

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FRANCISCA IDANÉSIA DA SILVA

**ENTRE FLORES E ESPINHOS: a atuação do Técnico em Enfermagem
na Estratégia Saúde da Família**

**Natal / RN
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FRANCISCA IDANÉSIA DA SILVA

**ENTRE FLORES E ESPINHOS: a atuação do Técnico em Enfermagem
na Estratégia Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosalba Pessoa de Souza Timoteo

**Natal / RN
2008**

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN/
Biblioteca Setorial de Enfermagem Profª Bertha Cruz Enders

S586e Silva, Francisca Idanésia.

Entre flores e espinhos: a atuação do técnico em enfermagem na
Estratégia Saúde da Família / Francisca Idanésia Silva. – Natal, RN,
2008.

121 f.: il.

Orientadora: Rosalba Pessoa de Souza Timoteo

1. Técnico em enfermagem – Dissertação. 2. Saúde da família –
Estratégias - Dissertação. 4. Atuação em enfermagem. – Dissertação.
I. Timoteo, Rosalba Pessoa de Souza. II. Título.

RN/UF/BS-Enf.

CDU 616-083-057.164(043.3)

FRANCISCA IDANÉSIA DA SILVA

A dissertação “ENTRE FLORES E ESPINHOS: a atuação do Técnico em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família”, foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Dissertação aprovada, em ____/____/____.

Prof^a Dr^a Rosalba Pessoa de Souza Timoteo - Orientadora
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^a Dr^a Lenilde Duarte de Sá - Titular
Departamento de Enfermagem da UFPB

Prof^a Dr^a Raimunda Medeiros Germano - Titular
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^a Dr^a Jacileide Guimarães - Titular
Escola de Enfermagem de Natal da UFRN

Aos meus pais, Rodrigues e Cleonice (in memoriam) pela persistência em educar os filhos e pelos valores morais e espirituais.

A Fernando, meu companheiro, fiel escudeiro, por compreender minhas ausências e pelo carinho, atenção e cuidado, suportes que me ajudaram a superar os desafios.

Aos meus filhos Daniel e Artur, para que a paciência e os esforços empreendidos, por todos nós, para superar dificuldades, sirvam de exemplo para os seus projetos de vida.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Rosalba Pessoa de Souza Timoteo, com quem pude dividir muitos sorrisos nos prazerosos e construtivos momentos de orientação, meu sincero agradecimento pela colaboração e incentivo que me ofereceu ao longo dessa jornada e pelo zelo e dedicação que tem por tudo aquilo que faz.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre me ampara e que me permitiu chegar até aqui e prosseguir na caminhada.

À orientadora e amiga, Prof^a Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timoteo, pelo incentivo constante, pela orientação com atenção, paciência, reconhecimento de meus limites e valorização de minhas potencialidades;

À Prof^a Dra. Raimunda Germano, exemplo e referência no exercício de minha vida profissional, pelo incentivo que tornou possível a concretização do mestrado;

À coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da UFRN, pelo constante apoio nessa caminhada;

À Escola de Enfermagem de Natal da UFRN, minha segunda casa desde que me formei, por representar o compromisso maior com a Educação Profissional e com a Enfermagem;

À direção da Escola de Enfermagem de Natal da UFRN, na pessoa de sua Diretora Prof^a Edilene Rodrigues da Silva, que tanto me estimulou a ingressar no mestrado e por propiciar condições para a realização deste;

Aos amigos professores da Escola de Enfermagem de Natal, pelo constante incentivo e apoio no desenvolvimento dessa jornada;

Aos funcionários e bolsistas da Escola de Enfermagem de Natal, pelo apoio e compreensão pelas minhas ausências no cotidiano da escola;

Às funcionárias e bolsistas da Biblioteca Setorial de Enfermagem Prof^a Bertha Cruz Enders, pela atenção e solicitude às minhas necessidades no processo de busca;

Aos amigos de curso de mestrado, pelo companheirismo nos momentos de angústias e de conquistas, pela partilha durante toda esta trajetória;

Às minhas amigas mais próximas e especiais, companheiras de trabalho de uma jornada mais longa, Givania, Cleide e Edilene, tão presentes não só em minha vida acadêmica, mas, principalmente na vida pessoal;

Ao meu filho Daniel Vitor, que a seu modo sempre me incentivou, pelas contribuições na informática e pelos sonhos que juntos ainda haveremos de partilhar;

Ao meu filho Artur, meu confidente e companheiro nas doces e energéticas noites com açaí;

Aos meus irmãos, Ivone, Ivonete, Iran, Itamar (in memoriam), Idalécio e Ioneide, que mesmo nas diferenças de cada um, há reflexo dos intensos laços de afeto que nos unem;

À Preta, minha secretária, que cuidou da minha vida doméstica, administrando-a nas minhas ausências;

Enfim, a meus amigos, pessoas significativas em minha vida, que nunca me deixam só, sempre a oferecer um ombro amigo, seja nas alegrias ou no sofrimento;

À amiga Lygia, por dividir comigo as inquietações e as descobertas que permeiam este estudo;

Aos bolsistas Sabrina e Beatriz, que auxiliaram em diversos momentos da pesquisa, com tranquilidade, paciência e responsabilidade;

Aos Técnicos em Enfermagem, sujeitos do universo desta pesquisa e eternos batalhadores por melhores condições de saúde da população.

*Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde
que acreditam em novos modos de agir em saúde
na construção de um Sistema Único de
Saúde que estimule as mudanças,
o exercício da cidadania
e da democracia.*

*É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar;
é melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver...”*

Martin Luther King

RESUMO

SILVA, Francisca Idanésia da. ENTRE FLORES E ESPINHOS: a atuação do Técnico em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. 2008. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008.

Trata de estudo do tipo exploratório/descritivo, com abordagem qualitativa, cujo foi objetivo analisar a atuação do Técnico em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF), levando em consideração as atribuições definidas pelo Ministério da Saúde (MS). Para tanto, buscou-se identificar quais as atividades que desempenha, as dificuldades enfrentadas, o que contribuiu para a atuação profissional, e qual a visão que tem da ESF e de si mesmo no contexto. Parte do pressuposto de que a prática do Técnico em Enfermagem, ainda não está voltada para a integralidade e que as ações desenvolvidas por esse profissional são predominantemente individuais e curativas. Sabemos que a ESF propõe a organização do trabalho em equipe, com definição de território, priorização das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo/família/comunidade, elegendo como ponto central o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os mesmos. Para tanto, o trabalho em equipe, passa pela interdisciplinaridade, vinculação e competência, passando a fazer diferença, na forma de pensar e fazer saúde. Para a realização do estudo foram entrevistados vinte e um Técnicos em Enfermagem, de Unidades de Saúde da Família, do Distrito Sanitário Oeste de Natal/RN, utilizando-se instrumento semi-estruturado. Da análise, emergiram três categorias empíricas: a partir da primeira, *A realidade de um sonho: o que é a ESF para o Técnico em Enfermagem*, obtivemos duas classificações: uma inerente à própria concepção que tem da ESF, nominada *A realização do sonho no possível* e outra que corresponde ao que pensa acerca da ESF, enquanto projeto que não se realiza plenamente, denominada de *A boniteza de um sonho que não se realiza*. A segunda categoria foi *A ESF: um sonho construído no cotidiano do Técnico em Enfermagem* trata das informações do dia-a-dia desse profissional; as atividades que realiza e como estas são estabelecidas. Esta deu origem a três outros itens, a saber: *O fazer do Técnico em Enfermagem: um projeto que virou rotina*; *O fazer pré-determinado do Técnico em Enfermagem: a escala como fator de (des)autonomia*; e, *Saberes da prática na ESF: desafios que se apresentam ao fazer do Técnico em Enfermagem*. A terceira categoria, denominada de *Encantos e desencantos no desabrochar de uma nova prática*, está relacionada às facilidades ou dificuldades na atuação do profissional e como ele se vê no contexto. Dela emergiu as “flores” e os “espinhos” encontrados na construção de um sonho, o que deu origem ao título deste estudo. Os resultados indicam que, considerando-se as características da categoria profissional pesquisada, torna-se fundamental o redimensionamento das relações de trabalho na ESF, sendo imperativo, que novos olhares sejam dirigidos, para que se possa compatibilizar a forma como esses Técnicos em Enfermagem interage com as famílias, junto à equipe, bem como voltar a atenção para o as suas possibilidades e limites ante o processo de trabalho na ESF. Além disso, são necessárias mudanças na formação profissional, para se possa garantir as bases conceituais na construção de novas práticas, visando responder ao modelo de atenção vigente.

Palavras-chave: Técnico em Enfermagem. Atuação profissional. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

SILVA, Francisca Idanésia da. BETWEEN FLOWERS AND THORNS: the actuation of Nursing Technician in Family Health Strategy. 2008. 136f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) Federal University of Rio Grande do Norte. Natal, 2008.

It is about a study of an exploratory/descriptive type with a qualitative approach whose aim was to analyze the actuation of nursing technicians in Family Health Strategy (FHS), taking into consideration the defined attributions by the Ministry of Health (MH). Thus, it was sought to identify what activities they carry out, the difficulties encountered, what contributed to their professional performance, and what vision they have about FHS and about themselves in the context. Based on the assumption that the practice of Nursing Technician is not still geared to completeness and that the developed actions by this professional are predominantly individual and curative. We know that FHS proposes the work organization as a team, with territory definition, prioritization of promotion actions, protection and recovery of the individual/family/community health, choosing as a central point the establishment of entails between the professionals and the same ones. However, the team work pass through interdisciplinary, tying and competence, starting making the difference in the way of thinking and doing health. To the accomplishment of this study were interviewed twenty one Nursing Technicians of Family Health Units from Sanitário Oeste district in Natal-RN, using semi-structured instrument. From the analysis, three empiric categories emerged: starting from the first, *The reality of a dream: what FHS is for the Nursing Technician*, we obtained two classifications: one inherent to the own conception they have about FHS, nominated *The realization of a dream in the possible* and another that corresponds to what they think about FHS, while project that doesn't take place fully, denominated of *The beauty of a dream that doesn't take place*. The second category was The FHS: a dream built in the daily of Nursing Technician treats of the day by day information of that professional; the activities they perform and how those are established. This created three other items, to know: *The role of a Nursing Technician: a project that became routine*; *The pre-determined role of a Nursing Technician: the scale as factor of (non-)autonomy*; and, *Knowledge about the practice in FHS: challenges that are presented to the role of Nursing Technician*. The third category, denominated of *Charms and disenchantment in the beginning of a new practice*, it is related to the facilities or difficulties in professional's actuation and how he sees himself in the context. From it emerged the "flowers" and the "thorns" found on the construction of a dream, which gave this study the title. The results indicate that, being considered the characteristics of researched professional category, it becomes fundamental the resizing of labor relations in FHS, being imperative that new glances is conducted, so that the way as those Nursing Technicians interacts with the families can become compatible, together with the team, as well as to return the attention for their possibilities and limits in face of the work process in FHS. Besides, it is necessary changes in the professional formation, so that it can guarantee the conceptual bases in the construction of new practices, seeking to answer to the model of current attention.

Key-words: Nursing Technician. Professional Actuation. Family Health Strategy.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Número de Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário em Natal/RN.....	55
Tabela 2 - Rede própria de Serviços Municipais de Saúde do Distrito Sanitário Oeste de Natal/RN.....	55
Tabela 3 - Número de Equipes por Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário Oeste de Natal/RN.	56
Tabela 4 – Distribuição dos profissionais segundo: idade, sexo, estado civil, grau de instrução.....	59
Tabela 5 – Distribuição dos profissionais segundo, tempo de formado como Técnico em Enfermagem, tempo de serviço na Estratégia Saúde da Família e participação em treinamentos.....	60
Quadro 1 - Atribuições legais do Técnico em Enfermagem.....	46
Quadro 2 - Categorias e subcategorias empíricas finais.....	66

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNRH – Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DS – Distritos Sanitários
DSO – Distrito Sanitário Oeste
DSN – Distrito Sanitário Norte
EEN – Escola de Enfermagem de Natal
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
PROESF – Projeto de Expansão da Estratégia Saúde da Família
PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF – Programa Saúde da Família
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Introdução

*Com o reconhecimento de nosso potencial
E com a confiança em nossa capacidade
Podemos construir um mundo melhor.
Humberto Mariotti*

Contextualizando a saúde no Brasil

*Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão*

Paulo Freire

O Técnico em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família

*Somos o que fazemos
e sobretudo o que fazemos para mudar o que somos:
nossa identidade reside na ação e na luta.*

Eduardo Galeano

Percurso Metodológico

*O produto final da análise de uma pesquisa,
por mais brilhante que seja,
deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa.*

Maria Cecília Minayo

Revelando os Resultados

*Parto do princípio que somos em certas situações,
a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações
que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança.*

Merhy

Considerações Finais

Mas na profissão, além de amar tem de saber.

E o saber leva tempo pra crescer.

Rubem Alves

Referências

*É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz,
de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.*

Paulo Freire

Apêndices

*Tudo em nós está em nosso conceito do mundo;
modificar o nosso conceito do mundo é modificar o mundo para nós,
isto é, é modificar o mundo, pois ele nunca será, para nós, senão o que é para nós.*

Fernando Pessoa

Anexos

*Só podemos ser agentes da criação de nossa história,
quando nos sentimos livres para mudarmos,
pois todo o processo de criação implica mudanças.
O cuidado não se explica; se vive e se constrói a cada dia.*

José Antonio Serra

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE NO BRASIL	24
2.1. O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família	30
3. O TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	38
4. PERCURSO METODOLÓGICO	50
4.1. Tipo de estudo	50
4.2. Cenário do estudo	52
4.3. Participantes do estudo	58
4.4. Procedimentos de coleta dos dados	611
4.5. Procedimentos de tratamento de análise dos dados	63
5. REVELANDO OS RESULTADOS	66
5.1. A REALIDADE DE UM SONHO: O QUE É A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O TÉCNICO EM ENFERMAGEM	67
5.1.1 A REALIZAÇÃO DO SONHO NO POSSÍVEL	67
5.1.2 A BONITEZA DE UM SONHO QUE NÃO SE REALIZA	70
5.2. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM SONHO CONSTRUÍDO NO COTIDIANO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	73
5.2.1 O FAZER DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PROJETO QUE VIROU ROTINA	74
5.2.2 O FAZER PRÉ-DETERMINADO: A ESCALA COMO FATOR DE (DES)AUTONOMIA	83
5.2.3 SABERES DA PRÁTICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS QUE SE APRESENTAM AO FAZER DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	89
5.3. ENCANTOS E DESENCANTOS NO DESABROCHAR DE UMA NOVA PRÁTICA	93
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	118

1 INTRODUÇÃO

As transformações sociais, políticas e econômicas acontecem com dinamismo cada vez mais intenso. O mundo do trabalho em geral e, especificamente, o da saúde, sofre os reflexos destas mudanças, sobretudo, no tocante à reorganização dos serviços e às políticas de recursos humanos, visto que as mesmas demandam um perfil de trabalhador diferenciado, que possua, além das competências técnicas específicas, iniciativa, criatividade, capacidade de trabalhar em grupo, competência para avaliar o produto do seu trabalho e tomar medidas para melhorar a qualidade deste (PEDUZZI, 2002).

Tais mudanças, ocorridas no sistema de saúde brasileiro, foram geradas, muitas delas, por um movimento ativo e organizado da sociedade, de caráter político, técnico e estrutural, que se convencionou chamar de movimento pela Reforma Sanitária. Este movimento se fortaleceu com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a aprovação da Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, constituiu-se em um momento importante para a conformação política/ideológica do setor saúde. Desde então, importantes alterações vêm ocorrendo em um rápido processo de mudança na área da saúde, no sentido de se redesenhar a atenção prestada à população (MENDES, 1994).

Tendo em vista a Reforma Sanitária, a Conferência descortinou aspectos fundamentais, quando passou a abordar a saúde a partir de um conceito abrangente, definindo-a como direito de cidadania e dever do Estado. Nela, propôs-se um novo modelo de atenção, com atendimento integral, no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, implicando na humanização do atendimento e na visão global do homem.

O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, é definido como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e das Fundações mantidas pelo poder público (BRASIL, 1990).

