a seguir as subcategorias avanços e perspectivas, e limites da prática profissional/trabalho em saúde das Enfermeiras da Estratégia de saúde da Família.

5.3.1 Avanços e Perspectivas da prática profissional/trabalho em saúde das Enfermeiras da Estratégia de saúde da Família.

Consideramos avanços e perspectivas as ações que fazem parte da prática profissional das enfermeiras ou que tem a pretensão de implementar, ao desempenharem o seu trabalho em saúde na ESF a partir das diretrizes do SUS.

Desse modo, abordaremos sobre o planejamento em saúde e sobre a integralidade do cuidado através do acolhimento, da intersetorialidade e atividades extramuros, garantindo a resolubilidade.

Assim, é importante resgatar a ideia de que as práticas da Atenção Básica se pautam em atividades gerenciais e sanitárias, e a ESF contempla em seus aspectos gerenciais o planejamento em Saúde, que pode ser entendido como “um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas” (TEXEIRA, 2010 p.17)

Para a realização do planejamento local, faz-se necessário considerar tanto *quem* planeja como *para quê e para quem* se planeja. Porém, deve-se levar em consideração que é preciso, antes de qualquer coisa, conhecer as necessidades da população, que podem ser identificadas a partir do diagnóstico realizado e do permanente acompanhamento das famílias pertencentes aquela comunidade adscritas. (BRASIL, 1997)

Nessa perspectiva, o pressuposto básico da ESF é o de que *quem* planeja deve estar inserido na realidade sobre *a qual* se planeja. Além de ressaltar também que o processo de planejamento deve ser pensado numa concepção macro do contexto, para assim, contemplar e direcionar à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e da qualidade de vida da população assistida. (BRASIL, 1997)

Então, diante dessa realidade notamos através do depoimento que, o planejamento está presente na prática profissional, mesmos que numa concepção limitada de planejamento.

O PPLS é feito aqui na unidade e depois passamos pra população através dos ACS e também através da sala de espera que é feita também [...] (E2)

Nessa fala podemos supor que E2 não leva em consideração os aspectos concernentes ao pressuposto básico da ESF, citado anteriormente, por deixar transparecer que a realização do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) se dá com a equipe de saúde, não existindo um diálogo entre os outros atores sociais do processo (comunidade); deixando entender que estes só receberiam o “pacote pronto”.

Essa ideia pode ser considerada uma concepção centralizadora do planejamento oriunda da administração clássica, que contrapõe à democratização, e conseqüentemente pode se distanciar da realidade social ao qual pertence.

Na observação notamos a exposição de algumas atividades nos murais informativos, dando visibilidade ao processo de planejamento. Porém, a existência do PPLS, mesmo que com essa ideia centralizadora, é considerado um avanço, por existir uma preocupação em estabelecer proposições e construir viabilidades para desenvolvimento de sua prática profissional e de toda equipe. Sendo importante ressaltar que é atribuição do enfermeiro participar do processo de programação e

planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de saúde da família (BRASIL, 1997, 2006a).

No depoimento a seguir podemos notar essa preocupação em utilizar do planejamento como ferramenta para desempenhar a melhoria do serviço e assim, ele passa a ser visto como uma perspectiva:

Mas esse ano de 2010 a gente ta fazendo um planejamento pra que a gente retome [...] pra melhorar o nosso serviço (E10)

Brasil (1997) nos traz a ideia de que é a partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes é que os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para a efetiva implementação das ações a serem desenvolvidas recaindo dessa forma no planejamento.

Durante o contexto observacional de E10 nos deixou transparecer que o planejamento vem sendo construído entre a equipe (enfermeira e ACS) na reunião que ocorre toda semana entre eles.

Com isso, notamos que o planejamento em saúde está presente na prática profissional de algumas enfermeiras, mesmo que numa concepção centralizadora; sendo, portanto, importante ressaltar que ele tem sido ferramenta para a implementação de um trabalho em saúde racionalizado, pautado em proposições e viabilidade para atender as demandas do contexto ao qual está inserido.

Quanto as práticas voltadas à atenção integral a saúde Acioli (2006) nos diz que faz-se necessário falar em uma aproximação integral também entre os sujeitos do processo, os que cuidam e os que são cuidados; garantindo uma aproximação entre o saber prático do senso comum e dos profissionais e planejadores do campo da saúde.

Mattos (2001) afirma que a integralidade da saúde pode assumir diferentes sentidos: primeiro relacionado à busca do profissional e do serviço, em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde, que um usuário apresenta; segundo relacionados à organização dos serviços e práticas de saúde, voltado à articulação entre assistência e práticas de saúde pública, tendo na disciplina de epidemiologia o apoio para apreender necessidades de saúde da população; e terceiro relativo à definição de políticas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos.

Nessa perspectiva, foi possível notar que os sujeitos deste estudo traduzem a atenção integral numa concepção de ver o sujeito, que recebem o cuidado, como um todo.

[...] é importante não ver o paciente só como uma doença, é vê ele como um todo. (E4)

[...] eu tento fazer o máximo em relação a integralização [...] porque quando a gente atende um indivíduo agente vê ele como um todo; não só a cabeça, perna, abdome, a gente vê ele como um todo [...] (E7)

Podemos suscitar que essa ideia deve estar alicerçada na representação de que o indivíduo é um todo indivisível e que tem problemas e necessidades de saúde que devem ser vistas e levadas em consideração. E para que isso ocorra faz-se necessário à implementação do acolhimento que pode ser entendido como uma relação acolhedora, humanizada, contraria as relações frias, imparcial e distante, que infelizmente ainda podem ser encontradas nos serviços de saúde (MERHY, 1997).

Infelizmente não foi possível observar as consultas realizadas por E4 e E7, pois ambas estavam cedendo o consultório para que ocorresse estágio da Faculdade de Tecnologia e Ciência, curso de enfermagem e suas consultas estavam sendo desenvolvidas por esses estagiários com a supervisão do professor/enfermeiro articulador.

Porém, essa informação é importante porque nos remete a reflexão de como pensar em atendimento integral se a cada semestre existe um grupo de estagiários novos para cumprirem sua disciplina, não existindo uma preceptoria. Os discentes e o articulador são sujeitos que estão fora do processo de trabalho daquela unidade e a enfermeira membro da equipe fica muitas vezes alheia ao processo implementado por eles, envolvida com outros afazeres, sendo muitos deles burocráticos.

No contexto observacional foi possível notar que E4 estava fechando os relatórios e E7 estava resolvendo os problemas na sala de vacina, que estava sem funcionar a dois dias por falta de funcionário; ratificando essa quebra no cuidar integral.

Nos depoimentos a seguir podemos perceber que as enfermeiras exercem o acolhimento, ao passo em que subsidia que a representação social de sua prática profissional está alicerçada no nele.

Antes, porém de adentrar nos depoimentos é importante entendermos que no universo consensual encontra-se o alicerce das práticas interativas cotidianas, onde se constroem as representações sociais a partir das pressões do dia-a-dia, das contradições sociais. O senso comum são versões contemporâneas de um determinado saber, é o espaço do que nos é familiar, próximo (FERREIRA; BRUM, 2000)

Assim, nesses depoimentos podemos notar a presença do acolhimento na fala das enfermeiras.

[...] ele chega aqui e a gente [...] vai é acolher, conversar, tentar resolver o problema. (E4)

[...] as vezes chega pessoas, cadastrados aqui da unidade que não vem aqui pra nenhum serviço, que vem as vezes pra conversar, né? E eu acho que isso contempla a integralidade. [...] É ouvir, né? É escutar aquela pessoa, entendeu? que as vezes sai daqui precisando de ter uma pessoa pra ouvir, né? (E10)

[...] trabalhamos sempre colocando em prática do atendimento o acolhimento, a humanização e não ver o ser humano apenas como um número e ver ele como um todo, um ser humano que vem recorrer a gente em todos os problemas, tratando tanto as doenças e até os problemas pessoais. (E19)

No processo observacional foi possível perceber que as enfermeiras encontram-se mais próximas aos usuários de uma forma mais acolhedora, mais humanizada, em que os usuários são tratados pelo nome, demonstrando uma relação de vínculo.

Silva Júnior (2001) vai além dessa ideia, pois traz o acolhimento na perspectiva de humanizar e dar resolubilidade para toda demanda, seja ela individual ou coletiva; discriminando riscos, urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; além de gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção que possam influenciar o processo de planejamento e/ou a construção de projetos terapêuticos individualizados.

Assim, nos foi possível observar que a prática profissional das enfermeiras contempla a ideia de Silva Junior no que tange ao acolhimento, algumas tentam dar resolubilidade às demandas, porém é possível notar no depoimento a seguir que existe uma confusão entre os termos resolubilidade e resolutividade.

E o poder de resolutividade que eu tento manter na unidade é ta com problema aqui resolver aqui, quando a gente não conseguiu resolver aqui é que a gente passa pra estância superior, mas quando a gente pode a gente tenta fazer o máximo e resolver o problema do paciente na unidade (E7)

A resolubilidade está relacionada às possibilidades que o sistema local de saúde pode oferecer a sua comunidade/usuário para garantir a resolutividade que consiste em dar resposta às necessidades/problemas de saúde da comunidade/usuário. E quando o sistema local não consegue dar mais resposta àquela demanda, acaba a sua resolubilidade, e ele referencia para outra instância dentro do sistema municipal para garantir a resolutividade e atender ao princípio da equidade.

Percebemos que existe uma cadeia entre os sistemas de saúde, seja ele local, municipal, estadual e federal; e que todos devem se articular para garantir o cumprimento da equidade.

No depoimento a seguir notamos ainda essa preocupação em atender as necessidades dos usuários

Muitas vezes não encontramos medicação, mas a gente dá um jeito, pede pra o paciente ir a outra unidade pra ver se encontra, a gente tá sempre procurando atender da melhor maneira possível, a gente não deixa o paciente sair da unidade desassistido (E12)

Na fala de E12 notamos que existe uma preocupação em garantir a resolutividade as demandas da comunidade, ao passo em que percebermos na observação que ela ao se deparar com a situação relatada em sua fala orientou exatamente como descreveu, para que o usuário não ficasse sem sua medicação, exercendo a resolubilidade, dando resolutividade e garantindo a equidade e a integralidade.

Outro entendimento sobre integralidade trazido enfermeiras está relacionado a construção do vínculo, do acolhimento, e que esses dispositivos juntos possibilitará que elas exerçam o seu papel, atendendo as expectativas dos usuários e dêem continuidade ao seu trabalho.

[...] que é esse o papel do enfermeiro, manter um vínculo com a comunidade (E12)

[...] ênfase o acolhimento porque através do acolhimento a gente sabe que vai ter um contato maior com as famílias e tentando atender as suas expectativas. (E15)

E acredito que o acolhimento e a humanização é fundamental para realização de um trabalho contínuo (E17)

E durante a observação sistemática foi possível notar uma relação acolhedora dessas enfermeiras, corroborando mais uma vez com o quadro das quatro casas (quadro n.º2) no que tange ao acolhimento como elemento central de representação

social. Porém, Franco, Bueno e Merhy (1999) nos dizem que nas práticas de saúde, individuais e coletivas, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva. Ao passo em que nos afirma que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença e conseqüentemente do cuidado.

Ainda tentando atender a integralidade, nos adentramos no campo da intersetorialidade, que pode ser entendida como um processo de construção compartilhada entre os diversos setores que compõem a gestão para assegurar a integralidade do cuidado preconizado nas diretrizes do SUS.

Campos, Barros e Castro (2004) nos afirmam que a intersetorialidade implica na existência de abertura entre os setores envolvidos para diálogo, na expectativa de estabelecer vínculo de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população.

Entretanto, os mesmos autores ressaltam que a intersetorialidade não deve ser pensada numa concepção limitada a ser aplicada sobre os diferentes territórios e populações, mas deva “responder às necessidades de saúde de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso e, principalmente, envolvendo a população no percurso do diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas” (p. 747).

No depoimento a seguir percebemos a implementação da intersetorialidade, por trazer setores com secretaria de assistência social, secretaria de saúde, SAMU para dar continuidade à satisfação das necessidade/problemas de saúde do usuário na unidade.

[...] aqui na unidade eu procuro sempre que preciso estar entrando em contato com o SAMU, com a secretaria de saúde, assistência social para estar levando alguém que não pode ser atendido aqui no momento [...] (E2)

Faremos um destaque nesse depoimento, pois nos foi possível perceber e acompanhar esse procedimento durante a observação, e notamos uma preocupação da enfermeira com o usuário que só minimizou quando o mesmo foi conduzido pelo SAMU para a Unidade de Pronto Atendimento, caracterizando assim que o acolhimento, o vínculo, a integralidade se concretiza em sua ação/prática profissional.

Outros depoimentos nos trazem a questão das parcerias com os demais setores numa concepção de atividades extramuros para a realização de educação em saúde, é importante que isso aconteça, mas também se faz importante a co-responsabilidades entre os setores para que possamos atingir a integralidade do cuidado.

E a gente sempre faz parceria com escolas, creches [...] (E8)

como enfermeira dou uma assistência ao CRAS, promovo palestras junto com meus ACS [...] também como enfermeira dou assistência ao grupo da terceira idade, também prestamos assistência ao CRAS com grupo de adolescentes e o grupo de gestantes do PROJOVEM [...] Dentro do PETI a gente também se preocupou pra que a gente realmente possa realmente estabelecer um vínculo [...] (E12)

Notamos a preocupação em estabelecer a parceria com os setores como escolas, creches, Centro de Referência de Assistência social (CRAS), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e PROJOVEM trabalhador, com o cunho educacional, porém, um ponto no último depoimento nos chama a atenção que é a possibilidade de construir vínculo entre os sujeitos que compõem esses setores. E mais uma vez percebemos a preocupação com o dispositivo acolhimento – elemento de representação social, através do vínculo.