A ele, cabe identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas destinadas a promover ações e serviços neste setor; assistir as pessoas,

proporcionando-lhes melhores condições de saúde como forma de garantia dos direitos de cidadania, ao mesmo tempo em que lhes resgata a dignidade.

A proposta de rompimento com o modelo de saúde centrado no atendimento biomédico, com práticas médicas curativistas e individuais, trouxe novos paradigmas que configuram desafios para um novo modelo de atenção, pautado em princípios e estratégias estruturantes que exigem, por conseguinte, profissionais de saúde com perfil que atenda às demandas dele emergentes (GIL, 2005).

Neste sentido, a política nacional de saúde preconiza uma atenção, na qual o homem é visto como um ser integral, devendo ser atendido por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a sua saúde.

Aponta, portanto, para a necessidade de mudanças do enfoque na assistência até então prestada à população, devendo, desse modo, estar centrada na atenção global do indivíduo, para além da simples intervenção médica, buscando integração com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família. Para tanto, necessita de ampla e profunda reestruturação da rede de serviços de saúde bem como da adequação dos recursos humanos, para a atuação no contexto desse modelo de atenção.

Assim, fica evidente que as mudanças decorrentes da Reforma Sanitária na estrutura técnica, administrativa e assistencial dos serviços de saúde abrem perspectivas para a inserção de novos perfis profissionais, comprometidos com as transformações ocorridas e necessárias no mundo do trabalho em saúde, mas também com a superação do modelo assistencial tradicional e essencialmente tecnicista, até então predominante.

Todavia, a globalização emergente da forte crise econômica, ocorrida principalmente nas décadas de 1980 e 1990, traz fortes influências nas transformações instauradas a partir das inquietações da sociedade.

Assim, a conformação da Reforma Sanitária, no contexto da hegemonia do projeto neoliberal, em um momento de profunda crise econômica e em meio ao processo de redemocratização do país, constituiu-se em uma proposta antagônica frente ao panorama existente, passando a caracterizar o formato dado às políticas de saúde a partir de então.

O que está em pauta, no contexto atual, é a efetivação dessas mudanças, no sentido de se concretizar as propostas que levam às inter-relações dinâmicas e simultâneas na

tríade educação/trabalho/saúde. Isto infere em compromisso e luta por melhoria das condições de saúde, através da reestruturação da rede de atenção em todos os níveis.

Neste sentido, enquanto profissão institucionalizada, a Enfermagem vem buscando ampliar a visão de mundo de trabalho contemporâneo, onde suas categorias profissionais estão inseridas, mantendo-se à frente, e contribuindo para as discussões referentes à atenção à saúde como um todo, ou, mais especificamente, sobre o cuidar em enfermagem, sempre em busca da melhoria da qualidade da atenção prestada à saúde da população.

Por sua vez, o MS, visando à integralidade do novo modelo de atenção, cria em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), como um instrumento de reorganização do SUS, cujo objetivo seria promover e proteger a saúde de indivíduos, da família e da comunidade a partir das ações da equipe de saúde, privilegiando as áreas de maior risco social (KOSTER, 2006).

Percebendo o êxito do PSF, que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica (AB) no Brasil, o governo emitiu a Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006, a qual estabeleceu o PSF como uma estratégia prioritária para esse nível de atenção. Assim, passa então a denominar-se Estratégia Saúde da Família (ESF), cujas diretrizes vêm reafirmar os princípios básicos de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, conforme proposto pelo SUS, mediante o cadastramento das famílias e a vinculação dos usuários nas ações programáticas, possibilitando o acesso destes, de forma universal e contínua, a serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2006).

Para Almeida (1997), historicamente, a Enfermagem não só acompanha as terminologias de modelos de saúde que foram se constituindo, como toma os fundamentos dos novos saberes que compõem a saúde coletiva. Para a autora,

a Enfermagem de saúde pública acompanhou as tecnologias de serviços de saúde pública, acompanhou as terminologias de modelos de saúde que foram se constituindo historicamente, bem como as fundamentações do conjunto de disciplinas e saberes que compõem a saúde coletiva enquanto marco referencial. Foi assim com a tradicional Saúde Pública, a Medicina Preventiva, medicina Integral, Medicina Comunitária, pressupostos de Leavell e Clarck, da Atenção Primária à Saúde e em especial, no Brasil, da 8ª Conferência Nacional de Saúde e dos princípios do Sistema Único de Saúde (ALMEIDA, 1997, p. 61).

Desse modo, a adequação do perfil do profissional, frente às necessidades da atenção à saúde da população, tem sido motivo de constantes reflexões na Enfermagem brasileira, o que não se dissocia de uma questão mais abrangente que é a adequação de recursos humanos na área da saúde como um todo, visto que há uma preocupação coletiva no que se refere à formação e adequação de pessoal para esta área (CHRISTÓFARO, 2003).

A literatura aponta que a Enfermagem, vem buscando sua autonomia, procurando adequar-se às determinações sociais e legais das políticas de saúde. Ademais, Freitas (1990) afirma que a formação de qualidade em Enfermagem é de fundamental importância e deve assegurar não só a sistematização de conhecimentos, atitudes e habilidades, alicerçados pelos padrões morais, éticos e técnicos da profissão, mas, deve estar em consonância com as políticas sociais e de saúde do país, as quais determinam a realidade onde o profissional atua.

Nesse sentido, é importante destacar que os momentos históricos principais da Enfermagem no Brasil podem ser interpretados tanto através de sua especificidade, quanto do seu relacionamento com as transformações gerais na infra-estrutura da sociedade, o que segundo Germano (1993), significa que a sua história não se processa num espaço abstrato, mas se dá de forma concreta na sociedade brasileira com seus determinantes econômicos, políticos e ideológicos

O trabalho na área da saúde, independente do conceito de saúde vigente e do estágio de desenvolvimento de cada segmento da sociedade, exige determinados pré-requisitos àqueles que nela enveredam cuja aquisição destes depende de uma formação profissional que assegure competências técnicas, políticas, éticas e humanas que possibilitem desenvolver um perfil que corresponda às características e às demandas da profissão (CHRISTÓFARO, 2003).

Nas últimas décadas, a política de atenção vem assumindo novos contornos, impondo o redirecionamento e a reconfiguração da equipe de saúde, com o delineamento de novos atores e seus respectivos papéis, o que passou a exigir um outro olhar por parte dos órgãos formadores e empregadores.

Assim, podemos observar que a inserção e a atuação dos trabalhadores da saúde, mais especificamente da Enfermagem, vêm passando por profundas modificações, em parte, devido às influências decorrentes das atualizações referentes às legislações específicas e pertinentes à própria formação, mas, sobretudo, no que se refere à atenção a saúde no contexto do SUS.

Neste sentido, é perceptível que a política de educação profissional em Enfermagem, adotada no país nas últimas décadas, vem impetrando importantes esforços para as transformações e reformulações, sobretudo ao voltar-se para as políticas públicas de saúde, trazendo, para o seio da academia, discussões que permeiam a prática profissional da Enfermagem, promovendo o acompanhamento dos avanços na área da saúde.

Semelhante fato é corroborado por Timoteo, Monteiro e Uchoa (2007, p. 47), quando afirmam que “a dinâmica das mudanças no sistema de saúde tem impulsionado reflexões tanto no âmbito das instituições formadoras, quanto no campo de trabalho em saúde”. As autoras reforçam que essa ocorrência impõe necessária reordenação e reorganização das instituições de ensino e serviço, sobretudo em relação a problemas que dizem respeito às questões técnicas, políticas, éticas e humanísticas, tão relevantes no modelo de atenção à saúde e nos modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva.

No que concerne à ESF, enquanto campo de ação favorável aos profissionais de saúde/enfermagem, Ximenes Neto et al. (2008, p. 53) referem que a mesma “vem permitindo o desenvolvimento do mercado de trabalho, com a ampliação das áreas de atuação e emprego, melhoria salarial, maior empoderamento e visibilidade, e a introdução de novas práticas assistenciais e na gestão”. Tal fato é determinante para que as reestruturações curriculares estejam em sintonia com o modelo de atenção ora proposto, de modo que os profissionais não fiquem descontextualizados da realidade onde desenvolvem suas atividades.

Sabemos que as características do processo de trabalho das equipes multiprofissionais na ESF passam necessariamente pela interdisciplinaridade, vinculação e competência, de modo a fazer diferença na forma de pensar e fazer a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de doenças, o que exige redefinição de papéis de cada profissional envolvido, sem, contudo, haver desarticulação entre as ações da equipe.

Dada a representatividade e significância dos profissionais da enfermagem no setor saúde, torna-se relevante que se direcionem olhares em relação à adequação do perfil dos mesmos para a atuação no contexto da ESF, principalmente dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, visto que representam mais da metade do total de trabalhadores que compõem a força de trabalho da Enfermagem no país.

A esse respeito, Nogueira (2002) refere que a maior parte do contingente de trabalhadores de Enfermagem é constituída de profissionais de nível médio, ou seja, de

Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e que há estimativas de que esses profissionais representem 60% da força de trabalho de Enfermagem no Brasil. Ao tratar das peculiaridades do setor saúde, o autor diz ainda que “os recursos humanos de nível técnico e auxiliar no campo da saúde caracterizam-se por uma notável diversidade ou heterogeneidade funcional e educacional”, destacando que os números de postos de trabalho das ocupações técnicas e auxiliares, no setor saúde, estão fortemente concentrados em torno da Enfermagem (NOGUEIRA, 2002, p. 10).

Fortalecendo essa informação, dados do MS revelam que o número de trabalhadores de Enfermagem é grande na composição geral dos profissionais do setor saúde, assegurando que a área de Enfermagem corresponde a 49,6% do setor saúde e que, desses, 57% são compostos por Auxiliares e Técnicos em enfermagem (BRASIL, 2005).

Se a Enfermagem constitui essa força de trabalho majoritária, convém refletir acerca de sua inserção neste novo modelo de atenção, uma vez que a formação tem priorizado o modo tecnicista na educação técnica profissional, e esse modelo vem permanecendo na realidade dos serviços de saúde.

A realidade das Unidades de Saúde da Família (USF) tem mostrado que as atividades realizadas pelos Técnicos em Enfermagem estão mais freqüentemente relacionadas a procedimentos curativos, com predominância na execução de cuidados relacionados à: preparo do usuário para consulta médica ou de enfermagem, verificação de pressão arterial (PA) e temperatura, cuidado com feridas, além de estar se limitando ao atendimento da demanda espontânea ou de necessidades demandadas por outros membros da equipe, em detrimento de ações de promoção e proteção da saúde, junto às famílias e à comunidade.

Por outro lado, ainda se observa a permanência do modelo de atenção voltado para as ações clínicas, o médico ou o enfermeiro, os quais centralizam as ações e decisões, dificultando as possibilidades para que outras categorias profissionais possam criar e assumir espaços, rumo ao trabalho em equipe, conforme as propostas da atual política de atenção à saúde.

Desse modo, neste contexto, o Técnico em Enfermagem necessita se envolver mais ou ser mais envolvido, enquanto trabalhador com identidade e especificidades próprias, autonomia, correspondendo, assim, ao perfil profissional esperado.

Frente às sucessivas mudanças ocorridas, tanto na área da saúde quanto na educação em Enfermagem, bem como do processo histórico da formação do Técnico em

Enfermagem, sua inserção e manutenção nos serviços de saúde, ainda surge, o desafio de refletir sobre a atuação desse profissional junto à equipe de saúde da família.

Sendo a ESF um campo de atuação da enfermagem, alguns aspectos nos causam inquietações, quais sejam: a vivência dos Técnicos em Enfermagem nesse campo de ação referente à relação estabelecida com a comunidade e com as famílias assistidas, a integração com a equipe multidisciplinar, de modo a contribuir para o trabalho realizado pela mesma e o envolvimento com as ações de promoção da saúde, para além das práticas individuais e curativas.

Ante essas inquietações, surgiram as seguintes indagações: Como se dá a atuação do Técnico em Enfermagem na ESF? O Técnico em Enfermagem vem atuando, de acordo com as atribuições descritas nas diretrizes e normas para a organização da AB? Que fatores influenciam na atuação do Técnico em Enfermagem na ESF? Qual a visão que o profissional tem sobre ESF e de si mesmo neste contexto?

Entendemos que este trabalho trará subsídios para a reflexão sobre a reorganização do modelo de atenção à saúde, mais especificamente, quanto à atuação do Técnico em Enfermagem, pois este, segundo Peduzzi (1998, p. 13), “[...] constitui agente e sujeito histórico-social que [...] a cada momento faz opções de adesão ou resistência a um dado modo de organização do trabalho, inscrevendo ou não novas possibilidades no trabalho coletivo do qual é partícipe”.

Surge, portanto, a motivação para desenvolver um estudo sobre a atuação do Técnico em Enfermagem na ESF, gerada a partir do nosso cotidiano, como docente da Escola de Enfermagem de Natal (EEN) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Neste espaço, juntamente com outros colegas e alunos do Curso Técnico em Enfermagem oferecido para trabalhadores, já inseridos nas unidades de saúde, onde atuam como Auxiliares de Enfermagem, quando nos deparamos, através da prática pedagógica, com a realidade de trabalho dos mesmos.

Convivendo com a heterogeneidade desses alunos/trabalhadores, os quais carregam consigo, experiências e vivências profissionais distintas, tivemos oportunidade de observar contradições no que se refere ao saber-fazer na ESF, mais especificamente no fazer, dos Técnicos em Enfermagem, na prática, visto que estes, ao mesmo tempo em que procuram a transformação do modelo assistencial, o reafirmam e o mantêm na própria ação.

São vários os trabalhos que fazem reflexões sobre questões inerentes à prática do enfermeiro, como também discussões sobre o seu cotidiano de trabalho na ESF. No entanto, são escassos os estudos que tratam, especificamente, da atuação do pessoal de nível médio da Enfermagem.

Neste sentido, achamos pertinentes e necessárias as reflexões acerca da atuação do Técnico em Enfermagem, a partir do olhar dos próprios trabalhadores de saúde que estão inseridos nas equipes de saúde da família, por entender que eles podem contribuir para a efetivação da proposta de mudança no sistema de saúde brasileiro.

O presente estudo proporciona, portanto, uma oportunidade de evidenciarmos, in loco, a atuação do Técnico em Enfermagem no atual modelo de atenção à saúde. É também uma maneira de refletir e contribuir para a adequação do perfil desse profissional, com vistas à melhoria da formação e da atenção à saúde.

Para tanto, partimos do pressuposto de que a prática profissional do Técnico em Enfermagem nas USFs ainda não está voltada para a integralidade das ações, ou seja, de o indivíduo ser visto como um todo na sua singularidade, além da própria integralidade do sistema de saúde, pois as ações de saúde desenvolvidas por este profissional, neste contexto, são predominantemente individuais e curativas e voltadas para atender à demanda espontânea.

Este estudo teve, pois, como objeto de pesquisa a atuação do Técnico em Enfermagem enquanto membro da equipe de saúde da família, de modo a identificar suas atividades, como estas acontecem no cotidiano de trabalho na USF e se estão em correspondência com as atribuições a ele designadas pelo MS para este campo de ação.

Buscamos analisar a atuação do Técnico em Enfermagem, na ESF, por acreditar que o próprio MS define de modo parcimonioso as atribuições básicas desse profissional, sem apontar desempenhos e/ou atividades específicas, conforme os diferentes graus de complexidade inerentes a um trabalho em equipe, junto às famílias e à comunidade.

O estudo torna-se, pois, uma possibilidade de aproximação da realidade em que o Técnico em Enfermagem atua, levando em consideração o espaço ocupado por ele no seu fazer cotidiano e na sua articulação com o trabalho em equipe, visando às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, os fatores que facilitam, e/ou, dificultam o desenvolvimento o seu trabalho, junto às famílias atendidas pela ESF.

Nesse sentido, reafirmamos a relevância do estudo, no momento de reorganização do modelo de atenção, o qual vem adotando a ESF como eixo fundamental de mudança, que tem como pilar de sustentação o trabalho em equipe.

Nesta perspectiva, propomos como objetivo geral analisar a atuação do Técnico em Enfermagem na ESF e, para as aproximações mais específicas do objeto, traçamos como objetivos específicos: Descrever as atividades que o Técnico em Enfermagem desenvolve na ESF; Discutir a relação entre as atividades realizadas e aquelas previstas pelas diretrizes da AB; Identificar os fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento das atividades realizadas pelo Técnico em Enfermagem.