Todavia, faz-se necessário salientar que a implementação da intersetorialidade depende da mudança na estrutura e organização dos serviços de saúde, a iniciar pela equipe de saúde que deverá visualizá-la como instrumento de diálogo entre os setores na busca de efetivar a integralidade do cuidado, e consequentemente fortalecer o trabalho em saúde com o propósito de garantir eficácia na atenção à saúde dos usuários.

Pires (2007) destaca que a complexidade do trabalho em saúde requer a responsabilização de seus atores sociais para desse modo, buscar parcerias para garantir a resolubilidade ou até mesmo para amenizar a necessidade detectada pelas equipes.

Contudo, no âmbito da saúde coletiva, a integralidade compreende uma pluralidade de ação, ao passo que nos possibilita compreender que um atendimento integral vai além da formulação de um planejamento terapêutico, mas contempla também a regulação das políticas públicas do setor, a reorientação das relações entre o Estado e a Sociedade e o olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano (PINHO et al, 2007).

5.3.2 Limites da prática profissional/trabalho em saúde a partir das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família

No percurso deste estudo nos foi possível identificar alguns limites que impediam a implementação das diretrizes do SUS no trabalho em saúde das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. Assim, elencaremos algumas desses limites a seguir.

Iniciaremos falando da falta de apoio do sistema municipal para o bom desempenho do sistema local e garantir dessa forma a resolutividade do sistema e a qualidade dos serviços. Então o depoimento a seguir nos remete ao processo de precarização do trabalho, ao passo em que levanta a questão do profissional médico na Estratégia de Saúde da Família.

nós que estamos aqui, até mesmo como cargo comissionado se sente até preso ao sistema [...] A gente não encontra apoio do médico da equipe, eu vejo que isso é um problema a nível de estado, que o médico realmente não tem dedicação exclusiva dentro da estratégia de saúde da família (E12)

Castro et al (2007) nos diz que trabalho precarizado pode ser aquele em que a ocupação profissional é exercida sem amparo na legislação trabalhista, não garantido, dessa forma, estabilidade, segurança e benefícios ao trabalhador.

No contexto observacional notamos que todas as enfermeiras vivenciam essa realidade de ser cargo comissionado e por este motivo se sujeitam as determinações do sistema municipal.

Os mesmos autores nos dizem que o maior problema do trabalho precarizado é a vulnerabilidade, expondo os trabalhadores a uma subcondição, em que podemos notar na fala de E12, e durante a observação uma impotência para solucionar os problemas que envolviam diretamente a gestão municipal, cobrar carga horária do médico, e posso até suscitar que a participação da comunidade seja inviabilizada pela falta de apoio do sistema municipal, desativando conselhos e não estimulando a criação de novos.

Outro ponto abordado na fala de E12 está relacionado à situação do médico não ter dedicação exclusiva e podemos acrescentar através dos dados coletados na observação não trabalharem todos os turnos. É importante ressaltar que o mesmo tipo de contratação profissional é dedicado para eles, porém nos foi possível notar que não vivem a mesma subcondição vivenciada pelas enfermeiras.

O depoimento abaixo nos mostra a necessidade de avaliar o processo de trabalho da estratégia, por levantar pontos pertinentes que sem dúvida podem interferir no bom andamento da estratégia.

O processo de trabalho na ESF ainda se encontra “engatinhando” com vários entraves que dificultam o desenvolvimento de importantes atividades dentro da estratégia, especial/ no que se refere a participação comunitária [...] outras são realizadas de acordo com a realidade do município (referencia p/ média complexidade, baixas cotas para exames laboratoriais e especialidades) (E9)

Já discutimos esse campo da participação da comunidade e conseguimos identificar o quanto ele é importante para que façamos valer esse novo modelo de atenção, e assim, mostrar a real cara que o nosso sistema de saúde pode ganhar ao implementá-la.

Quanto aos aspectos concernentes à referência e contra-referência Pinheiro (2006) nos diz que para criarmos um sistema que funcione precisamos não só do estabelecimento de um fluxo e um contrafluxo de usuários e de informações gerenciais e /ou tecnocientíficas, mas sobretudo reconhecer a necessidade de difundir conhecimentos importantes para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema.

Percebeu-se no contexto observacional que E9 no que tange a participação da comunidade não tem conselho local de saúde; dentro dos aspectos que envolvem a referência e a contra-referência, nos foi possível notar que existe um encaminhamento dos usuários com um formulário padrão devidamente preenchido, mas não existe a contra-referência. Essa ocorre informalmente com informações trazidas pelos usuários; notamos também que a comunidade procura a unidade para marcar exames laboratoriais e especialidades, porém, não conseguem na maioria das vezes porque o sistema está fora do ar, ou porque não tem mais cotas, ou ainda porque o computador quebrou não sendo substituído por outro e os reparos levam até meses.

Encontramos outro ponto que merece destaque e nos leva a reflexão: a unidade adota um dia semanal para a marcação de consulta para o médico, levando a existência de uma demanda reprimida, e que sem dúvida recairá no princípio da acessibilidade e na satisfação das necessidades/problemas de saúde do usuário/comunidade.

Os depoimentos a seguir nos trazem a ausência de uma rede de apoio para as equipes de saúde da família, tendo a enfermeira que assumir atividades que não são de sua competência.

[...] se é pra outros serviços especiais você encaminha, com dificuldade, porque a gente não tem um psicólogo no município, o assistente social só um pra resolver as coisas de todo o município e os problemas são inúmeros, então com muita dificuldade mesmo [...] Existe a referência, mas a contra-referência não existe, cotas de exames não tem suficiente pra comunidade. (E11)

[...] além de enfermeira, sou 'psicóloga, fisioterapeuta, taranranram... tudo que a gente sabe que enfermeiro é dentro da estratégia'(E13)

Antes, porém, de abordarmos sobre a rede de apoio e, a título de ratificar a fala de E9 e a nossa observação anterior, percebemos que E11 também suscita a inexistência de contra-referência e das cotas de exames serem insuficientes.

Pensar em uma rede apoio as equipes de saúde da família é poder referenciar ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo objetivo é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008).

Brasil (2008) nos traz em seu Art. 2º que:

Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

Porém, é importante ressaltar que a proposta do NASF não é ser a porta de entrada do sistema e sim estabelecer uma relação de parceria com a equipe de saúde da família para garantir o princípio da integralidade. Mas, não é assim que vem acontecendo no universo destas enfermeiras; pois segundo a fala de E13 a enfermeira é que vem assumindo esse papel multiprofissional.

O mesmo autor nos traz ainda, nesse mesmo artigo inciso 2º que:

A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

Esse fato nos chama para uma reflexão: como vem acontecendo o desenvolvimento do trabalho da coordenação de PACS/PSF, Diretor da Atenção Básica e do gestor municipal no que tange a subsidiar uma parceria e/ou respaldo as ações e serviços oferecidos pelas equipes de saúde da família? A solução do problema estaria no fato das enfermeiras assumirem funções que não são suas ou na responsabilização dos atores sociais que constroem o SUS (gestores, profissionais e comunidade)?