O estudo está pautado nos referenciais da ESF e no quadro teórico/metodológico relacionado ao trabalho em saúde e em Enfermagem, utilizando estudos realizados por Almeida e Rocha (1986); Mattos (2001); Mendes (1994); Peduzzi (1998, 2001a, 2001b, 2002, 2003a, 2003b, 2004, 2006); Merhy (1997, 2003); Shimizu (2004), entre outros, e foi desenvolvido tomando como base a realidade das USF, o que possibilitou o diálogo entre a teorização sobre o trabalho em saúde e a realidade vivenciada pelos Técnicos em Enfermagem, dessa área.

O resultado das reflexões e análises gerou os itens que abordam os seguintes temas:

Item 1: Refere-se à Introdução do estudo, com uma abordagem geral sobre o sistema de saúde do país, as questões norteadoras e os objetivos do mesmo.

Item 2: Discorre sobre o atual modelo de atenção à saúde, apontando as concepções de saúde vigentes na sociedade, o movimento de construção do SUS no Brasil, destacando-se a integralidade como um princípio, ainda, em construção. Aborda ainda as questões referentes à adequação de recursos humanos para atender as necessidades da ESF e as especificidades do trabalho na equipe de saúde da família.

Item 3: Faz uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas pelos Técnicos em Enfermagem junto à equipe de saúde da família e a atenção prestada às famílias, levando em consideração as possibilidades e limites, no contexto da ESF.

Item 4: Descreve o Percurso Metodológico seguido para obtenção e análise dos dados, bem como o campo empírico utilizado no estudo. Nesse item estão discriminados os resultados da pesquisa de campo que derivaram da categorização dos dados empíricos, através da análise de conteúdo, revelando a compreensão dos mesmos.

Por fim, encerramos o texto com as considerações finais acerca do objeto deste estudo, assinalando os caminhos possíveis de serem percorridos com vistas a refletir sobre a atuação do Técnico em Enfermagem na integralidade do cuidado do trabalho, de tal modo que possa contribuir para a melhoria da atenção prestada e, por conseguinte, para o fortalecimento do SUS.

2 CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE NO BRASIL

A partir da mobilização da sociedade civil organizada, que não encontrava respostas no modelo de saúde vigente, o qual se centralizava no atendimento biomédico e hospitalocêntrico, o MS, utilizando como base a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991, lançou o Programa Saúde da Família, em 1994 - como política nacional de AB, cujo caráter organizativo e substitutivo, é insofismável, propondo profunda reorientação dos serviços de saúde, através dos princípios do SUS (BRASIL, 1998).

Segundo Campos (2001), já nos anos 1970, outras experiências de reforma em saúde já haviam sido postas em prática em outros países, inclusive no Brasil, entre estas, a “medicina de família” e a “medicina comunitária”, que se apresentaram como projetos de reforma mais voltados para a prática médica, propondo uma nova relação com as famílias e com as comunidades, onde ocorriam essas práticas.

Para o autor, a “medicina comunitária”, bastante difundida na época, centrava-se no trabalho em equipe e na incorporação de profissionais com formações diversas, que pudessem, através de práticas educativas, estimular o autocuidado e o repensar sobre o estilo de vida dos indivíduos e suas famílias.

Tais movimentos apresentaram-se como alternativas à progressiva desumanização da medicina e como resposta contra o aumento da complexidade tecnológica da medicina, a tendência à hospitalização e à especialização, desvinculados dos valores sociais e das reais necessidades de serviços especializados (CAMPOS, 2001).

Tal modelo passou a ser difundido no país, principalmente, nas áreas periféricas das grandes cidades onde foram iniciadas experiências para introdução dessa proposta. Para tanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu seminários, cujo objetivo era refletir sobre a formação do médico generalista, colocando em pauta as diferenças existentes entre os diversos projetos em curso – saúde comunitária, medicina social e os programas do médico de família – no intuito de equilibrar a formação profissional neste enfoque.

Assim, condicionado pela evolução histórica e organizacional do sistema de saúde, no país desde a sua criação o PSF foi tomado como uma estratégia de reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Tem como princípios organizativos e

operacionais a vigilância à saúde, a descentralização e a hierarquização, a territorialização e adscrição da clientela e atuação com base no trabalho em equipe multiprofissional, hoje composta basicamente por Médico, Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2006).

Após sucessivas mudanças, o novo modelo de atenção passa, desse modo, a ser uma estratégia de reorientação e reorganização da rede de AB, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, que devem estar localizadas em uma área geográfica delimitada (MATTOS, 2004).

Com efeito, tendo como pressuposto o trabalho em equipe, desenhando-se, desde o início, em torno da integralidade, o PSF visa articular as ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Assim, a ESF passa a ser um projeto dinamizador do SUS, e a sua velocidade de expansão implica em adesão dos atores envolvidos em todos os segmentos do setor saúde. Como modelo estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento na medida em que propõe o reordenamento do modelo de atenção, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e produção de resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2000).

Então, como política oficial, pautada nos princípios do SUS, a ESF passa a se consolidar, vindo como resposta às necessidades de atenção integral à família, com intensa participação da comunidade. A Estratégia mostra que oferecer às famílias serviços de saúde preventivos e curativos em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população (BRASIL, 2000).

Entretanto, a consolidação dessa estratégia precisa ser sustentada por um processo que permita a substituição da rede básica de serviços tradicionais, no âmbito dos municípios, pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Para tanto, requer um trabalho engajado de todos os seus colaboradores e, sobretudo, a compreensão de seu alcance no atendimento às reais necessidades de saúde da população.

Sabemos que o trabalho em saúde está permeado por uma realidade determinada pelas rápidas mudanças que decorrem do avanço tecnológico e das expectativas da sociedade beneficiada pelos serviços por ela oferecidos. Mais especificamente no Brasil, essas mudanças vêm ocorrendo intensamente em resgate ao processo de valorização da vida e da cidadania, há muito adormecido na sociedade brasileira.

Frente à nova realidade, impôs-se maior atenção aos problemas que dizem respeito às questões técnicas, políticas, éticas e humanísticas no modelo de atenção oferecido à população, visto que a ESF incorpora e absorve os princípios básicos de integralidade, universalidade, acessibilidade e equidade do SUS (TIMOTEO; MONTEIRO; UCHOA, 2007).

De acordo com a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. E, para favorecê-la, faz-se necessário a participação dos profissionais como mediadores entre os interesses distintos a favor da saúde, com a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais indispensáveis à vida, através de informação e educação em saúde (Carta de Ottawa, 1986).

Segundo a abordagem da Carta de Ottawa (1986), a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Neste sentido, incorpora na sua práxis, valores, como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constituem numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: Estado, comunidade, família e indivíduo, segmentos, com os quais a atuação profissional está intrinsecamente envolvida.

Desse modo, as referidas propostas prevêm que todos os profissionais de saúde são direta e efetivamente responsáveis pela promoção da saúde na família. Para tanto, na ESF, as atividades desenvolvidas junto ao usuário, família e comunidade significam muito mais do que ações e procedimentos a serem realizados pelos profissionais das equipes de saúde da família, de tal modo que todo contato que o profissional tem com o usuário configura uma oportunidade para a promoção da saúde.

Em sua essência, a promoção à saúde é uma estratégia que orienta o modo de ofertar atenção à saúde. Este enfoque possibilita proporcionar aos usuários os meios necessários para que melhorem sua saúde e exerçam um maior controle sobre a mesma.

Neste sentido, Peduzzi (2002) propõe que a equipe de saúde da família deve ter, para além das competências de cada categoria profissional, um campo de atuação que seja comum a todos. Refere ainda que, na construção conjunta desses pontos comuns ou campos de competência, a equipe deve buscar a ampliação de sua atuação em direção à qualidade de vida e a promoção da saúde da população sob sua responsabilidade.

Diante deste contexto, visando atender às demandas da ESF, a formação de profissionais para o setor saúde e a reorganização dos serviços têm passado nos últimos anos por intensas reflexões que desencadearam reformulações de planos de curso, reordenação das ações, no sentido de dar respostas ao modelo de assistência prestada à saúde da população brasileira.

Assim, percebe-se que a atuação da Enfermagem na AB, conforme proposto na ESF, demanda novos rumos, sobretudo na formação e organização do processo de trabalho, visto que, desde a instauração da Enfermagem moderna no Brasil, o ensino tem se voltado ao modelo biologicista com a prática de Enfermagem prioritariamente centrada no espaço hospitalar, condizente com o modelo, até então vigente (BERNARDINO, 2005).

Segundo a autora, para atuar nesse cenário é preciso preparar profissionais que sejam sensíveis aos problemas que se apresentam na realidade e que incorporem, em sua prática, uma perspectiva de trabalho conjunto que se valha de outros saberes, através do trabalho em equipe.

Ao discorrer sobre a necessidade de uma formação profissional que venha ao encontro do preconizado pela ESF, Costa Neto (2000) refere que se faz necessário romper com o modelo de formação tradicional, onde usuário, família e comunidade em geral estão excluídos, buscando-se um profissional com perfil adequado à nova realidade dos serviços de saúde no contexto da ESF, no qual o compartilhamento das ações, através do trabalho em equipe, é uma premissa.

A implantação da ESF constitui, pois, grande desafio no tocante à formação e capacitação de profissionais para o setor saúde, o que, segundo Timoteo, Monteiro e Uchoa (2007, p. 47), “requer profissionais que apresentem competências e habilidades técnicas, políticas e cognitivas, bem como expressem valores e atitudes comprometidos com o bem-estar social e as transformações necessárias à sociedade contemporânea”.

Para sua completa efetivação, a atual organização da atenção requer uma formação profissional que leve a um desempenho que extrapole a técnica, de modo que

promova o desenvolvimento de habilidades para desempenhar atividades antes não requeridas. Tais desempenhos vêm atender à necessidade do profissional para atuar junto a grupos populacionais, institucionais e órgãos de administração pública, o que significa a necessidade de ampliação de foco no ensino da Enfermagem para a saúde coletiva (WESTPHAL, 1999).

No entanto, tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não tem correspondido suficientemente às demandas requeridas pela atenção integral à saúde e pelas práticas que contemplam ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Estas preocupações estão refletidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos (CNRH) de 1986 e 1993, assim como no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB / RH / SUS), cujos conteúdos refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema (GIL, 2005).

Desde 1994, o Relatório Final da II CNRH para a Saúde refere que a qualificação dos trabalhadores de saúde é insuficiente, comprometendo a qualidade das ações. Outros documentos oficiais são enfáticos ao afirmar a inadequação do perfil de formação para a área da saúde, especialmente para a atuação, na perspectiva da integralidade do sistema e de suas práticas.

Os referidos documentos afirmam não haver um preparo adequado dos recursos humanos para responder, por exemplo, a determinados agravos que surgem ou se agudizam, como a AIDS, as causas violentas, muitos agravos crônico-degenerativos, problemas emocionais, além das atuais doenças emergentes, como a dengue; e tampouco estão preparados para o manejo adequado de novas tecnologias que são introduzidas de modo acelerado nos serviços.

As CNRHs foram determinantes, inclusive, nas tomadas de decisão, pois, além de lançarem propostas de caráter mais geral em relação às políticas de preparação e gestão de recursos humanos, aprovaram propostas específicas, como as que se referem à preparação de profissionais de nível médio para o setor, entre as quais destaca que

[...] a reestruturação do sistema educacional e revisão dos currículos das habilitações de nível médio, com a inclusão de conteúdos com: educação para a saúde, informação sobre o SUS e outros [...] além daqueles considerados inerentes ao trabalho específico de cada habilitação (BRASIL, 1993).

No tocante à formação de profissionais de saúde, com perfis que atendam às necessidades da ESF, a compreensão e engajamento dos envolvidos constituem elemento fundamental para o sucesso da estratégia, pois, um de seus principais objetivos é melhorar as condições de vida e saúde da população usuária dos serviços públicos, acarretando mudanças da lógica e da prática do sistema. E, uma das maiores dificuldades, conforme já dito, para a sua implementação diz respeito à carência de profissionais com competências para atender a esta realidade.

Para corresponder às necessidades do atual modelo de atenção à saúde, deve-se propor uma formação que favoreça o desenvolvimento de competências, formação essa que vá além do ensino técnico, para que o profissional possa atuar de forma crítica e reflexiva.

Contudo, apesar das intensas reformas ocorridas nas áreas da educação e da saúde, nas últimas décadas, incluindo-se a reformulação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (1986) e as proposições da formação de recursos humanos para o setor saúde, voltadas para as demandas do SUS, verifica-se que a formação na Enfermagem, dada à historicidade da educação em saúde, ainda está predominantemente voltada para o modelo de atenção curativa.

Vale destacar que, nos últimos anos, visando trazer a saúde para perto do cidadão e dar ao profissional da enfermagem a formação e qualificação necessárias para que ele possa exercer seu trabalho com mais qualidade, o MS vem desenvolvendo iniciativas que vão além da prestação direta na assistência.

Para tanto, vem implementando projetos e programas na área da educação, como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), que veio promover o desenvolvimento de Recursos Humanos na área da saúde/enfermagem, visando assegurar os processos de formação técnica e educação profissional em saúde, com a qualificação e especialização de profissionais de enfermagem de nível médio e superior (BRASIL, 2003).

Neste sentido, enquanto órgão gestor da atenção à saúde da população, o MS reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um dos componentes para o processo de qualificação da força de trabalho, visto contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde, através da adequada assistência prestada à saúde da população.

Através dessas iniciativas, percebe-se a importância da concepção deste ministério, quanto à valorização profissional, uma vez que busca caracterizar a elevação dos

perfis de desempenho profissional. Isto se faz necessário como forma de possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho, aspectos relevantes na ESF.

2.1 O TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para lidar com a complexidade, que é a saúde da família, Peduzzi (2001) refere que se faz necessário a integração de várias disciplinas e áreas de conhecimento, sendo criada outra área com produção específica de conhecimento que é a interdisciplinaridade.

Segundo a autora, a interdisciplinaridade é proporcionada através do trabalho em equipe, o qual se compartilha pela negociação das distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes e particulares levam a bases distintas de julgamentos e de tomadas de decisão quanto à assistência ou cuidados a serem prestados.

A ESF vem, então, acenar com a redefinição do conceito de saúde e da prática profissional, constituindo um espaço permeado de novas concepções do cuidar, onde há necessidade de reelaboração de identidades profissionais. Propõe, ainda, uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços e ações de saúde, bem como sua relação com a população e com os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população, tanto nas unidades de saúde quanto nos domicílios, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (SOUSA, 2002).

Contudo, o leque de complexidade do novo campo de ação no setor saúde passa a exigir prerrogativas necessárias ao trabalhador da saúde para se incorporar no novo contexto da AB.

Há de se somar esforços no sentido de que se rompa com velhos paradigmas e que transcenda o campo eminentemente técnico para deixar aflorar domínios cognitivos, humanísticos, levando o profissional a ser capaz de assumir plenamente o papel que dele se

espera, em conformidade com as necessidades da população usuária dos serviços de saúde, especialmente no âmbito da ESF (SAITO 2008).

Para Saito (2008), o processo de trabalho na atenção primária exige, além das habilidades específicas de cada categoria, uma instrumentalização organizacional de planejamento e de avaliação do trabalho como pré-requisito para eficácia do trabalho. Vale ainda ressaltar que o trabalho em saúde constitui-se em uma prática permeada pela subjetividade, o que requer dos profissionais envolvidas ações que transcendam à simples lógica técnica, passando a exigir aprimoramento nos campos das relações e dos comportamentos.

De acordo com a autora, acima citada, o trabalho em equipe, na ESF, é visto como uma das estratégias que tende a possibilitar uma atuação em saúde mais resolutiva e contextualizada, destacando-se que a natureza da intersubjetividade desse trabalho, pressupõe que os diversos conhecimentos e competências profissionais poderão interpretar as necessidades dos usuários e intervir coerentemente com elas.

Assim, para alcançar os objetivos propostos, o trabalho na ESF acontece através de equipe multidisciplinar, o que implica em atuação conjunta de várias categorias profissionais, com seus saberes e responsabilidades específicas.