Durante este estudo notamos que a participação da comunidade por não constituir elemento de representação social, ao passo em que se apresenta no quarto quadrante (quadro n.º2) sendo considerado sem importância para a constituição desta representação e conseqüentemente, não faz parte das práticas dos sujeitos este estudo um depoimento suscita uma possível reflexão para esse fato.

[...] a participação da comunidade, realmente é difícil [...] participação de controle social, realmente eu me envolvi muito pouco quanto a isso [...] falta muito da minha parte, pela questão da falta realmente de prática e de interesse até meu, na época da faculdade, de me envolver mais com essa questão de participação [...] (E4).

A fala de E4 atribui que o processo de não estimular a participação da comunidade pode estar associado formação profissional, ideia que pode se fundamentar na ausência de uma disciplina que contemple esses novos paradigmas vivenciados pela saúde.

Timóteo, Monteiro e Uchoa (2007 p. 72-3) nos trazem que:

Em linhas gerais, os cursos contemplam alguns enfoques sobre a saúde da família, porém com uma abordagem fragmentada e limitada de uma ou poucas disciplinas, caracterizando a disciplinaridade do tema, quando este deveria ser trabalhado de maneira transversal e integral.

No entanto, Cardoso et al (2007) sugere mudanças nos currículos de ensino, fomentando desde as séries iniciais até a formação superior do indivíduo, permitindo ter uma visão de mundo interligada a sua realidade e como o ser individual se entremearia no coletivo traduzido no saber e no sentir aquele que ele compreende, idealiza e transforma.

E desse modo, reconhecendo os limites que podem distanciar a prática profissional do das enfermeiras teremos subsídios para propor mudanças no processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família atentando para o que traz as diretrizes do SUS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] muito raramente conseguimos produzir conhecimento realmente novo; o comum dos mortais reconstrói, partindo do que já existe e vigora; a originalidade que se espera não é aquela da obra de arte, absolutamente irrepetível, mas aquela do toque pessoal, da digestão própria, da elaboração específica; conhecimento não é qualquer coisa, nem é coisa inatingível.

Pedro Demo

Este estudo buscou apreender as representações sociais das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS no município de Jequié-Bahia, além de conhecer as representações das enfermeiras sobre as diretrizes do SUS na implementação da ESF no município; averiguar a implementação das diretrizes do SUS na sua prática profissional/trabalho na ESF no município; e identificar limites, avanços e perspectivas na implementação das diretrizes do SUS na ESF no município.

Os resultados desvelaram as representações sociais das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde. E, como as representações sociais buscam mostrar como pensa este grupo de pertença, podendo muitas vezes traduzir o fazer desse grupo, nos foi possível estabelecer uma relação entre essas representações e sua prática profissional traduzindo em alguns momentos uma aproximação com as práticas normativas e expressando um modelo de atenção real e/ou ideal.

Pinheiro (2006) nos fala que é fundamental realizar estudos entre os atores, seus discursos e suas práticas, por possibilitar a localização de elementos objetivos e subjetivos, ao passo em que auxiliam a construção de suas percepções referente à sua vida social e que sem dúvida recairá na sua vida profissional. E as representações sociais possibilitam essa reflexão, por traduzir uma realidade social e apontar intervenções possíveis, sendo importante ressaltar que essa relação não é direta, porque as representações sociais falam das práticas do grupo estudado.

No teste livre de evocação constatamos que o elemento central que pode constituir o núcleo central da representação social é o dispositivo **ACOLHIMENTO** (destaque nosso), por ter sido notado tanto na fala, como também na prática das enfermeiras deste estudo. Entretanto, este teste também nos possibilitou notar que os termos compromisso, integralidade e responsabilidade, elementos tidos de maior importância por essas enfermeiras na constituição de suas representações sociais estão presentes nas suas falas porém, nos deixa dúvidas no que tange a sua prática profissional.

Com os depoimentos nos foi possível conhecer as representações sociais das enfermeiras sobre as diretrizes do SUS traduzindo-as como algo que não é implementado na prática; como quem subsidia a organização dos serviços de saúde, e como princípios do SUS.

A observação sistemática possibilitou constatar que as suas falas traduzem-se em suas práticas no que tange a não implementação das diretrizes; porém, em relação aos aspectos concernentes à organização dos serviços e princípios do SUS as falas são contraditórias às práticas, por não ter sido possível perceber a presença da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Ao que tange as representações sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e assim, averiguar como elas implementam as diretrizes, nos foi possível perceber que elas representam a ESF como um dispositivo de promover saúde para a população; como reorganizadora do sistema de saúde; que na prática é diferente; como redentora de todos os problemas de saúde e por fim, como equipe/família/comunidade.

As enfermeiras que representam a ESF como um dispositivo de promover saúde para a população desenvolviam suas práticas centradas no indivíduo, numa concepção limitada de promoção da saúde, com ações e serviços pautados em educação em saúde focando a doença, deixam de lado o processo de responsabilização e autonomia dos usuários para cuidarem da sua saúde e assim, exercerem uma promoção da saúde libertadora alicerçada na cidadania plena e no exercício do controle social.

As que representavam a ESF como reorganizadora do sistema de saúde implementavam-na como a porta de entrada da atenção básica. Aquelas que representavam que na prática é diferente não conseguem implementar a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, o trabalho em equipe desenvolvia-se com cunho multidisciplinar, pautando-se mais nos aspectos curativos que nos preventivos, trazendo resquícios do modelo biomédico centrado na figura do profissional médico

As que representam a ESF como redentora de todos os problemas de saúde pautam sua prática na satisfação das necessidades da comunidade, organizando os seus serviços com o intuito de satisfazer estas necessidades, principalmente no que tange aos aspectos concernentes ao oferecimento de serviços.

E por fim, as que representam como equipe/família/comunidade traduz-se como um trabalho em equipe no atendimento à família e comunidade, porém numa concepção multiprofissional, em que cada membro da equipe trabalha isoladamente, sem cunho interdisciplinar, o qual exige uma articulação conjunta dos membros da equipe com o propósito de auxiliar a construção do bem comum.

Entretanto, é importantíssimo ressaltar que o acolhimento, através da construção do vínculo, possível núcleo central da representação social estava presente em todos os momentos no contexto observacional subsidiando a prática profissional das enfermeiras.

Então, a realização deste estudo nos deu subsídios para inferirmos que no universo consensual o trabalho em saúde implementado pelas enfermeiras na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié perpassa pelos seguintes constituintes: como finalidade/objetivo está a Promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; como objetos as necessidades/problemas de saúde da comunidade; como força de trabalho a equipe, família e comunidade; e como instrumentos de trabalho o vínculo/acolhimento relacionado às tecnologias leves; resultando no produto final que é o cuidar em saúde.

Sendo importante ressaltar que a forma como elas implementam esse processo difere do que está preconizado nos documentos oficiais, pois as Representações Sociais não têm a preocupação de analisar acertos ou erros do conhecimento ou da prática dos sujeitos, mas sim, entender qual é a função do conhecimento e como se dá a articulação deste nas relações cotidianas. (FERREIRA; BRUM, 2000).