Porém, na ESF, a competência de cada profissional isoladamente é insuficiente para dar conta da complexidade das necessidades dos usuários, exigindo que os profissionais, desse nível de atenção, sejam especialistas naquilo que é comum, ou seja, no núcleo de competências, para atender às necessidades ou problemas simples e complexos mais freqüentes advindos do usuário (PEDUZZI, 1998).

Assim, o processo de implantação do SUS no Brasil trouxe o desafio de redirecionar as práticas de saúde e de Enfermagem para o atendimento integral à saúde coletiva e individual da população brasileira.

De tal modo que a atuação da Enfermagem na AB, conforme proposto pela ESF, demanda, para os profissionais envolvidos com a saúde da família, novos rumos, sobretudo, na formação e organização do processo de trabalho, o que pressupõe o trabalho em equipe interdisciplinar.

Vê-se que o trabalho em equipe no SUS requer uma integração entre os diferentes profissionais de saúde, com seus distintos saberes, no mesmo nível de atenção, articulados entre os diferentes níveis de atenção. Cutolo (2007, p. 18) chama de interdisciplinaridade a

relação articulada entre as diferentes profissões de saúde e as qualifica como sendo coletivos de pensamento onde cada um tem “estilos de pensamentos”, com distintos olhares e abordagens para resolução de um problema.

Isto se refere à imperiosa necessidade de efetivação da relação que deve ser estabelecida entre os diversos atores envolvidos com o processo de cuidar em saúde, no contexto da ESF, independentemente em que nível de atenção o usuário se encontre – quer seja em acompanhamento na UBS ou em níveis de maior complexidade como uma unidade especializada, por exemplo. O importante é que sejam valorizados os vários saberes e que estejam articulados no sentido de promover e recuperar a saúde do mesmo.

Sobre este aspecto, Peduzzi (1998) refere que a interdisciplinaridade diz respeito à produção do conhecimento. Tem, portanto, caráter epistemológico; é a integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento. Para a autora, o trabalho em equipe na Saúde da Família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade, que é a atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, a prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde.

Segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe pode ser conceituado como sendo uma modalidade de trabalho coletivo, configurando a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes, o que, segundo a autora, é uma estratégia que tende a possibilitar uma atuação em saúde mais resolutiva e contextualizada, correspondendo às demandas trazidas pelo usuário no âmbito dos serviços de saúde.

Estudo sobre o conceito de equipe, realizado pela mesma autora, mostrou que, de modo geral, há predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como um conjunto de atribuições individuais. Sendo que a interdisciplinaridade provoca flexibilidade nos limites das competências e exige um esforço contínuo de cada grupo profissional, no sentido de permitir a complementaridade, a partir do seu núcleo de competência.

Desse modo, o trabalho em equipe interdisciplinar assume fundamental importância para a abordagem da saúde da família, sobretudo porque é uma prática que envolve os profissionais e as pessoas atendidas no seio das famílias, as quais, muitas vezes, encontram-se, em situações de risco iminente. Sendo assim, a prática da assistência pelos profissionais na ESF deve ser considerada de modo a lhes revelar as perspectivas de

diagnósticos, possibilitando uma relação do profissional com essas famílias e vice-versa, estabelecendo-se um vínculo entre os mesmos.

Acerca das características do processo de trabalho em equipes multiprofissionais, (ARAÚJO, 2007, p. 458) refere que:

[...] passam necessariamente pela interdisciplinaridade, vinculação e competência, de modo a fazer diferença na forma do pensar e fazer a promoção e proteção da saúde [...] o que exige definição de papéis de cada profissional envolvido, sem, contudo, haver desarticulação entre as ações da equipe. [...] a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes multi e interdisciplinares.

Segundo Bertoncini (2000, p. 67), as equipes de saúde da família “transitam num ideário permeado de contradições, espaço de luta, no qual, os vários projetos dos atores sociais em uma mesma situação divergem e convergem”. Em seu trabalho, a autora observou que, nos diversos depoimentos das equipes de saúde da família, evidenciam-se os conflitos decorrentes da posição dos atores e de serviços na arena de construção de um novo modelo de produção da saúde, em face da lógica e condições do processo de trabalho em que se inserem. Acrescenta ainda que o trabalho multidisciplinar e integral implica esforço e depende, sobretudo, do entendimento e compromisso dos profissionais de saúde da família com o modelo proposto.

Para Pedrosa (2001), o trabalho em equipe se torna pressuposto para a integralidade das ações de saúde, requerendo a construção de projeto assistencial comum para atender com qualidade às necessidades dos usuários, reconhecendo que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos, mas formam novo agrupamento diante de cada situação, que se apresenta, com todas as suas representações e vivências anteriores.

Entretanto, se de um lado a ESF busca a almejada integralidade a partir da reorganização dos processos de trabalho na AB, com assistência multiprofissional, “operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado”, de outro, as práticas das equipes de saúde da família, ainda, encontram-se voltadas para a produção de procedimentos, para o atendimento de uma grande demanda espontânea (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003, p. 129).

Fato corroborado por Leite (2001, p. 24), quando descreve as atividades profissionais e o trabalho em equipe na ESF, como sendo atividades

[...] parcelares e, na maioria das vezes, desarticuladas. As relações entre as distintas categorias profissionais presentes no trabalho das unidades básicas de saúde são hierárquicas, ou seja, a equipe é formada por profissionais com determinados conhecimentos distintos, na qual um profissional desconhece a potencialidade do outro e reproduz a divisão social do trabalho com relações verticais de mando e autoridade.

Ratificando, Ribeiro et al. (2004) referem que o trabalho em equipe, realizado de modo integrado, significa conectar diferentes processos de trabalho envolvidos, com base em certo conhecimento acerca do trabalho do outro, valorizando a participação de todos, na produção de cuidados.

Portanto, a complexidade do trabalho em equipe multiprofissional exige articulação de diferentes processos de trabalho e o confronto de especificidades e saberes variados, estruturados em uma realidade onde a atenção à saúde ainda é fundamentada sob a égide da ciência médica, que ainda é hegemônica na organização das práticas de saúde.

O trabalho da equipe na ESF é fazer o acompanhamento de saúde da comunidade na qual a equipe de saúde está atuando, com ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde, bem como a reabilitação de doenças e agravos mais frequentes na comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a AB, especialmente no contexto do SUS.

Para realizar o atendimento na ESF, a atuação das equipes é baseada em territorialização, que trabalha com área de abrangência definida e que fica responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. A equipe de saúde da família tem como função promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanização do atendimento à saúde, consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores de riscos, visitas domiciliares e reuniões com a comunidade.

Para tanto, a ESF propõe um trabalho voltado para o princípio da vigilância à saúde, com atuação interdisciplinar e com integralidade das ações. Segundo orientação programática do MS, cada equipe é constituída por um médico, um enfermeiro, dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, os quais se

responsabilizam por um grupo de 600 a 1000 famílias, cabendo a cada ACS a responsabilidade de acompanhar 150 famílias. Quando ampliada, à equipe de saúde da família soma-se a equipe de saúde bucal, que deve ser composta por cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas equipes de saúde da família (BRASIL, 2006).

Além de prestar assistência direta, as equipes de saúde da família têm ainda a função de analisar a situação de saúde da população adscrita, em colaboração com lideranças comunitárias e profissionais de outras áreas, e organizar a oferta dos serviços de acordo com o perfil de saúde específico daquela população.

Desde a implantação do PSF, que foram impulsionadas importantes mudanças no setor saúde, entre as quais, destaca-se a diferença na forma da oferta de serviços, uma vez que antes estes eram guiados pela demanda, passando, a partir de então, a ser organizados com base numa oferta baseada no contexto de intervenções interdisciplinares e intersectoriais, buscando, assim, promover atendimento humanizado e melhorar a satisfação dos usuários.

Sendo a gama de problemas de saúde, em atenção primária, maior do que em qualquer outro ponto do sistema, os profissionais devem, pois, reconhecer e responder adequadamente às necessidades demandadas no seu cotidiano, o que requer amplos recursos assistenciais, em um processo de trabalho integrado, conforme o previsto na ESF (CAMPOS, 2001). Isto significa que o profissional deve estar preparado para dar respostas aos anseios e necessidades demandadas por ocasião do trabalho na equipe de saúde da família.

Daí, a ênfase encontrada na ESF quanto à organização do trabalho, o que conforme já citado, gira em torno da equipe multiprofissional e de uma interdisciplinaridade.

Na dinâmica do atendimento à saúde da população na área de cobertura das USFs, as ações de saúde devem ser planejadas segundo as necessidades coletivas demandadas e/ou as queixas apresentadas pelo indivíduo. Qualquer usuário pode utilizar os serviços oferecidos pela unidade, quer para participar de uma ação de prevenção e/ou promoção da saúde, quer para receber um procedimento técnico, mediante prescrição médica ou de enfermagem, podendo ser através da demanda espontânea ou referenciada pelo ACS, pelo enfermeiro ou por outro membro da equipe.

Assim, para alcançar níveis satisfatórios de cobertura das equipes de saúde da família, os profissionais envolvidos na AB, dispõem de tecnologias e equipamentos que são utilizados por todos, entre estes, está a atenção domiciliar, cuja validade é inquestionável,

sendo importante instrumento de acompanhamento das condições de saúde do usuário e da família.

Através da atenção domiciliar, os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências, com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, inclusive aquelas sem perspectiva de cura.

Assim, a ESF prevê que as equipes realizem com regularidade a visita domiciliária, na medida em que a necessidade imponha, visto que é um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou planejamento de ações.

No desenvolvimento de suas atividades, junto às famílias, as equipes devem conhecer aquelas que estão em seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade, elaborar, um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença. Também deve desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da AB (BRASIL, 2005).

Neste sentido, a visita domiciliária, como forma de instrumentalizar os profissionais no conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma, é um instrumento que favorece o atendimento às necessidades de saúde das pessoas. Isto porque, além de possibilitar o conhecimento da infraestrutura existente na comunidade, favorece a para o estabelecimento de relações entre o profissional e a família assistida, revendo o modo como pode ser feito o atendimento à saúde das famílias (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

O indivíduo ou núcleo familiar que traz uma demanda à USF tem seu acolhimento realizado por um membro da equipe de referência, que, mediante a escuta qualificada, solicita e dá encaminhamentos, conforme a necessidade do usuário. Embora não seja competência do pessoal de nível médio da Enfermagem avaliar e decidir encaminhamentos, ele é qualificado para fazer o acolhimento.

Há também a demanda comunitária de problemas e agravos à saúde, diagnosticados, que exigem ações preventivas de saúde dentro da comunidade, com a

integralização e participação de outros níveis de serviços da região. A Enfermagem inserida na AB soma-se aos demais profissionais da equipe de saúde da família, no desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da família e não somente do indivíduo. Para tanto, os profissionais devem ir além, buscando interagir com a proposta do trabalho em equipe em busca da resolutividade dos problemas de saúde que afligem a população.

3 O TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para se apreender a atuação do Técnico em Enfermagem na ESF, é importante que se estabeleça uma correlação histórico-social dessa com a evolução da formação profissional que vem sendo ofertada, bem como com o contexto das políticas de saúde implementadas no país nas últimas décadas, enquanto estratégias para política de qualificação/formação profissional que possam contribuir para a mudança das práticas de atenção à saúde prestada à população.

Falar de estratégia de mudança do modelo assistencial remete-nos a pensar em trabalho, especificamente, em trabalho na saúde. O trabalho é transformação intencional da natureza, pelo homem, para a satisfação de necessidades. Nesse processo, o homem e a natureza mutuamente se transformam, sendo assim constituído e constituinte de uma conjuntura histórico-social (MISHIMA et al., 2003; MENDES-GONÇALVES, 1992). Para estes autores, o trabalho em saúde é marcado por especificidades, com relações interpessoais entre os profissionais e usuários e se caracteriza por ser reflexivo e dependente do desenvolvimento de distintos saberes: técnico, científico, social e de valores ético e políticos.

Além disso, conforme Pires (2006), é um trabalho que se distingue também pela complexidade, haja vista que incorpora a diversidade profissional dos atores e interesses das tecnologias e organização, dos processos de trabalho coexistentes numa mesma realidade, além da divisão social do trabalho, o que não é raro entre as diversas categorias.

Neste sentido, ressalta-se que o trabalho em saúde é dotado de muitas incertezas relativas às especificidades dos problemas que são operados neste campo, o que contribui para que haja descontinuidade durante o processo de trabalho, as quais, segundo Fonseca et al. (2007, p. 120), “[...] são de diferentes ordens, desde aquelas intrínsecas ao usuário até aquelas relativas aos saberes e mecanismos disponíveis para o cuidado em saúde”. Para as autoras, essa complexidade implica na impossibilidade de aplicação de normas que abarquem, por completo, o processo de trabalho.

Inserida, nos diferentes contextos: social, político e econômico, que determinam transformações constantes na sociedade, a Enfermagem, como uma profissão da área da saúde, não fica inerte, mas evolui continuamente em consonância com as mudanças impostas no mundo do trabalho em saúde. Conforme já citado anteriormente, a mesma possui

significativo contingente de profissionais atuando em diversos setores, desenvolvendo as mais variadas funções dentro da área da saúde.

Contudo, assim como outros setores da economia, a Enfermagem não está incólume às influências das concepções do taylorismo/fordismo, adotando na sua grande maioria, um princípio de organização em cujas premissas destacam-se: “a hierarquia rígida, a divisão do trabalho em tarefas, a ênfase no ‘como fazer’, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas e a fragmentação da assistência” (PIRES, 2004, p. 316).

Sabe-se que a atual realidade de atenção à saúde no país, por sua vez impõe, uma nova concepção organizacional do trabalho em saúde, o qual passa a requerer um trabalhador com perfil profissional que contemple

[...] habilidades cognitivas, de abstração e análise simbólica, comunicacionais; de inter-relação com clientes e demais trabalhadores; iniciativa e criatividade; capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo e para a formação mútua no próprio local de trabalho; competência para avaliar o produto de seu trabalho e tomar medidas para melhorar sua qualidade; e domínio de técnicas de planejamento e organização do trabalho. Portanto, necessita de uma sólida formação básica, além da capacitação profissional (PEDUZZI, 2002, p.78).

Para a Enfermagem, a implantação do SUS foi um marco importante na consolidação da Saúde Coletiva, como espaço de prática, formação e referência profissional para a categoria. Os profissionais – enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem aderem ao SUS sob a bandeira de uma profissão de saúde comprometida social e potencialmente capaz de lidar com a demanda da população.

Contudo, no interior dos serviços de saúde, na maioria das vezes, a atuação desses profissionais acontece sem que se apercebam ou tenham postura crítica sobre o que realmente desenvolvem e qual é o seu potencial para a implantação, manutenção e desenvolvimento de políticas de saúde, tanto em nível curativo, quanto preventivo, e, não se pode negar, que a Enfermagem é um importante eixo no suporte para qualquer política de saúde que tenha como objetivo uma assistência de qualidade.

Se lembrarmos que o Técnico em Enfermagem, compõe uma equipe multiprofissional formada por profissionais de nível superior, de nível intermediário e de nível elementar, veremos que a divisão do trabalho reserva aos primeiros o domínio dos

conhecimentos científicos. A estes, na maioria das vezes, compete o trabalho intelectual, como, por exemplo, a realização de diagnóstico, a prescrição de soluções, o planejamento e a gestão do trabalho, dentre outras, conforme enfoca a histórica divisão social do trabalho da própria Enfermagem.

Acerca da divisão social do trabalho na área da saúde, Pires (2006, p. 95) refere que:

internamente há algumas profissões da saúde, como, por exemplo, enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição e, também, em certas práticas da odontologia, o trabalho é desenvolvido por trabalhadores com graus diferenciados de escolaridade. A coordenação do trabalho, dentro do grupo profissional, é exercida pelos profissionais de nível superior que concebem o trabalho e delegam atividades parcelares aos demais participantes da equipe.