O estudo ainda, nos possibilitou identificar os avanços e perspectivas do trabalho em saúde/prática profissional das enfermeiras os quais podemos elencar o planejamento em saúde, a integralidade do cuidado através do acolhimento/vínculo, a intersectorialidade através das atividades extramuros, dando ênfase na resolubilidade.

Nos aspectos concernentes aos limites do trabalho em saúde/prática profissional das enfermeiras nos foi possível identificar que a falta de apoio do sistema municipal influencia no desenvolvimento do seu trabalho em saúde interferindo, conseqüentemente, na resolutividade do sistema, na integralidade do cuidado e principalmente na qualidade dos serviços ofertados, ao passo em que traz também reflexões sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sobre a precarização do trabalho, e sobre ao projeto político pedagógico dos cursos de formação na área de saúde.

Outros limites identificados perpassam pela inexistência de uma rede de apoio para as Equipes de Saúde da Família, e isso recairá mais uma vez na resolutividade do sistema e na integralidade do cuidado; e na ausência e/ou a inativação dos conselhos locais em saúde, desencadeando na não participação da comunidade.

Isso nos possibilita refletirmos sobre a necessidade de enxergarmos o setor saúde como um ator a mais nesta arena (e não o único), com atribuições específicas, a saber, ajudar a construir ambientes saudáveis. Esta construção será tão mais sólida quanto maior for o grau de participação dos atores locais. (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Com este estudo, muitas reflexões foram suscitadas e que sem dúvida desencadearão em possíveis desdobramentos; para exemplificar temos as reflexões sobre a promoção da saúde numa concepção libertadora; a integralidade do cuidado no universo consensual dos atores em saúde; o controle social como ferramenta para a efetivação do SUS; os currículos de formação profissional num cunho de favorecer ao exercício da interdisciplinaridade, da integralidade e da formação política; as redes de apoios à saúde da família no contexto da resolutividade do sistema, dentre tantos outros possíveis.

E nesse universo de reflexões suscitamos também propostas que possam favorecer a um ordenamento no atual cenário aqui apresentado, a citar temos a formação de grupos de ajuda mútua entre as enfermeiras e assim, auxiliá-las na construção e aperfeiçoamento de seu trabalho em saúde; efetiva articulação entre a coordenação PACS/PSF, departamento de atenção básica, gestor municipal e as unidade de saúde da família com o propósito de favorecer a resolutividade do sistema; a desprecarização do trabalho em saúde, e a implementação da educação permanente por acreditarmos que isso poderá favorecer a uma mudança no discurso e na prática das enfermeiras aproximando-os.

Com desenvolvimento este estudo demos o primeiro passo para a elaboração desse conhecimento, e com ele podemos afirmar o quanto crescemos e o quanto as suas reflexões nos auxiliaram no nosso aprimoramento profissional e pessoal, como também de todos os envolvidos no contexto.

É com essa expectativa que deixamos esse primeiro momento e nos preparamos para futuramente podermos construir junto com outros atores sociais, um conhecimento que favoreça a uma atuação mais efetiva, contribuindo também

para um melhor direcionamento na formação profissional dos enfermeiros e, conseqüentemente, para o município, pois, uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde na Estratégia de Saúde da Família auxiliará em uma transformação social que já vem se apresentando desde a constituição do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ABRIC, JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia:AB, 1998. p.27-38.

_____. Méthodes d'Études des Représentations Sociales. Ramonville Saint-Agne, 2003.

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. 4ª edição. Rio de Janeiro; CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

ALMEIDA, ES; CHIORO, A; ZIONI, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e SUS. In: WESTPHAL, MF; ALMEIDA, ES (org). **Gestão de serviços de Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ALMEIDA, MCP et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: ALMEIDA, MCP; ROCHA, SMM (org). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, MCP; ROCHA, SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, MCP; ROCHA, SMM (org). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ANDRADE, FB. Terapia Comunitária como Instrumento de Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: avaliação da satisfação dos usuários.(Mestrado em enfermagem) – Programa de Pós-graduação em enfermagem/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2009, 150 p.

AQUINO, R. Texto de Apoio 1: Estratégia de Saúde da Família. In: **Manual do treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Pólo de Capacitação, Salvador, 2001.

ARANHA, MLA; MARTINS, MHP. **Filosofando introdução a filosofia**. 2 ed. São Paulo: editora Moderna, 1993.

ARAÚJO, EP. **A Nova História de Jequié**. Salvador: EGB editora, 1997.

ARRUDA, A. **TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E TEORIAS DE GÊNERO**. Cadernos de Pesquisa, n. 117, p. 127-147, novembro/ 2002.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edição Revista e Atualizada. Editora: Edições 70, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal. Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.

_____. **Lei nº. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a participação popular dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**. Brasília/ DF. Ministério da Saúde, 1990 c

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica** de 15 de abril de 1993. Brasília-DF, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica** de 05 de novembro de 1996. Brasília-DF, 1996a.

_____. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96, 1996b

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde** de 26 de janeiro de 2001. Brasília-DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde** de 27 de fevereiro de 2002. Brasília-DF, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília : CONASS, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde**. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil**. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Atenção Básica nº 687** de 30 de março de 2006. Brasília-DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Atenção Básica nº 648** de 28 de março de 2006. Brasília-DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília-DF, 2008.

CAMPOS, CMS. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. 2004. 189 f. Tese (Doutorado)-Escolas de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-São Paulo, 2004.

CAMPOS, GW; BARROS, RB; CASTRO, AM. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde** *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):745-749, 2004.

CAMPOS, CMS; MISHIMA, SM. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1260-1268, jul-ago, 2005

CARDOSO, JP et al. Formação Interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, ano/vol. 20, número: 004. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Brasil. PP.252-258, 2007.

CASTRO, JL et al. Programa de Saúde da Família: flexibilidade e precarização do trabalho. In: CASTRO, JL (org.). *Gestão do Trabalho no SUS: entre o visível e o oculto*. Natal: editora observatório RHNESEC/UFRN, 2007.

CEI (CENTRO DE ESTATÍSTICA E INFORMAÇÕES): **Informações básicas dos municípios baianos**. Região Sudoeste. Salvador, 1997.

DESLANDES, SF; A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, MCS (org). **Pesquisa Social teoria, método e criatividade**. 29ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

DONÂNGELO, C.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FARIA, H et al. Organização do processo de trabalho na atenção básica: unidade didática 1. Belo Horizonte: editora UFMG, 2008.

FERREIRA, SRS; BRUM, JLR. **AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.20, n. esp., p.5-14, 2000.

FERREIRA, RC; VARGA, CRR; SILVA, RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1421-1428, 2009.

FERREIRA, VSC; ANDRADE, CS; FRANCO, TB. Cartografia do Trabalho do enfermeiro na ESF da Itabuna, Bahia. In: FRANCO, TB; ANDRADE, CS; FERREIRA, VSC (organizadores). *A produção Subjetiva do Cuidado: cartografia da Estratégia de Saúde da Família*. São Paulo:HUCITEC, 2009.