Assim, ao mesmo tempo, o trabalho coletivo em saúde aproxima-se da divisão técnica do trabalho, quando os participantes da equipe de saúde “distanciam-se do entendimento da finalidade do seu trabalho e ficam mais submetidos às decisões gerenciais” (PIRES, 2006, p. 95). Para a autora, quanto maior o controle sobre o processo de trabalho, mais próximo do trabalho do tipo profissional; e quanto menor o domínio sobre o processo de trabalho, maior aproximação com a divisão técnica ou parcelar do trabalho.

Estudos têm revelado os conflitos existentes entre as diversas categorias profissionais, os quais são gerados pela divisão parcelar do trabalho no campo da saúde. Na Enfermagem, esses conflitos são históricos e referem-se atualmente entre o Enfermeiro, o Técnico e o Auxiliar de Enfermagem.

Segundo Nogueira (2002), na própria Enfermagem, existem diferenças criadas pela divisão técnica do trabalho, inclusive, diferenças decorrentes do nível de qualificação e de escolaridade em um mesmo grupo, por exemplo, entre Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. No entanto, mesmo havendo essas diferenças, no cotidiano dos serviços de saúde, essas duas categorias realizam o mesmo trabalho, conforme vemos no decorrer deste estudo.

Especificamente sobre o Técnico em Enfermagem, para que se compreenda a sua prática no atual modelo de atenção, faz-se necessário retomar alguns fatos importantes que

foram determinantes para a evolução desta categoria profissional da enfermagem, para a implantação da ESF e para a inserção deste profissional na mesma.

Acerca da regulamentação para o exercício profissional do Técnico em Enfermagem, embora seja um profissional existente desde 1966, quando foi criado o primeiro curso na Escola Ana Néri, a aprovação, somente veio a ocorrer efetivamente em 1986, com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498/86, a qual foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 94.406/87.

Na referida Lei, aos Técnicos em Enfermagem é atribuída a participação no planejamento da assistência, orientação e supervisão do trabalho de enfermagem, bem como a execução de ações assistenciais. Contudo, na realidade dos serviços de saúde, esta divisão de tarefas e responsabilidades não se concretiza de forma consistente. Ainda de acordo com o previsto na Lei do Exercício, ficam estabelecidas, como competências do Técnico, as atividades que envolvem orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e participação da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

A demora no estabelecimento da legislação do exercício profissional do Técnico em Enfermagem se estendeu por cerca de 20 anos entre a formação e a legalização de sua atuação profissional. Esse descompasso entre a formação e o direito de exercer a profissão pode ter sido uma das causas que faz com que, até o presente, este profissional, seja por vezes, subaproveitado no mundo do trabalho da área da saúde, quer atuando como Auxiliar de Enfermagem, quer executando atividades pertinentes à função, o que possivelmente dificulta até hoje sua inserção enquanto Técnico e possa conquistar o direito de desenvolver plenamente suas atribuições, inclusive administrativas, nos serviços de saúde (KOBAYASHI, 2004).

Em se tratando do Técnico em Enfermagem, objeto de interesse deste estudo, conforme previsto pela regulação, os mesmos legitimam sua prática profissional através de técnicas para assistir individual ou coletivamente os pacientes, em atividades de cunho preventivo, curativo, de reabilitação e até mesmo pelo emprego de competências consideradas subjetivas ou de cunho emocional, como o apoio psicológico do paciente, compreensão entre outras competências registradas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

No que se refere ao preparo de um profissional com perfil que venha atender às necessidades da ESF, é crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos

afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (COTTA, 2006).

Destaca-se, aí, a necessidade da formação dos profissionais para a abordagem do processo saúde/doença com enfoque na saúde da família, importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto.

As condições necessárias à consecução dessa proposta já se encontram descritas na Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) do Ministério de Educação e Cultura (MEC) – e nos atos normativos decorrentes de pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE).

Paralelamente, no âmbito da Educação Profissional e com a publicação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, deu-se um crescente aumento dos cursos Técnicos em Enfermagem, aumentando, consideravelmente, o número desse profissional nos serviços de saúde.

Sendo prioridade da ESF, contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da AB, em conformidade com os princípios do SUS, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, proporcionando o desenvolvimento de ações humanizadas, faz-se mister a articulação de instituições socialmente comprometidas, no intuito de formar profissionais competentes, que correspondam às reais necessidades de saúde da população (TRAD; BASTOS, 1998).

Assim, a reorientação do modelo assistencial, ora implementada, requer profundas mudanças na prática assistencial dos profissionais envolvidos na atenção à saúde, os quais tiveram que assumir novos papéis sociais e buscar novos conhecimentos, com o propósito de buscar soluções para os problemas de saúde em nível individual e coletivo.

O fato é que a ESF traz, desde seu nascedouro, alguns fatores de agregação qualitativa, como é o caso da atuação em equipe, incluindo-se aqui mais particularmente a Enfermagem e suas diferentes categorias, e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que ocorre também sob a supervisão do enfermeiro. A atuação destes atores na comunidade e no domicílio, dentre outros, infere em desafios a ser vencidos pelos profissionais envolvidos com a promoção, proteção e cura no âmbito da AB.

Frente ao panorama sócio/político/econômico que atualmente se apresenta e as mudanças decorrentes do avanço tecnológico, exigem-se, cada vez mais, uma formação profissional que assegure o desenvolvimento de competências éticas, políticas e técnicas,

preparando o profissional para intervir de forma sistemática, crítica, reflexiva e consciente, frente às necessidades do mundo do trabalho, para atuar na promoção, prevenção ou recuperação da saúde da comunidade ou indivíduo/família.

Para tanto, as instituições formadoras para a área da saúde/enfermagem devem estar adequadas para atender às necessidades da ESF. As demandas nas áreas da educação e da saúde, especialmente no que se refere às inovações introduzidas pelas legislações específicas, estão sempre em processo de mudança, exigindo dos educadores/gestores contínua sintonia com as diretrizes, de modo que vislumbrem uma formação que vá além do preparo técnico, o que requer novas configurações no conceito de qualidade da educação.

Não se pode negar que a educação é para muitos a via de esperança, que faz um indivíduo acreditar na sua capacidade de construir algo de novo e de transformar a realidade em que vive e em que trabalha.

Neste sentido, a Educação Profissional constitui, pois, espaço onde cada um dos segmentos da comunidade escolar deve estar empenhado numa formação que vá além, sem perder de vista a relevância do papel social da escola, além do compromisso de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população na realidade onde aquele profissional formado irá atuar.

Acerca das competências profissionais, os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (1996) compreendem-nas como

[...] ações e operações mentais, (que) articulam os conhecimentos (o "saber", as informações articuladas operatoricamente), as habilidades (psicomotoras, ou seja, o "saber fazer" elaborado cognitivamente e sócio-afetivamente) [...] as predisposições para decisões e ações, [...] constituídos de forma articulada e mobilizados em realizações profissionais com padrões de qualidade requeridos, normal ou distintivamente, das produções de uma área profissional (BRASIL, 1996).

Igualmente, o CNE define competência profissional, como a sendo a capacidade do educando de mobilizar, articular e colocar, em ação, valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho; de modo que tais recursos possam ser utilizados pelo mesmo no desempenho das funções desempenhadas pelo mesmo no decorrer de sua vida profissional (BRASIL, 1996).

A partir da recuperação histórica e analítica, da inserção do trabalho do profissional — ações e interações —, consegue-se apreender as principais idéias e conceitos subjacentes à proposição de diferentes atores em cada um dos momentos e contextos históricos.

Dentro do contexto da ESF, a definição das atribuições dos diferentes profissionais da equipe passa pelo respeito mútuo e pelo somatório de novos saberes, o que depende da organização e negociações locais, segundo as realidades, os contextos ou seus agentes.

Nesta realidade, atuação do Técnico em Enfermagem constitui a prática de uma equipe interdisciplinar, cuja atuação coletiva está voltada para a prestação do cuidado humanizado, nas fases do nascer, crescer, produzir, envelhecer, adoecer e morrer, nos mais diferentes contextos e ambientes da vida, contemplando as dimensões humanas: a psicoafetiva, psicossocial e a biológica.

Partindo do princípio de que a doença se desenvolve em decorrência das maneiras como as pessoas vivem e trabalham, da disponibilidade de recursos que elas têm para enfrentar essas situações, além dos dispositivos sociais colocados à sua disposição, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam devidamente preparados para atuar de forma resolutiva e equânime nas questões relativas à saúde da população.

Dessa maneira, cabe aos mesmos, inclusive aos Técnicos em Enfermagem, compreender as questões inerentes ao processo saúde/doença, além do quesito biológico, para que possam se envolver com as ações de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos diferentes níveis de atendimento da rede pública de serviços de saúde, mais especificamente na ESF.

Sobre a atuação do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem na ESF, Ximenes Neto (2008) afirma que estas categorias devem atuar de forma diferente daquelas exercidas em outros níveis de atenção, como nos hospitais, onde as ações ainda são predominantemente voltadas para a execução de técnicas e procedimentos.

No cenário da ESF, esses profissionais passam, aos poucos a apropriar-se de um novo território que envolve usuários, famílias e comunidade. Contudo, é relevante a não diferenciação das atividades exercidas pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, também nesse contexto, de modo que o primeiro, desenvolve tanto ações mais básicas, pertinentes ao Auxiliar, quanto aquelas mais complexas, que necessitam de maior qualificação. Vale

destacar que a diferenciação entre ambos consiste basicamente na escolaridade e no grau de competência legal, a ser assumida por cada um.

Todavia, em outros segmentos do setor saúde, como na iniciativa privada, a absorção maior é de Técnicos em Enfermagem o que tem levado os auxiliares a buscarem cada vez mais a elevação da qualificação profissional. Havendo forte movimento, embora não institucionalizado, no sentido de que todos os auxiliares sejam transformados em Técnicos em Enfermagem, o que poderia repercutir em melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada à clientela.

Desse modo, como nesses outros segmentos, o Técnico em Enfermagem passa a atuar, gradativamente na ESF, apesar da não exigência legal nem normativa do MS, quanto a este nível de formação, visto que documentos normativos da AB fazem referência ao Auxiliar e ao Técnico em Enfermagem, porém, não fazendo diferenciação entre ambos. Este fato pode ser constatado na Portaria nº 648/GM de 28/03/2006/MS, onde foram estabelecidas as mesmas atividades para o “Auxiliar/Técnico em Enfermagem” (BRASIL, 2006). Fato semelhante verifica-se no setor hospitalar.

Pesquisa realizada por Peduzzi e Anselmi (2003, p. 428) verificou que também no setor hospitalar as categorias Auxiliar e Técnico em Enfermagem, embora diferentes, executam trabalho equivalente. O estudo concluiu que “[...] a descrição das atividades permite observar que se trata do mesmo trabalho, não há distinção nas ações ou intervenções que ambos os profissionais executam”.

No entanto, conforme citado anteriormente, o trabalho de enfermagem é realizado por diferentes categorias de trabalhadores, abrangendo aquelas reconhecidas na legislação profissional. A cada uma das categorias profissionais – Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro – corresponde um processo de formação próprio, que pressupõe um conjunto distinto de perfis profissionais e suas respectivas competências para assumir o cuidado em enfermagem, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação e a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.

LEI n° 7.498/86 – Lei do Exercício da Enfermagem (COFEN, 1986)	RES. CEB n.º4, de 8/12/1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (BRASIL, 1999).	PORTARIA n° 648/GM de 28/03/2006 – MS (BRASIL, 2006)
<p>Art. 12 - O Técnico em Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participar da programação da assistência de Enfermagem; - Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei; - Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar; - Participar da equipe de saúde. 	<p>Competências profissionais gerais do técnico da área da saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença. - Identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente. - Identificar funções e responsabilidades dos membros da equipe. - Planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade. - Realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área. - Aplicar normas de biossegurança. - Aplicar princípios e normas de higiene e saúde pessoal e ambiental. - Interpretar e aplicar legislação referente aos direitos do usuário. - Identificar e aplicar princípios e normas de conservação de recursos não renováveis e de preservação do meio ambiente. - Aplicar princípios ergonômicos na realização do trabalho. - Avaliar riscos de iatrogenias, ao executar procedimentos técnicos. - Interpretar e aplicar normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta do profissional de saúde. - Identificar e avaliar rotinas, protocolos de trabalho, instalações e equipamentos. - Operar equipamentos do campo de atuação, zelando pela manutenção. - Registrar ocorrências e serviços prestados de acordo com exigências do campo de atuação. - Prestar informações ao cliente, ao paciente, ao sistema de saúde e a outros profissionais sobre os serviços que tenham sido prestados. - Orientar clientes/pacientes a assumirem, com autonomia, a própria saúde. - Coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação. - Utilizar recursos e ferramentas de informática específicos da área. - Realizar primeiros socorros em situações de emergência. <p>Competências específicas de cada habilitação: A serem definidas pela escola para completar o currículo, em função do perfil profissional de conclusão da habilitação.</p>	<p>- São atribuições específicas do AE e do TE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); - Realizar ações de educação em saúde em grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. <p>- São atribuições comuns a todos os profissionais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; 2. Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da US, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário; 3. Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; 4. Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; 5. Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; 6. Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; 7. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; 8. Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização de dados disponíveis; 10. Promover a mobilização e participação da comunidade, buscando efetivo controle social; 11. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS; 12. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na AB; 13. Participar das atividades de educação permanente; 14. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.
QUADRO 1 - Atribuições legais do Técnico em Enfermagem		

Contudo, legalmente, há clara distinção de papéis entre essas categorias, conforme se pode verificar através da Lei N° 7.498, de 25 de junho de 1986 (Quadro 1), a qual dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. De acordo com a referida lei, ficam atribuídas atividades aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem a ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro, quais sejam:

O Técnico em Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente: Participar da programação da assistência de Enfermagem; Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro; Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar; Participar da equipe de saúde. Quanto ao auxiliar de enfermagem, está estabelecida a sua participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, executar ações de tratamento simples, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente (COFEN, 2007).

Dessa forma, a categoria profissional, em estudo, está apta para assumir um papel que vislumbre completo engajamento nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo/comunidade, atuando junto à equipe multiprofissional, de modo a somar saberes rumo à transformação da realidade de saúde na qual está atuando.

Assim, historicamente, a inserção da Enfermagem na área da saúde pública vem se dando de forma dinâmica e a mesma vem sendo elo de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde, em diferentes momentos históricos do modelo de atenção à saúde. Na ESF, as categorias da Enfermagem, juntamente com outros profissionais de saúde, constituem a equipe interdisciplinar de saúde da família, cuja ferramenta de trabalho principal é a interdisciplinaridade e tem como espaço de atuação a unidade saúde da família, o domicílio e a comunidade.

Quanto à formação do Técnico em Enfermagem, no que se refere ao preparo do profissional, esta é prevista pela legislação específica da profissão, através da Lei No 7.498/86 que Regulamenta o Exercício da Enfermagem (COFEN, 1986), pelas Diretrizes Curriculares Nacionais/MEC, as quais definem o perfil profissional.

No que se refere à sua atuação na ESF, esta tem como eixo norteador as normas e diretrizes do MS, como a Portaria nº 648/GM de 28/03/2006 / MS (BRASIL, 2006), que especifica as atribuições dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, como

pode ser visto no Quadro 1, em que estão dispostas as atribuições e competências previstas para o Técnico em Enfermagem, nas referidas legislações.

Observamos que, embora haja pontos convergentes e divergentes entre essas diretrizes, há um foco comum, que visa favorecer o desenvolvimento de um perfil profissional para o Técnico em Enfermagem que atenda as necessidades do setor saúde/Enfermagem, mais especificamente da ESF.

Contudo, quanto à Portaria nº 648 do MS (2006), chama-nos a atenção as atribuições previstas para o Técnico em Enfermagem, as quais tratam especificamente de:

- I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários [...];
- II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e
- III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

Concordamos com Vieira (2008) quando afirma que tais atribuições estão elencadas basicamente em três categorias: a técnica, centrada em procedimentos; a educativa; e a referente ao controle de insumos, o que pode ocasionar baixa prioridade no desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde, uma vez que não são descritas como inerentes ao trabalho do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem na ESF.

Ainda com relação às atribuições do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem, observa-se que, na Portaria, as mesmas não tratam com clareza as competências previstas para este profissional, nem tampouco apontam a necessidade de um “novo” perfil – com um novo saber, um novo fazer. Observa-se ainda que as descrições das ações se limitam a uma descrição geral, sem levar em consideração os diferentes graus de complexidade inerentes ao trabalho dessas categorias de enfermagem.

Se comparada às atuações previstas, pela mesma Portaria, para outras categorias profissionais, também da ESF, vemos que para estes as atribuições são bem claras e descritas de forma ampliada. Todavia, que no que se refere ao Técnico e Auxiliar de Enfermagem, estas são definidas de modo superficial e parcimonioso.

Estudo realizado por Colome e Lima (2006) revelou que as atividades desenvolvidas pelos auxiliares/técnicos no PSF estão voltadas basicamente ao nível individual, sendo que as unidades privilegiam o atendimento da demanda espontânea, por meio de consulta médica ou de enfermagem, visando ao controle de doenças individuais e negligenciando ações de prevenção e/ou promoção da saúde. Dessa forma, prosseguem as autoras, o PSF segue a lógica do modelo clínico de atenção à saúde.

As autoras citadas entendem que a dificuldade da equipe em realizar ações educativas contribui para a manutenção do modelo assistencial curativista no nível da AB de saúde. As intervenções de cunho clínico são necessárias e importantes, porém representam apenas uma parcela do trabalho na saúde da família, tendo em vista que o foco principal dessa estratégia consiste na realização de atividades preventivas e promotoras da saúde.

No que se refere ao enfermeiro, o papel, por assim dizer, de destaque, desempenhado pelo mesmo no PSF, conforme estudos nesta área, é de que, teoricamente, o mesmo exerce um papel preponderante, desde o planejamento das ações até a assistência, o que torna sua ação diferente daquela que ocorre em instituições estruturadas no modelo tradicional. Por conseguinte, cabe-lhe, a responsabilidade de planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Técnicos e Auxiliar de Enfermagem, além dos ACS (BRASIL, 2006).

Pode-se ainda constatar que o seu papel contrasta com a indefinição existente para outros elementos da equipe, mais especificamente o Técnico e o Auxiliar de Enfermagem, os quais embora realizem diferentes atividades, estas nem sempre são compatíveis com a sua formação profissional.

A indefinição de papéis e a falta de autonomia do Técnico em Enfermagem, assim como um possível comodismo e apatia, tão marcantes nos dias atuais, principalmente na maioria dos servidores do serviço público, são marcas da trajetória profissional desses trabalhadores.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório/descritivo com abordagem qualitativa, que teve como objetivo analisar a atuação dos Técnicos em Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família.

Levando em consideração as atribuições definidas pelo MS para o Técnico em Enfermagem, buscamos identificar quais as atividades desempenhadas por eles na ESF, as dificuldades enfrentadas para a realização das mesmas, bem como o que mais contribuiu para a atuação, fazendo-se uma correspondência com os fatores que influenciam ou influenciaram a sua prática profissional.

A escolha metodológica deveu-se à possibilidade de responder às questões norteadoras deste estudo, em consonância com nossa visão de mundo, na qual, a abordagem qualitativa, segundo Minayo (2000), considera a identidade e as determinações existentes entre sujeito pesquisado, objeto e investigador. Para a autora, por meio da pesquisa qualitativa pode-se compreender melhor a realidade que emerge da percepção e experiência dos informantes e, neste sentido, não há preocupação com a quantificação e sim com a representatividade e dinâmica presente no material discursivo. Nesse caso, a pesquisa qualitativa é importante para:

(a) compreender os valores culturais e as representações de determinados grupos sobre assuntos específicos; (b) para compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; (c) para avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina (MINAYO, 2000, p.134).

Ainda de acordo com Minayo (2000), o enfoque qualitativo aborda questões mais profundas das relações humanas e significados das ações, que, por sua vez, compreendem e descrevem as relações sociais atuando nas vivências, experiências e cotidianidade, ou seja,

trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, não podendo ser reduzido à quantificação.

O enfoque qualitativo permite a busca das raízes dos significados, das suas causas, extrapolando uma visão superficial que se possa ter deles (Triviños, 1987). Tal pensamento é corroborado por Minayo (2000, p.35), ao afirmar que este deve ser usado quando se pretende um aprofundamento maior da realidade, dentro de uma abordagem dialética e que “os dados qualitativos trazem para o interior da análise o subjetivo e o objetivo, os atores sociais, os fatos e os significados”.

Para Gil (2005), o método exploratório permite uma visão geral e aproximativa acerca de um fato ou tema pouco explorado. O descritivo permite realizar a descrição das características pela maneira como os dados são coletados. Ainda quanto à natureza da metodologia, esta é definida como descritiva, a partir de seus objetivos, proporcionando nova visão do problema, aproximando-a da pesquisa exploratória pela atuação prática, resultando no alcance do diagnóstico e da compreensão.

Assim, no momento em que procuramos compreender como se dá a atuação do Técnico em Enfermagem em uma USF, entendemos que a escolha desse caminho metodológico seria o que mais se aplica, uma vez que nos possibilitaria lidar melhor com a subjetividade inerente aos vários aspectos que norteiam a prática dos sujeitos do estudo no dia-a-dia.

Além disso, respeitando os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN, cadastrado sob o número de protocolo 046/08 - CEP/UFRN, sendo aprovado em junho de 2008, conforme estabelece o Parecer Final nº 121/2008 (ANEXO A). Também foram enviadas as correspondências protocolares à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para a devida obtenção de autorização para realização da pesquisa nas unidades do Distrito Sanitário Oeste (DSO).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2008), a população do município de Natal é de 774.230 habitantes, sendo a cidade mais populosa do Estado. A população urbana representa 100% e a população rural é nula. O município possui 25,65% da população do Estado e 0,42% da população do Brasil.

De acordo com o IBGE (2008), o município vem apresentando um crescimento populacional contínuo, principalmente após a década de 1980, marco do processo de urbanização no Brasil, contabilizando um crescimento de 8%, entre os anos de 2000 a 2007, sendo esta população distribuída nos 36 bairros existentes.

Devido à expansão e ao rápido crescimento da cidade, os bairros do município estão distribuídos em quatro Regiões Administrativas – Norte, Sul, Leste e Oeste – e, visando atender à regionalização como uma das diretrizes do SUS, o município de Natal desencadeou o processo de distritalização em 1987, em referência ao processo de regionalização intramunicipal.

Foi Natal o primeiro município do Estado e um dos pioneiros, no processo de distritalização, cujo objetivo era reorientar a política institucional dessa Secretaria. Respeitando a mesma conformação das Regiões Administrativas e como forma de melhorar o planejamento das ações e dos serviços de saúde, foram criados os Distritos Sanitários (DS): Norte I, Norte II, Sul, Leste e Oeste, definidos num certo espaço geográfico, populacional e administrativo (NATAL, 2007).

Os DS são áreas delimitadas pela territorialização definidas por aspectos geográficos, econômicos e sociais, onde são agrupadas varias unidades de saúde e outros instrumentos sociais. Conforme descrito pela SMS, a sua aplicabilidade deve levar em consideração as características sociodemográficas e epidemiológicas de cada área, facilitando o fluxo e, por conseguinte, a resolutividade dos problemas de saúde daquela região (NATAL, 2007).

Dessa forma, o Estado do Rio Grande do Norte adotou as modalidades de Atenção Básica e Atenção Especializada em média e alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar. Em Natal tem-se, enquanto prioridade, a prestação de serviços a partir da pessoa,

de sua família e de seu entorno comunitário, tendo como eixo estruturante a ESF (NATAL, 2007).

Sobre a implantação do PSF em Natal, Rocha (2000) refere que as discussões iniciais sobre o mesmo são de 1997, quando começou a despertar interesse no cenário da SMS. A autora afirma que inicialmente a implantação do programa ocorreu em 1998, em áreas previamente selecionadas, tomando como base os critérios epidemiológicos das mesmas, principalmente, por apresentarem maior índice de mortalidade infantil, maior concentração de favelas e isolamento em relação a serviços assistenciais.

Villas Bôas (2004) destaca que, nesta fase, as áreas selecionadas correspondiam a três locais do DSO do município, que seriam pertencentes aos bairros de Felipe Camarão, Cidade Nova e Guarapes, inicialmente com quatro equipes, sendo que estas foram ampliadas, ainda no mesmo ano, para nove equipes. No entanto, conforme a autora, naquele período, algumas dificuldades estruturais, no âmbito do sistema de municipal de saúde, foram determinantes para limitar a expansão do PSF, quando o mesmo não foi priorizado naquele momento, ficando relegado a um segundo plano.

Somente em 2002 ocorreu o que Villas Bôas (2004, p. 91) denomina de uma “segunda fase de implantação do PSF no município”, mais precisamente no Distrito Sanitário Norte (DSN), área prioritária, tendo em vista o grande contingente populacional e as carências relativas a bens e serviços públicos de saúde, considerando também os critérios epidemiológicos e assistenciais desta área.

Com o objetivo de cumprir com a missão institucional, faz-se necessário uma adequada estrutura de serviços em todos os níveis de atenção, com vistas a promover a atenção integral à saúde da população. Para tanto, o município conta com um suporte legal que norteia a condução da política de saúde, que são a Lei Complementar nº 061 de 02/06/2005, o Decreto nº 7.642 de 10/06/2005 e a Lei Complementar nº 062, de 06/10/2005, a qual dispõe sobre a reorganização do PSF no Município de Natal, além do Plano Municipal de Saúde, que propôs uma rede que daria apoio às ações de acordo com o nível de complexidade da atenção requerida.

No Município, gradativamente, as UBSs foram sendo transformadas em USFs, alterando o tipo de serviço oferecido à população nesses locais. Estas Unidades de Saúde se destinam a prestar atendimento através de uma equipe multiprofissional e, qualquer

necessidade de intervenção especializada deve ser encaminhada às unidades de maior complexidade.

Segundo Rocha (2000), até 2005 o município contava com 101 equipes, distribuídas em 32 unidades de saúde localizadas nos três Distritos Sanitários: 59 equipes no Distrito Norte, 08 equipes no Distrito Leste e 34 equipes no Distrito Oeste. Estes quantitativos representavam, na época, uma cobertura populacional de 46% em toda a capital, destacando que, de acordo com o Projeto de Expansão da Estratégia Saúde da Família (PROESF), o município pretendia atingir a meta de 60% de cobertura até o ano de 2007.

Atualmente, no Município, encontram-se os dois modelos de assistência à saúde: UBS e USF funcionando paralelamente, sendo objetivo da Prefeitura Municipal substituir progressivamente esses modelos de unidades. Atualmente possui 60 UBSs as quais realizam atendimentos de AB integral à população, de forma programada ou não, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. Nessas unidades, a assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista, podendo ou não oferecer Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e Pronto Atendimento 24 horas (NATAL, 2007). Quanto as USF, estas, são específicas para prestação de assistência em atenção contínua, programada e com equipe interdisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes da ESF.

Cabe às USFs, desenvolver ações de proteção, promoção da saúde e prevenção de agravos, substituindo as UBS e se apresentando como porta de entrada dos serviços de saúde. Num nível imediatamente superior, as Unidades de Suporte (US) oferecem ações mais complexas do que a USF, com atendimentos no nível secundário, clínico; e a Unidade de Referência (UR), para atendimento ambulatorial de especialidades médicas mais variadas e de maior complexidade.

O Município de Natal possui atualmente 36 USFs, onde atuam 117 equipes de saúde da família, distribuídas nos cinco Distritos Sanitários, os quais estão organizados, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Número de Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário em Natal /RN.

Distrito Sanitário	Unidades de Saúde da Família	Número de Equipes
Norte I	11	29
Norte II	10	37
Leste	03	08
Oeste	11	40
Sul ¹	01	03
TOTAL	36	117

FONTE: Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Saúde/2007.

O estudo foi realizado no DSO do Município de Natal-RN, o qual possui 11 USFs, onde são desenvolvidas atividades de AB, como pré-natal, planejamento familiar, programa de tuberculose, programa de hipertensão, diabetes e hanseníase, imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, atendimentos em pediatria, ginecologia, odontologia e enfermagem - Tabela 2.

Tabela 2 - Unidade de Saúde da Família e número de equipes do Distrito Sanitário Oeste de Natal/RN.

Unidades de Saúde da Família	Equipes de Saúde da Família
1. Cidade Nova	04
2. Nova Cidade	02
3. Monte Líbano	03
4. Felipe Camarão Mista	06
5. Felipe Camarão II	04
6. Felipe Camarão III	04
7. Guarapes	03
8. Bairro Nordeste	04
9. Bom Pastor	04
10. Km 6	03
11. Nazaré	03
TOTAL	40

FONTE: Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Saúde/2007.

¹ Foi o último Distrito Sanitário a ter implantado a USF (SMS de Natal, Maio/2008). Vale salientar que esta USF, ainda encontra-se em fase de implantação e que informações colhidas na SMS foram contraditórias quanto à sua gerência distrital. Embora administrativamente o Bairro de Planalto esteja vinculado ao DSS, esta USF, para efeito de organização sanitária, está inserida no DSO, de modo que, neste estudo, consideramos a mesma como pertencente ao DSS. Não sendo portanto, utilizada como campo nesta pesquisa.

Para atender as necessidades de saúde da população, as Unidades de Saúde da Família do DSO conta com uma infra-estrutura, para dar suporte às ações de média e alta complexidade, de modo que a Rede municipal de saúde disponibiliza outros serviços, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Rede própria de Serviços Municipais de Saúde do Distrito Sanitário Oeste de Natal/RN.

Unidade	Distrito Sanitário Oeste
Posto de Saúde	1
Policlínica	1
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	1
Clínica Especializada em Odontologia	-
Centro de Referência de Atenção ao Idoso	-
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	-
Unidade Mista/Maternidade	2
Centro de Controle de Zoonoses	-
Hospital Geral	-
Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU)	-
TOTAL	19

FONTE: Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Municipal de Saúde/2007.

A escolha desse distrito deveu-se ao fato de ser a área onde se deu as primeiras iniciativas para implantação do PSF, em Natal. Contando assim, com ampla experiência nesse aspecto, por ser um dos Distritos Sanitários com maior número de unidades e equipes de saúde da família, além de ser uma área onde a UFRN tem ampla inserção com atividades práticas, estágios supervisionados e projetos de pesquisa e extensão, nos vários cursos e níveis de ensino.

Geograficamente o DSO limita-se ao Norte, com o Rio Potengi; ao Sul com o Município de Macaíba; ao Leste, com os bairros de Lagoa Nova e Candelária; e a Oeste, com o Rio Potengi. Abrange um conjunto de 10 bairros, onde estão localizadas: a USF Cidade Nova, USF Nova Cidade, USF Monte Líbano, USF Felipe Camarão Mista, USF Felipe Camarão II, USF Felipe Camarão III, USF Guarapes, USF Bairro Nordeste, USF Bom Pastor, USF Km 6, USF de Nazaré (Figura 1).