FLAMENT, C. Aspects périphériques des représentations sociales. In: GUIMELLI, C. (ed) *Structures et transformations des représentations sociales*. Nuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1986. p. 85-118.

FONTOURA, M; CAPUTO, M. Texto de Apoio 2: Recomposição de práticas e reconstrução do processo de trabalho na perspectiva da estratégia de saúde da família. In: **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família – Módulo do Monitor**. Pólo de Capacitação, Salvador, 2001.

FRANCO, TB; BUENO, WS; MERHY, EE. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

FRANCO, TB et al. A produção subjetiva da Estratégia de Saúde da Família. In: FRANCO, TB; ANDRADE, CS; FERREIRA, VSC (organizadores). A produção Subjetiva do Cuidado: cartografia da Estratégia de Saúde da Família. São Paulo:HUCITEC, 2009.

GOMES, AMT; OLIVEIRA, DC. O processo de trabalho do enfermeiro no PAISC: uma análise a partir das representações sociais. Revista de Enfermagem da UERJ; 11:139-6. 2003.

GÖTTEMS, LBD; PIRES, MRGM. Para além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interação do setor político com o econômico. Revista Saúde Sociedade. São Paulo, v.18, n.2, p. 189-198, 2009.

GUEDES, AEL. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. 4ª edição. Rio de Janeiro; CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades>.

JEQUIÉ, Prefeitura Municipal de. Online, 2009. Disponível em: http://www.jequie.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=54>. Acessado em 18 julho de 2009.

LAKATOS, EM; MARCONI, MA. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEOPARDI, MT. **Processo de Trabalho em Saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

_____. Necessidades de Saúde e Cidadania. Texto e contexto. 1992: 1(1) : 54-73.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Köthe. 2. ed. São Paulo, 1985.

MATSUMOTO, NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde. [Dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP: 1999.

MATTOS, RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ-IMS-ABRASCO; 2001.

MELO FILHO, DA. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a Saúde o indivíduo e a história. CAD. De Saúde Pública, 1995: 11(1):5-33.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992. (mimeo).

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e Organização social das Práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, EE. O SUS e um dos dilemas: mudar a gestão e lógica 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: Lemos editorial, 1997, p. 77.

MERHY, EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção do seu modo de trabalhar a assistência. In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Ed. Xamã, 1998. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>> Acessado em 06 de abril de 2009.

MERHY, EE. A micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde como contribuição para a compreensão das apostas em torno de uma reestruturação produtiva no setor In: **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007a.

MERHY, EE. A micropolítica do trabalho vivo em saúde: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007b.

MINAYO, MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, MCS (org). **Pesquisa Social teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010a.

MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro. HUCITEC-ABRASCO, 2010b.

MOSCOVICI, S. La Psychanalyse, son image et son public. Paris:1976.

MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 1 ed. GUARESCHI, P.A. (tradutor). Petrópolis: Vozes, 2003.

NASCIMENTO, MS. **Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde.** 2003. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana: (s.n.), 2003.

NERY, AA. Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié – BA: em busca de uma tradução. [tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

NÓBREGA, SM. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes. Representações Sociais teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

OLIVEIRA DC et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; CAMARGO, B. V; JESUINO, J. C; NÓBREGA, S. M (organizadores). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. Editora Universitária - UFPB. João Pessoa, Paraíba, 2005.

PAIM, JS. Entrevistado por Jeni Vaitsman, Marcelo Rasga Moreira e Nilson do Rosário Costa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):899-901, 2009

PINHEIRO, R. INTEGRALIDADE E PRÁTICAS DE SAÚDE: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no sus. janeiro-fevereiro-março-abril /2003a.

PINHEIRO, R. Atenção à saúde: universalização / focalização, a enfermagem e a atenção básica ambulatorial – um olhar a partir das práticas da integralidade em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 55, Rio de Janeiro, 2003. **ANAIS**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Enfermagem, seção Rio de Janeiro, 2003b.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. 4ª edição. Rio de Janeiro; CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

PINHO, LB; et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [serial on line] 2007 Set-Dez; 9(3):835-846.)

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T.; org. *Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Pappalivros, 1999.

PIRES, VMMM,. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família: desafios na construção de uma prática de relações**. (Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação Mestrado em Saúde Coletiva da UEFS), 2007.

RABELLO, LS. Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2010.

SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink, M.J. (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

SÁ, C. P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (org). O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

_____. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais . Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SAITO, RXS. Políticas de Saúde: Princípios, Diretrizes e Estratégias para a construção de um Sistema Único de Saúde. In: OHARA, EC e SAITO, RXS (org). **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

SILVA JUNIOR, AG. Lógicas de programar ações de saúde. In: Barboza, PR (coord.). Curso de Especialização Autogestão em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 81-107.

SILVA JÚNIOR AG, MASCARENHAS MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 241-258.

SILVA JUNIOR, AG. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde o debate no campo da saúde coletiva**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SILVA, JM. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA**: a dialética entre a teoria e a prática. Feira de Santana, 2006. Disponível em: http://www.uefs.br/scoletiva/arquivos/2006/JAIR_MAGALHAES_DA_SILVA.pdf.

SILVEIRA, CH. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde na Brasil. In: MACHADO, P. H. B.; LEONARDO, J.; MICHALISZYN, M. S. (org). **Saúde Coletiva um campo em construção**. Curitiba: IBPEX, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, CF. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: TEIXEIRA, CF (org.). Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

TIMOTEO, RPS; MONTEIRO, AI; UCHOA, AS. Saúde da Família e projetos Políticos Pedagógicos: intenção e gesto na inserção do tema no cotidiano dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. In: CASTRO, JL (org.). Gestão do Trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal: editora observatório RHNEC/UFRN, 2007.

VAISTMAN, J. Saúde, Cultura e necessidades. In: FEURY, S. organizadora. Saúde Coletiva? Questionando a Onipotência do Social. Rio de Janeiro: Relume Dumará: (1992). p. 157-73.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: MONTEIRO, M. B.; VALA, J. Psicologia social. Fundação Calouste Gulbekian. 7ª edição, 2006.

VÉRGES, P. Approche Du noyau central: propriétés quantitatives ET structurales. In: GUIMELI, C. Structures ET transformations des représentations sociales. Lausanne, Delachaux ET Niestlé, 1994.

VILELA, ABA. Olhar sobre Capacitação: conhecimento elaborado socialmente pelas enfermeiras do programa de saúde da família. Tese de Doutorado. Fortaleza/Ceará, 2003.

WAGNER, W. Sócio-gênese e Características das Representações Sociais. In: MOREIRA, ASP e OLIVEIRA, DC (org.) Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais. Ed. A-B. Goiânia, 1998.

XIMENES, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Reformada. São Paulo, 2000.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM E SAÚDE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, Segundo Conselho Nacional de Saúde.

Pesquisa: Trabalho em Saúde na Estratégia de Saúde da Família a partir das diretrizes do SUS: olhar socialmente elaborado pelas Enfermeiras.

- **Propósito de estudo: Apreender** as representações sociais das enfermeiras sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS no município de Jequié-Bahia. **Conhecer** as representações sociais das enfermeiras sobre as diretrizes do SUS na implementação da ESF no município de Jequié/BA; **Averiguar** a implementação das diretrizes do SUS pelas enfermeiras na sua prática profissional/trabalho na ESF no município de Jequié/BA; **Identificar** limites, avanços e perspectivas na implementação das diretrizes do SUS na ESF no município de Jequié/BA.
- **Participação:** ao autorizar a participação estarei à disposição para responder a uma entrevista semi estruturada e ser submetida a observação sistemática.
- **Desconfortos e riscos:** Este estudo não trará riscos para minha integridade física ou moral.
- **Confidencialidade do estudo:** A identificação dos participantes será mantida em sigilo, sendo que os resultados do presente estudo poderão ser divulgados em congressos e similares, além de publicados em revistas científicas.
- **Benefícios:** A relevância do presente estudo é propiciar um conhecimento da realidade a ser estudada, ou seja, como o município implementa a ESF e crescer junto com ela, buscando um aprimoramento profissional e pessoal de todos os envolvidos no contexto. Como também construir junto com outros atores sociais um cenário que propicie uma atuação mais eficiente dos **profissionais** envolvidos no estudo favorecendo para o fortalecimento do SUS, contribuindo para um melhor direcionamento para o município a partir de um reordenamento que tal estudo possa proporcionar, e, conseqüentemente, na formação profissional dos discentes que utilizam das USF para estágio.
- **Danos advindo da pesquisa:** Em hipótese alguma o informante estará

submetido a riscos devido a sua participação neste estudo, uma vez que os dados serão tratados com sigilo e exclusividade, sem fornecimento à terceiros. Os dados encontrados serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis e colaboradores, não sendo identificados os informantes.

- **Participação Voluntária:** Minha participação é, portanto, voluntária, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades para mim.
- **Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional de que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado: Trabalho em Saúde na Estratégia de Saúde da Família a partir das Diretrizes do SUS: olhar socialmente elaborado pelas enfermeiras, desenvolvido pela mestrandia Daniela Márcia Neri Sampaio, sob a orientação da Professora Doutora Alba Benemérita Alves Vilela da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome do Participante _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo, garantindo que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____, Jequié, Data: ____/____/____
Assinatura do Pesquisador

_____, Jequié, Data ____/____/____
Pesquisadora Colaboradora

Para maiores informações pode entrar em contato com a mestrandia Daniela Márcia Neri Sampaio, Fone: (73) 35289607, email: dmnsampaio@hotmail.com; Av. José Moreira Sobrinho, s/n. Lab. de Saúde Coletiva (UESB); ou com a Professora Doutora Alba Benemérita Alves Vilela, Fone: (73) 35289607, Av. José Moreira Sobrinho, s/n. Lab. de Saúde Coletiva (UESB) email: alba_vilela@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM E SAÚDE

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Caracterização do (a) entrevistado (a)

Entrevista nº: _____

Início: _____

Término: _____

1.1 Perfil sócio-demográfico

- Idade: -----. Sexo: -----.
- Tempo de experiência profissional: -----. Tempo de atuação no PSF (ano/mês): -----
- Regime de trabalho: -----. Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): -----

1.2 Perfil Educacional

- () Treinamento Introdutório (Saúde da Família);
- () Curso de atualização em áreas específicas (tuberculose, hanseníase, dengue, DST, AIDS).
- () Formação na atenção aos cuidados nos ciclos da vida;
- () Especialização – área: ----- () Mestrado – área: -----
-
- () Apenas graduação;

2. Teste de Associação Livre de Palavras:

2.1 Quando pensa na prática da enfermeira na ESF a partir das diretrizes do SUS o que lhe vem à mente? Traduza isso em cinco palavras.

3. Questionamentos:

3.1 Qual o seu entendimento sobre as diretrizes do SUS?

3.2 Qual o seu entendimento sobre ESF?

3.3 Como você desenvolve o seu trabalho em saúde ou a sua prática na ESF do município de Jequié, no que tange a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade?



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM E SAÚDE

APÊNDICE C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

1. Caracterização da USF:

- Tempo de funcionamento: -----. Localização: ----- Número de ESF na USF: -----
- Cobertura das famílias ----- Composição da equipe -----
- Estrutura física: descrição do ambiente (n de salas) e suas respectivas funções;
- Equipamento básico para atendimento da população;
- Organização dos serviços: caracterização da demanda (priorização das necessidades e prioridades), sistema de referência e contra-referência, serviços oferecidos e seus horários de funcionamento, meios de divulgação e educação à saúde;
- Gestão em saúde: negociação, pactuação e articulação intersetorial.
- Higiene do ambiente
- Iluminação do ambiente.

2. Processo de trabalho da ESF no cuidado às famílias:

- Concepção de saúde;
- Espaço de intervenção: saberes e práticas;
- Objeto de trabalho;
- Instrumento de trabalho (projeto terapêutico individual e coletivo);
- Agentes.

3. Diretrizes do SUS

Descentralização

- **Articulação interinstitucional;**
- **Referência e contra-referência;**
- **Resolubilidade.**

A Integralidade do cuidado.

- **Acolhimento:** acesso, respostas às demandas das USF, organização do processo de trabalho, relação trabalhador de saúde x usuário e usuário x trabalhador de saúde, ofertas de serviços às necessidades demandadas pelos usuários, humanização da prática, entre outros;
- **Vínculo:** relações interpessoais (usuário, trabalhador de saúde e a USF), participação da ESF, usuário/família na solução dos problemas de saúde (compartilhamento de saberes, trocas de informações), reconhecimento de direitos e deveres – autonomia do usuário/família;
- **Resolubilidade:** capacidade de resolver os problemas de saúde;
- **Responsabilidade:** otimização tecnológica, momento de escuta e conversas (relação dialógica), intervenção resolutiva, co-participação da USF, ESF, usuário/família, pelos problemas de saúde (clínica e sanitária).

Participação da comunidade:

- **Formação de conselho local;**
- **Fórum e reuniões comunitárias;**
- **Associação de moradores, igrejas.**

ANEXOS

ANEXO A - OFÍCIO CEP/UESB 299/2009

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 02 de outubro de 2009

Of. CEP/UESB 299/2009

Ilma. Sra.

Profa. Daniela Márcia Néri Sampaio
Departamento de Saúde – UESB
Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES / UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

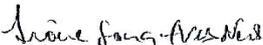
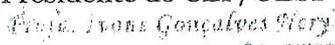
Protocolo nº: **132/2009**

Projeto: **PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DAS DIRETRIZES DO SUS: OLHAR SOCIALMENTE ELABORADO PELAS ENFERMEIRAS**

Pesquisadores: **Profa. Daniela Márcia Néri Sampaio (mestranda)**
Profa. Alba Benemérita Alves Vilela (orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

Vice-Presidente do Comitê de Ética/UESB

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO/PROTOCOLO Nº132/2009



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo Nº 132/2009

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: "Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família a partir das diretrizes do SUS: olhar socialmente elaborado pelas enfermeiras".