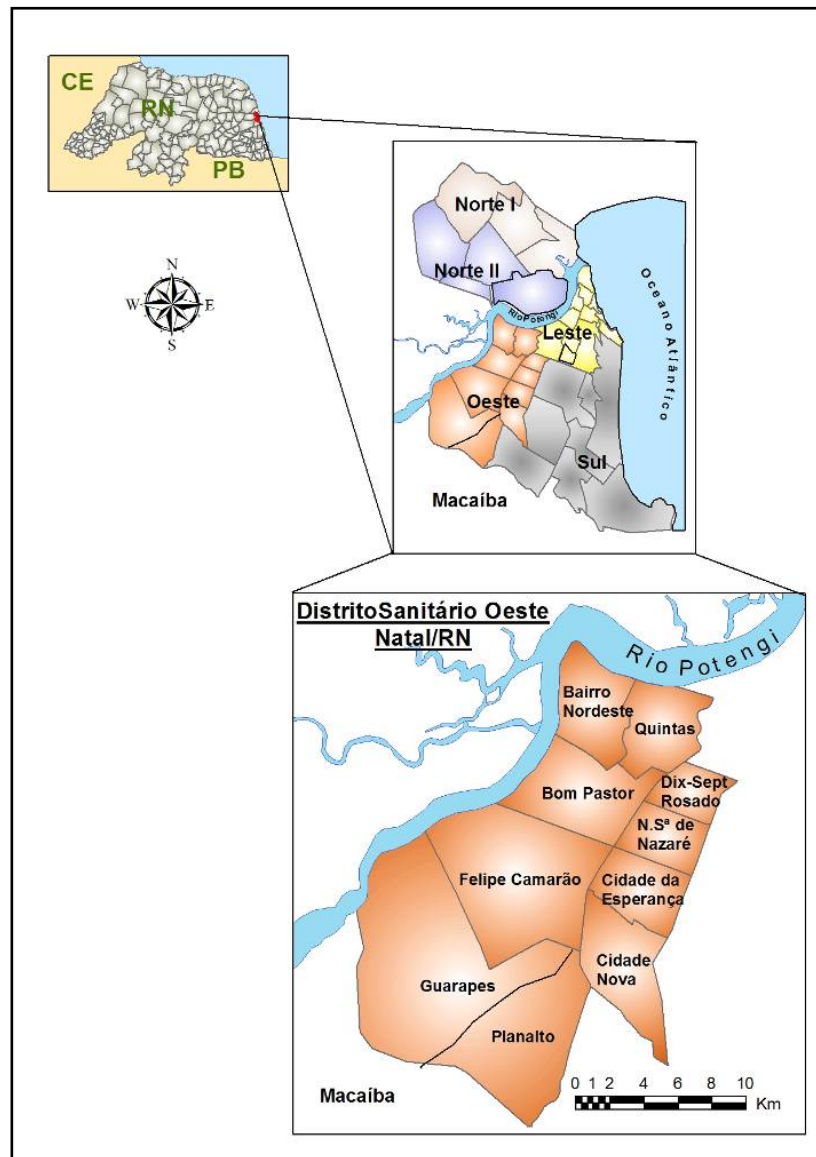


Figura 1 Mapa de localização do Distrito Sanitário Oeste. Natal – RN 2008. Adaptado por SILVA.

De acordo com o Censo Demográfico 2000/IBGE, a Região Administrativa Oeste possui 195.584 habitantes, correspondendo a 28% da população de Natal, que ocupam 47.209 domicílios (IBGE, 2008).

No estudo foram identificadas, no DSO, 40 Equipes de Saúde da Família, cada uma composta basicamente por: um médico, um enfermeiro, dois técnicos ou auxiliares de enfermagem, um odontólogo, cinco a seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar de consultório dentário. A formação da equipe está em consonância com a Portaria nº 648/GM de 28/03/2006, cujo teor dispõe sobre a estrutura organizacional do PSF, prevendo esta

mesma composição para a equipe nuclear do PSF. De acordo com a referida Portaria, cada equipe multiprofissional é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, residentes na área de abrangência da USF.

Nas USFs estudadas encontramos 80 profissionais de nível médio de enfermagem, dos quais 69 são Técnicos em Enfermagem e 11 são Auxiliares de enfermagem. Estes, juntamente com os demais profissionais compõem a equipe multiprofissional responsável pelo desenvolvimento das atividades de atenção à saúde na ESF. Além destes, outros profissionais atuam no serviço de arquivo, farmácia, laboratório e apoio em geral, dando suporte ao trabalho das equipes.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Inicialmente a seleção dos participantes foi intencional, considerando-se os objetivos do estudo, no que se refere à categoria profissional a ser pesquisada – Técnico em Enfermagem –, Tínhamos a pretensão de entrevistar 02 representantes de cada unidade; assim, após serem considerados os critérios de inclusão e exclusão, os participantes foram posteriormente sorteados, de modo que, a escolha dos sujeitos ocorreu de forma aleatória simples, ou seja, através de sorteio.

Sendo 11 as USF no DSO, deveríamos realizar 22 entrevistas, porém, em uma das unidades, a maioria dos Técnicos não atendia aos critérios de inclusão, ficando esta USF com apenas um participante na pesquisa, condicionando para que o estudo fosse realizado com 21 entrevistas.

Para participar do estudo, os profissionais deveriam ter concluído o curso Técnico em Enfermagem nos últimos dez anos, em escola pública ou privada, além de concordar em contribuir, de forma voluntária, com o mesmo. Assim, os participantes do estudo foram 21 Técnicos em Enfermagem que atuam em equipes de saúde da família, no DSO de Natal/RN.

Foram excluídos do estudo os Técnico em Enfermagem que, mesmo integrando a ESF, estivessem atuando como Agente Comunitário de Saúde, afastados ou em gozo de licença, ou férias no período da coleta das informações ou que se recusassem a participar da pesquisa.

Neste estudo utilizamos, com frequência, as nomenclaturas de Técnico e Auxiliar de Enfermagem, por serem de mesmo nível da Enfermagem, além de as mesmas serem igualmente previstas pelo MS, para atuar na equipe de saúde da família, realizando trabalho equivalente, sem diferenciação entre suas atribuições na AB. Contudo, conforme pudemos verificar — na realidade estudada —, a maioria destes últimos já cursou o Técnico em Enfermagem.

Para delineamento do perfil dos trabalhadores de enfermagem, participantes do presente estudo, foram consideradas informações pessoais: idade, sexo, estado civil, grau de instrução, conforme se pode verificar na Tabela 4 e profissionais como: tempo de formação como Técnico em Enfermagem, instituição formadora, tempo de serviço na ESF, além de cursos e treinamentos que realizados na Estratégia, conforme pode ser verificado na Tabela 5.

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais segundo: Idade, Sexo, Estado Civil, Grau de Instrução. Natal/RN/2007.

Idade	> 50 anos	40-49 anos	<40 anos
	38%	43%	19%
Sexo	Masculino	Feminino	
	0%	100%	
Estado Civil	Solteiro (a)	Casado (a)	Divorciado (a)
	14%	67%	19%
Grau de Instrução	Ensino Médio	Nível Superior	Nível Superior Incompleto
	86%	5%	9%

Foi verificado que a população pesquisada é composta exclusivamente por mulheres, com idades variando entre 36 a 62 anos e idade média de 46 anos, trazendo consigo certa experiência de vida profissional, devido já estar na ESF entre 4 a 9 anos, sem contar com as vivências anteriores, em outros serviços de saúde, antes de assumir na USF.

A feminilização na enfermagem não é um fenômeno novo, pois historicamente é uma profissão exercida majoritariamente por mulheres. Parece-nos que isso decorre de uma determinada concepção que entende as atividades de cuidado como uma característica supostamente inata, própria à natureza biológica das mulheres, dado que a esta são delegadas funções de cuidar desde a maternidade e a criação dos filhos, e não como uma construção social das distinções sexuais, que dão significado às relações de poder entre os homens e mulheres.

Essa totalidade feminina e predominantemente casada chama-nos a atenção, e nos remete à condição da mulher trabalhadora, cujo teor histórico reflete a predominância dessa mão-de-obra, sobretudo na Enfermagem, e às recorrentes tensões e conflitos naturais nos tempos atuais, na relação mulher/família/educação/trabalho, fatores que são relevantes no seu desempenho e desenvolvimento, enquanto trabalhadora da saúde.

Portadoras de ensino variando entre os níveis médio e superior, elas possuem entre quatro e sete anos de formadas como Técnico em Enfermagem, tendo concluído em escola pública, principalmente através do PROFAE (Tabela 5). Isto lhes abriu a oportunidade de, como partícipe desse projeto, adquirir novos saberes, refletir sobre a sua prática profissional e a reconstruir os conhecimentos consolidados, resultando no estabelecimento de novas competências e compromisso no campo da ética, da moral, da técnica e da política.

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais segundo, tempo de formado, tempo de serviço na Estratégia Saúde da Família e participação em treinamentos. Natal/RN/2007.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	ESCOLA PÚBLICA	ESCOLA PRIVADA	
	81%	19%	
Formação pelo PROFAE	Escola Pública	Escola Privada	
	93%	7%	
Tempo de formado TE	< 4 anos	4-7 anos	8-10 anos
	5%	81%	14%
Tempo de Serviço na ESF	> 10 anos	4-9 anos	< 3 anos
	10%	52%	38%
Realização de Treinamentos	SIM	NÃO	
	76%	24%	

O quadro nos revela que esta trabalhadora tem investido, nos últimos anos, na sua educação como forma não só de atender às exigências legais da LDB / 9.394/96, e que vem buscando continuamente a sua permanência e/ou ascensão profissional no mercado de trabalho, mas, para poder manter-se atualizada e em sintonia com as mudanças na área do setor saúde (SILVA, 2003). Tanto isto é verdade que, embora em seus discursos tenham referido a sua participação em cursos e treinamentos na ESF, ainda se ressentem da carência destes para melhorar a sua atuação no trabalho.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Antes de iniciarmos os contatos com as Unidades de Saúde e com os seus Técnicos em Enfermagem, enviamos correspondências oficiais solicitando a autorização da SMS para procedermos à realização da pesquisa, naquele Distrito Sanitário seguindo os preceitos da Resolução nº 196/96 do CNS. Somente após esta autorização e de posse do Parecer Final do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN (ANEXOS A e B), começamos a coleta de dados com a aplicação prévia do roteiro da entrevista com dois Técnicos em Enfermagem, que não foram selecionados para sujeitos da pesquisa. Estes pertenciam a USFs diferentes. Este procedimento permitiu ajustar o instrumento, de modo a fazer pequenas reformulações em algumas questões para facilitar o entendimento e adequá-las melhor aos entrevistados.

Para Lakatos e Marconi (2003), o estudo piloto e a testagem do instrumento de coleta de dados devem ocorrer para constatação de possíveis falhas a serem solucionadas.

A coleta das informações foi realizada através de entrevista semi-estruturada, por se tratar de técnica que possibilita captar tanto os significados que os agentes atribuem à prática e ao trabalho que executam como a dinâmica de organização do serviço. A principal característica da entrevista semi-estruturada, assim como da entrevista aberta, é permitir apreender o que está para além das aparências, do primeiro plano, da superfície da comunicação, e atingir níveis mais profundos e reveladores dos significados do objeto de estudo, no recorte proposto pelo pesquisador; por isso, essa modalidade de entrevista também pode ser denominada de entrevista em profundidade (TRIVIÑOS, 1990; MINAYO, 2000).

A escolha da entrevista, para coleta de dados, apóia-se em Minayo (2000), que a aponta como um instrumento privilegiado de coleta de informações, pela possibilidade que tem a fala de ser reveladora das condições estruturais, dos sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, de transmitir as representações de determinados grupos em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Além disso, entrevista é uma forma de coleta de dados que valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. Esta técnica tem como

condição indispensável à compreensão dos diversos mundos que compõem a vida dos entrevistados e de grupos sociais específicos (GASKELL, 2002).

Neste estudo, as entrevistas proporcionaram a obtenção da visão dos participantes sobre os aspectos mais relevantes do tema, na tentativa de resgatar deles a sua atuação no cotidiano da ESF, por meio de uma conversação guiada.

Para atender à técnica escolhida, utilizamos um instrumento semi-estruturado (APÊNDICE A), com questões norteadoras, sem, contudo, limitar as respostas dos entrevistados. As três primeiras questões buscavam conhecer o trabalho do Técnico em Enfermagem na ESF, a sua rotina profissional, se está contextualizada, com a dinâmica da USF e do trabalho da equipe e quais as atividades que realiza. As questões seguintes abordavam os fatores que interferem na sua prática, seja facilitando-a ou dificultando-a, além de abordar o que mais contribuiu para a sua atuação, no ensejo de detectar os fatores que possam ter contribuído ou não para a sua atuação na ESF. Por fim, não menos importante, na última questão buscou-se verificar a visão do profissional sobre a ESF e sobre si mesmo, no contexto desta.

Antes da sua realização, solicitamos a autorização dos Técnicos em Enfermagem, que após ler e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) cada um assinava as duas vias, contendo esclarecimentos da pesquisa, tais como objetivos do estudo, uso dos dados apenas para a produção científica e a garantia de sigilo e do anonimato, conforme exigência da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Tal Resolução determina as diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos, dentre as quais destacamos o anonimato e o direito de se recusar a participar, sem que ocorra qualquer dano.

Para a realização da entrevista, depois de aplicarmos os critérios de exclusão e serem dadas as devidas explicações metodológicas, realizamos o sorteio dos participantes da pesquisa, por USF, os quais eram conduzidos para um ambiente adequado a essa finalidade. Cada entrevista variou entre 10 a 43 minutos.

É importante ressaltar que não houve recusa de nenhum dos Técnicos em Enfermagem convidados para participar das entrevistas e que estas foram gravadas com a anuência dos participantes.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho e agosto de 2008, nos turnos matutino e vespertino, em horários previamente agendados, de acordo com a disponibilidade do participante e de modo que favorecesse o desenvolvimento do estudo.

Com a finalidade de garantir o anonimato das participantes, as mesmas inicialmente foram denominadas pelo código TE, em referência à Técnicos em Enfermagem, ficando as entrevistas com uma seqüência de TE 1 a TE 21. No entanto, no decorrer da análise, devido à totalidade dos participantes ser composta por mulheres, optamos por denominá-las por nomes de Flores, visto que o profissional de enfermagem está inserido no universo deveras permeado de sensibilidade, por lidar com a beleza da vida humana em todas as fases, do nascimento à morte. Após definirmos os nomes, procuramos identificar o significado das flores tentando estabelecer uma analogia entre suas características e alguma particularidade de cada profissional, ficando assim nominadas: Acácia, Amor Perfeito, Azaléia, Camélia, Gardênia, Crisântemo, Dália, Girassol, Hortêncina, Jasmim, Margarida, Miosótis, Petúnia, Verbena, Rosa, Tulipa, Violeta, Magnólia, Orquídea, Sempre Viva, Lírio.

4.5 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Na fase de análise das informações obtidas através das entrevistas, foi utilizada, como referência teórica, a análise de conteúdo, de acordo com Minayo (2000).

A análise de conteúdo, enquanto técnica de análise de comunicação, busca a lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Segundo os autores referenciados, tem como importância, na função heurística, a imposição de um corte entre as intuições e as hipóteses que encaminham para interpretações mais definitivas. Assim, esta técnica parte de uma leitura geral de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, tentando ultrapassar os significados manifestos (MINAYO, 2000).

O processo de análise iniciou com a leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, o que Minayo (2000) tomando por base Bardin (1997), denomina de “leitura exaustiva”, referindo que se trata de uma leitura de primeiro plano para atingirmos níveis mais profundos, deixando-nos impregnar pelo conteúdo do material.

Na etapa seguinte, procedeu-se à leitura horizontal do conjunto dos relatos, que permitiu estabelecer as relações entre os depoimentos, pois é o sistema de relações que torna possível as interpretações acerca das representações sociais.

Para o tratamento do material empírico, procedemos à transcrição *ipsis litteris* das gravações das entrevistas, o que permitiu uma leitura mais fluente, sem os obstáculos da grafia dos manuscritos. Neste momento, foi de muita valia as anotações que fizemos no nosso “diário de campo”, constando os fatos pertinentes às entrevistas. Para tanto, ao fim de cada dia de entrevista, realizávamos uma leitura dos registros, bem como ouvíamos as falas gravadas, o que muito nos auxiliou a apreender o seu conteúdo.

Concluída a fase de leitura e transcrição das entrevistas, passamos a utilizar a abordagem metodológica de análise de conteúdo, especificamente a análise temática — a atuação do Técnico em Enfermagem.

A escolha da análise temática para o estudo deveu-se a esta visar atingir os significados manifestos e latentes nas entrevistas. Para Minayo (2000), a noção de tema consiste na afirmação a respeito de um determinado assunto, comportando um feixe de relações, podendo ser graficamente apresentadas através de uma palavra, uma frase, um resumo. Desta forma, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2000, p.209).