Pesquisador Responsável: Profª. Daniela Márcia Néri Sampaio

Instituição onde se realizará: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Campus de Jequié

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde –Saúde Coletiva– 4.06

II - Objetivos:

Geral: Apreender as percepções das enfermeiras sobre o processo de trabalho na estratégia de Saúde da Família a partir das diretrizes do SUS no município de Jequié-Bahia;

Específicos: Conhecer o entendimento das enfermeiras sobre as diretrizes do SUS na implementação da ESF no município de Jequié-Bahia; averiguar como as enfermeiras implementam as diretrizes do SUS no seu processo de trabalho na ESF no município de Jequié-Bahia e identificar limites, avanços e perspectivas na implementação das diretrizes do SUS na ESF no município de Jequié-Bahia.

III – Sumário do projeto:

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, "aproximando-se da Teoria da Representação Social de Moscovici (1961; 1978) e Jodelet (2000)". O campo da pesquisa é o município de Jequié-Bahia. O cenário da investigação será as unidades de Saúde da Família, tendo como "critérios de inclusão seu tempo de funcionamento ser maior que seis meses, ter a equipe mínima completa e preconizada pelo Ministério da Saúde, além de ter o profissional enfermeiro como coordenador e está atuando na equipe há mais de seis meses". Os sujeitos da pesquisa serão as enfermeiras das unidades de Saúde da Família e, por se tratar de um estudo de abordagem qualitativa "... não nos preocupamos com a amostragem quantitativa, mas sim com o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado. Assim, só no decorrer da produção de dados delimitaremos a amostragem ideal...". As técnicas de coleta de dados serão a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. O método de análise será uma aproximação com a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo.

IV – Comentários do relator:

O projeto apresenta todos os documentos indispensáveis à apresentação do protocolo ao CEP-UESB, encontra-se bem elaborado e estruturado e possui relevância social. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) possui uma linguagem clara.

V – Parecer do relator:

Analisando o projeto "Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família a partir das diretrizes do SUS: olhar socialmente elaborado pelas enfermeiras", reconhecemos o mérito do estudo e a relevância para a saúde coletiva. Assim, somos de parecer favorável a aprovação do mesmo.

Situação do projeto: Aprovado e encaminhado

Jequié, 02 de outubro de 2009


Prof. Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB

Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C - OFÍCIO MESTRADO SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS 158/2009/AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Ofício n.º 158/2009

19 de Outubro de 2009

Ilma Srª Stella Santos Souza

Secretária Municipal de Saúde do Município de Jequié-Ba

Prezada Secretária

Apresentamos a V.Sª **Daniela Márcia Neri Sampaio**, mestranda do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* (Nível de Mestrado) em Enfermagem e Saúde da UESB (PPGES/UESB) para a realização da coleta de dados do projeto de dissertação de mestrado “PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DAS DIRETRIZES DO SUS: OLHAR SOCIALMENTE ELABORADO PELAS ENFERMEIRAS”, protocolo 132/2009, aprovado pelo CEP/UESB.

Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 299/2009 referente à aprovação do projeto 132/2009 e do parecer consubstanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Prof.ª Dr.ª Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Coordenadora

Azize B. Abade
Azize Barreto Abbade
Assistente Administrativo do Gabinete
Secretaria Municipal de Saúde - PMJ
19.10.2009

Autorizada a coleta de dados do projeto acima de família do município de Jequié a partir desta data.

11/10/09
Cezarina Alves Moraes dos Santos
Diretora Depto. Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Jequié - Bahia
20/10/2009

ANEXO D - DADOS PROCESSADOS PELO SOFTWARE EVOC 2000

fichier initial : C:\Documents and Settings\Compuserv\Desktop\Dani 1\TALP Entrevistas.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier : C:\Documents and Settings\Compuserv\Desktop\Dani 1\TALP Entrevistas.Tm2

ON CREE LE FICHER : C:\Documents and Settings\Compuserv\Desktop\Dani 1\TALP Entrevistas.dis et C:\Documents and Settings\Compuserv\Desktop\Dani 1\TALP Entrevistas.tm3

	ENSEMBLE DES MOTS	RANGS				
		:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *
Acolhimento	: 14 :	4*	2*	5*	1*	2*
moyenne :	2.64					
Acompanhar	: 3 :	0*	1*	0*	1*	1*
moyenne :	3.67					
Cidadania	: 5 :	1*	1*	1*	1*	1*
moyenne :	3.00					
Compromisso	: 7 :	1*	4*	1*	1*	
moyenne :	2.29					
Cuidar	: 10 :	2*	0*	1*	3*	4*
moyenne :	3.70					
Desilusão	: 9 :	2*	2*	1*	1*	3*
moyenne :	3.11					
Educação	: 7 :	0*	1*	3*	3*	
moyenne :	3.29					
Equidade	: 3 :	0*	1*	0*	2*	
moyenne :	3.33					
Equipe	: 10 :	2*	1*	0*	4*	3*
moyenne :	3.50					
Excelencia	: 1 :	0*	1*			
moyenne :	2.00					
Excelência	: 2 :	0*	0*	0*	1*	1*
moyenne :	4.50					
Integralidade	: 7 :	3*	2*	0*	0*	2*
moyenne :	2.43					
Participação	: 3 :	0*	1*	1*	0*	1*
moyenne :	3.33					
Planejamento	: 2 :	0*	1*	0*	1*	
moyenne :	3.00					
Promoção	: 2 :	0*	1*	1*		
moyenne :	2.50					
Responsabilidade	: 7 :	2*	0*	3*	1*	1*
moyenne :	2.86					
Saúde	: 2 :	1*	0*	1*		
moyenne :	2.00					

DISTRIBUTION TOTALE : 94 : 18* 19* 18* 20* 19*
 RANGS 6 ... 15 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 17

Nombre total de mots cites : 94

moyenne generale : 3.03

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots *	Cumul	evocations	et	cumul inverse
1 *	1	1	1.1 %	94	100.0 %
2 *	4	9	9.6 %	93	98.9 %
3 *	3	18	19.1 %	85	90.4 %
5 *	1	23	24.5 %	76	80.9 %
7 *	4	51	54.3 %	71	75.5 %
9 *	1	60	63.8 %	43	45.7 %
10 *	2	80	85.1 %	34	36.2 %
14 *	1	94	100.0 %	14	14.9 %

Les 3 colonnes correspondent respectivement :
 au Mot
 à sa Fréquence
 à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 3

Cas ou la Fréquence ≥ 5
 et
 le Rang Moyen < 3

Acolhimento	14	2,643
Compromisso	7	2,286
Integralidade	7	2,429
Responsabilidade	7	2,857

Cas ou la Fréquence ≥ 5
 et
 le Rang Moyen ≥ 3

Cidadania	5	3,000
Cuidar	10	3,700
Desilusão	9	3,111
Educação	7	3,286
Equipe	10	3,500

Cas ou la Fréquence < 5
 et
 le Rang Moyen < 3

Cas ou la Fréquence < 5
 et
 le Rang Moyen ≥ 3

Acompanhar	3	3,667
Equidade	3	3,333
Participação	3	3,333