A análise do material coletado nas entrevistas realizou-se em três etapas operacionais da análise temática, conforme explicitadas por Minayo (2000).

a) Pré-análise: Esta etapa consistiu na leitura exaustiva das entrevistas e anotações, buscando apreender os conteúdos, retornando sempre aos pressupostos iniciais desta pesquisa. Após as leituras flutuantes e lineares realizou-se a organização do material, tentando responder às normas de validade, exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, conforme recomenda Bardin (1997). Nesta etapa, as unidades de registro identificadas foram agrupadas em quadros desenvolvidos, para este fim, no programa Microsoft Office Word 2003, de acordo com a seqüência do instrumento utilizado na entrevista, o qual abordava:

Prática do Técnico em Enfermagem na ESF;

Coordenação de suas atividades;

Atividades que o mesmo realiza junto às famílias;

Facilidades ou dificuldades enfrentadas na atuação do Técnico em Enfermagem;

Visão que o Técnico em Enfermagem tem da ESF e de si mesmo neste contexto.

b) Exploração do material: Partindo dos eixos anteriormente nominados, as unidades de registro, foram agregadas e classificadas, congregando temas a partir dos quais emergiram as categorias empíricas que revelaram aspectos inerentes à atuação do Técnico em Enfermagem na ESF. Para Bardin (1997), classificar elementos em categorias impõe a investigação da inter-relação entre os mesmos, identificando o que cada um deles tem em comum com outros. Neste estudo, encontramos as categorias empíricas: A realidade de um sonho: o que é a Estratégia Saúde da Família para o Técnico em Enfermagem; A Estratégia Saúde da Família: um sonho construído no cotidiano do Técnico em Enfermagem; Encantos e desencantos no desabrochar de uma nova prática, que nos levaram às subcategorias empíricas que serão apresentadas a seguir.

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: as categorias foram analisadas a partir das interpretações embasadas no referencial teórico levantado neste estudo o que será apresentado a seguir.

5 REVELANDO OS RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados alcançados, após a análise das informações, retornamos aos objetivos inicialmente propostos, com o fito de verificar o seu alcance, o que nos levou à organização das categorias empíricas, descritas a seguir:

A primeira, denominamos de *A realidade de um sonho: o que é a Estratégia Saúde da Família para o Técnico em Enfermagem*. Neste item, tomando como referência as questões relativas ao que é a ESF para o Técnico, obtivemos duas classificações: uma inerente à própria concepção da ESF, aqui nominada de *A realização do sonho no possível*; e outra, que corresponde ao pensamento do Técnico acerca da ESF enquanto projeto que não se realiza plenamente, ora denominado de *A boniteza de um sonho que não se realiza*.

A segunda categoria, à qual chamamos de *A Estratégia Saúde da Família: um sonho construído no cotidiano do Técnico em Enfermagem*, trata das informações sobre o dia-a-dia desses profissionais; as atividades que realiza; e como estas atividades são estabelecidas. Esta se encontra organizada a partir dos seguintes itens: *O fazer do Técnico em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: um projeto que virou rotina*; *O fazer pré-determinado: a escala como fator de (des)autonomia*; e, *Saberes da prática na ESF: desafios que se apresentam ao fazer do Técnico em Enfermagem*.

A terceira categoria, denominada de *Encantos e desencantos no desabrochar de uma nova prática*, está relacionada aos fatores que facilitam ou dificultam a atuação do Técnico em Enfermagem na ESF e como ele se vê frente à mesma. Dela emergiram as “flores” e os “espinhos” encontrados na construção de um sonho, o que deu origem ao título deste estudo. Para melhor compreensão, as idéias estão organizadas no Quadro 2.

CATEGORIAS EMPÍRICAS	SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS
5.1 A realidade de um sonho: o que é a Estratégia Saúde da Família para o Técnico em Enfermagem	5.1.1 A realização do sonho no possível 5.1.2 A boniteza de um sonho que não se realiza.
5.2 A Estratégia Saúde da Família: um sonho construído no cotidiano do Técnico em Enfermagem	5.2.1 O fazer do Técnico em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: um projeto que virou rotina; 5.2.2 O fazer pré-determinado: a escala como fator de (des)autonomia; 5.2.3 Saberes da prática na Estratégia Saúde da Família: desafios que se apresentam ao fazer do Técnico em Enfermagem.
5.3 Encantos e desencantos no desabrochar de uma nova prática	

QUADRO 2 - Categorias e subcategorias empíricas finais

5.1 A REALIDADE DE UM SONHO: O QUE É A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O TÉCNICO EM ENFERMAGEM

A Saúde da Família é compreendida como uma estratégia que visa a fortalecer a mudança do modelo assistencial de saúde cuja finalidade é a reorganização da prática em novas bases epistemológicas e sociais. Constitui-se, nesta perspectiva, em espaço privilegiado que articula conhecimentos e técnicas de diversas áreas das ciências, como a Sociologia, a Antropologia, a Epidemiologia, entre outras, orientada por ações integradas e multiprofissionais e pela articulação de cuidados promocionais, preventivos e curativos, no primeiro nível de atenção, entre as redes de cuidados primários, especializados e reabilitadores.

Ao serem questionados sobre o que é, para eles, a ESF, os Técnicos em Enfermagem, descreveram-na sob dois aspectos, os quais originaram duas subcategorias: uma que advém da própria concepção do modelo de atenção, a qual denominamos de *A realização do sonho no possível*; a outra, decorre do modo como vivenciam a ESF, no dia-a-dia do seu trabalho, como um projeto que não se realiza plenamente, denominada de *A boniteza de um sonho que não se realiza*, ambas são apresentadas a seguir.

5.1.1 A REALIZAÇÃO DO SONHO NO POSSÍVEL

A ESF, desde a sua implantação, apresentou-se como um desafio a ser enfrentado, na perspectiva da construção de um projeto pensado para a saúde brasileira, que viesse a atender aos anseios da população, por um sistema sanitário mais universal e qualificado, como também dos profissionais e dos serviços, de modo a contemplar as necessidades de saúde local, com a garantia de aporte de recursos necessários à efetivação dos princípios do SUS.

Neste sentido, as informações verbais, obtidas por ocasião das entrevistas com os Técnicos em Enfermagem refletem esta realidade.

É um programa que a gente se envolve com a família. A gente está ali. O agente de saúde sai em cada casa, ele sabe quem pariu, quem está grávida, quem se mudou ... eu, sendo da área, também sei muita coisa assim, quem se mudou, quem está grávida, onde mora e as condições de vida, para poder fazer um trabalho direito [...] No PSF a gente tem que se envolver com as famílias. Eu me vejo já quase como da comunidade apesar de não morar aqui, vejo como se eles fossem meus vizinhos [...].

Hortência

É um programa que veio para gente trabalhar de forma mais humanizada com uma sistematização do trabalho. Você trabalha dados. Você sabe quantos hipertensos tem [...]. **Petúnia**

É um trabalho em equipe junto com a comunidade. Ele trabalha com a prevenção das doenças. E ele é uma equipe multiprofissional: com médica, enfermeira, técnico de enfermagem. O PSF busca muito as prevenções das doenças, diabetes, hipertensão [...]. **Miosótis**

É um programa assistencial que devia dar cobertura geral [...] o que os profissionais procuram fazer. Os profissionais são bons, eles assistem, vêem a renda familiar, a parte odontológica, vê a alimentação, a parte nutricional [...] Eu vejo assim, como um programa que deveria dar uma cobertura geral como eles tentam fazer. **Sempre Viva**

Os depoimentos revelam que o Técnico em Enfermagem compreende a ESF na plenitude de sua essência, visto que consegue identificá-la a partir dos fundamentos e princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade, co-responsabilização e controle social do SUS. Contudo, mesmo sendo evidenciado o vínculo, a humanização e o trabalho em equipe eles ainda o vêem como um programa assistencial e não fazem destaque quanto às mudanças de modelo de atenção.

De acordo com os entrevistados, a ESF é compreendida a partir do paralelo entre saúde/serviços de saúde, no que se refere à forma como se dá a oferta da atenção. Para eles, a ESF configura um novo modo de fazer saúde com base no enfoque preventivo.

A ESF traz importantes mudanças impulsionadas no Sistema de Saúde do país. Entre essas, merece destaque a diferença na forma da oferta de serviços, uma vez que antes esta era guiada pela livre demanda, passando, a partir de então, a ser organizada com base nas intervenções interdisciplinares e intersetoriais, buscando assim, promover atendimento humanizado e melhorar a atenção prestada à saúde dos usuários.

Este entendimento é corroborado pelo que preconiza o MS ao afirmar que

a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

(BRASIL, 1998, p. 8).

Verifica-se, também, a credibilidade que o profissional participante deste estudo, atribui à ESF no que se refere ao trabalho em equipe realizado junto às famílias assistidas. Para ele, a ESF consegue alcançar seus objetivos, na medida em que promove a satisfação do usuário e do trabalhador e, principalmente, quando consegue impactar sobre os determinantes da condição de vida da população por ela assistida, como pode ser observado na afirmação a seguir:

O PSF para mim, no ponto positivo, é o melhor programa de saúde que já pôde existir no Brasil, devido a gente fazer a prevenção e a parte curativa. E pela minha experiência no PSF, ao longo desses anos, vejo que já caiu muito o índice de muitas doenças, devido à prevenção, muitos tipos de doenças, principalmente as doenças cardiovasculares, com o hipertensão. **Girassol**

Os Técnicos em Enfermagem vêem a ESF como fator relevante na elevação dos principais indicadores de saúde, ao identificar a queda do índice dos agravos que afligem a população, entre estes as doenças cardiovasculares.

Todavia, ainda se percebe que alguns profissionais mantêm, a respeito da ESF, a visão de um programa assistencialista e focalista, conforme é revelado nas falas:

Para mim é um programa prestado para as famílias carentes que não podem vir e nós vamos até elas. **Gardênia**

É um programa que inclui toda a família e que a gente pode fazer alguma coisa por aquelas pessoas. Tentar melhorar a vida daquelas pessoas, às vezes a pessoa chega brava e só uma conversa com ela já melhora. Às vezes a pessoa está precisando só de uma conversa [...]. **Magnólia**

Para mim o PSF é tipo um plano de saúde. Que você vai ter que atender bem o paciente. Se esse paciente é acamado dar toda assistência a ele. E também tem a procura que pode vir ao posto. Você tem a própria área de abrangência, a localidade, para você dar conta, você tem que se entrosar com o paciente [...]. **Crisântemo**

Apesar da visão ampliada de saúde prevista na ESF, algumas falas, embora valorizem o acolhimento e a adscrição da clientela, ainda se referem à mesma a partir de uma

visão assistencialista e focalista, talvez, devido às vivências profissionais anteriores e a persistência do modelo biomédico até então vigente. Ainda, neste sentido, a analogia feita por outro profissional da ESF com um plano de saúde, possivelmente, teve a pretensão de elevar o nível de qualidade da atenção prestada, tomando o primeiro, como modelo a ser alcançado no atendimento ao cliente. Esta visão também revela o pensamento do senso comum acerca do serviço público, como sendo de baixa qualidade, podendo contribuir para reforçar tal pensamento.

Desse modo, concordamos com Alves (2004) quando afirma que a reorganização da Atenção Básica, proposta pela Estratégia, impõe a necessidade de reorientação das práticas de saúde, o redimensionamento do compromisso, do vínculo e da responsabilidade do profissional com a população assistida, e a ampliação da sua compreensão acerca desse nível de atenção. O que para o autor implica em mudanças de atitudes, apropriação de tecnologias avançadas e desenvolvimento de habilidades, com vistas a assegurar o atendimento de qualidade no nível de atenção, que longe de corresponder a uma medicina simplificada destinada para os pobres, é, antes de tudo, de alta complexidade tecnológica.

5.1.2 A BONITEZA DE UM SONHO QUE NÃO SE REALIZA

Embora reconheça a ESF como uma possibilidade concreta de mudança na atenção à saúde, nesta pesquisa, o Técnico em Enfermagem consegue identificar que há uma dicotomia entre o que é preconizado pelos princípios e diretrizes e o que é realizado, de fato, nas USFs. O que pode ser evidenciado nos depoimentos que se seguem:

Entendo que deveria ser um programa muito bonito, no entanto tem muitas dificuldades [...]. **Acácia**

É um programa muito bonito se funcionasse mesmo. Porque no papel é tudo muito bonito, mas na realidade deixa a desejar [...]. **Amor Perfeito**

[...] se realmente funcionasse como foi idealizado, seria o ideal, eu acho que é um projeto bom, que tem bons resultados, mas não é aquilo o que realmente está escrito. O que a gente vive [...] A realidade da gente é outra. Começa pelas condições da equipe. Eu mesma, já faz quatro anos que eu estou e já é o terceiro médico que entrou e que saiu. E a gente continua ficando desfalcada [...]. **Crisântemo**

Diversos estudos ressaltam a necessidade do fortalecimento do SUS, não só através da adoção de políticas que assegurem organicamente seus princípios, mas, a partir do reordenamento interno dos diversos setores que compõem o sistema. A esse respeito, Paim (2004), reconhecendo o PSF como uma das políticas públicas mais exitosas implementadas no Brasil, alerta-nos para as fragilidades que podem comprometer a construção do modelo de atenção que se contrapõe ao modelo dominante “clínico-biológico-flexineriano”. Para o autor, as tensões geradas na vida cotidiana das equipes colocam novas questões no campo da assistência, da gerência, da educação e da produção do conhecimento, no sentido de desobstruir entraves na construção de um projeto assistencial ousado.

A exemplo disso, ainda refere que:

a cobertura insuficiente do programa diante da ocupação desordenada do espaço urbano e da ampliação da miséria, penaliza as equipes comprometidas com seu ideário e com a qualidade da atenção e tende a reforçar a focalização em vez de políticas que radicalizem o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2004, p. 05).

Vê-se, portanto, que dada à complexidade do trabalho na ESF, o Técnico em Enfermagem se depara com limites relacionados à resolutividade de muitos problemas, advindos da comunidade, que chegam até a equipe de saúde. Pelas informações empíricas foi possível perceber problemas de gerenciamento que interferem na hierarquização da rede de serviços de saúde, dificultando a garantia do acesso da população aos diversos níveis de atenção do sistema, fugindo, portanto, do nível de sua governabilidade, enquanto membro de uma equipe de saúde da família.

O PSF para mim é um programa muito, muito, bonito, se fosse levado ao pé da letra mesmo, aah! Mas, assim, se exige muito. Mas que se os profissionais na unidade querendo buscar aquilo, é só cobrança, cobrança. Não se dá condições para que o programa siga a linha realmente. Se fosse como diz as normas e diretrizes, aí era diferente [...] A qualidade de vida dos profissionais não existe no PSF, é prejudicada, isso não existe. Nem se tem, nem os gestores estão nem aí para essa questão. **Camélia**

O PSF poderia ser melhor, a começar pelos governantes. Por que a gente quer dar uma resposta boa para a população, mas também não depende tanto da gente [...] Por que tudo começa lá de cima, quando chega aqui a gente fica com as mãos atadas, porque quer dar uma resposta, quer uma solução mas as pessoas ficam [...]. **Verbena**

Assim, é interessante retomar a discussão acerca da concepção de gestão e gerência praticadas no SUS e, conseqüentemente, na ESF, a qual prevê:

mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre as distintas esferas de governo – nacional, estadual e municipal – cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira. O processo de descentralização em saúde no Brasil envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (BRASIL, 2006, p. 41).

A gestão do SUS é parte da administração pública em geral e está relacionada ao contexto político e econômico e sua repercussão no campo do trabalho.

Sabemos que as reformas no setor Saúde na década de 1990 foram pautadas pela implantação do SUS com ênfase na descentralização das ações e serviços de saúde, sobretudo a municipalização. Houve uma grande expansão de serviços municipais e foram priorizados novos modelos de atenção voltados para a APS, tendo como proposta estruturante o PSF. A mudança do modelo de atenção vem exigindo estratégias de grande abrangência e de realização em curto prazo. Essa expansão acelerada e em grande escala dos serviços ocasionou mudanças significativas na composição e estruturação da força de trabalho em saúde, com concentração nas esferas de governo estaduais e municipais. Ademais, coube a essas esferas governamentais a maior responsabilidade pela implementação das políticas sociais, arcando com todo o peso financeiro, administrativo e de pessoal dos aparelhos de segurança, educacional, de saúde, de saneamento básico e de assistência social (BRASIL, 2006).

É evidente que a utilização de variados mecanismos tem auxiliado a gestão do SUS a dar respostas mais rápidas às demandas por novos serviços, ou pela ampliação dos existentes, mas também tem levado a problemas de ordem legal e gerencial, gerando conflitos e impasses na implementação do SUS, de modo a atender insuficientemente profissionais e usuários.

Neste contexto, a gestão, ganha contorno descrito por Barros de Barros (2007), que se imbrica com a integralidade cujo objetivo, é estar voltada não apenas para o usuário, mas confere condição para o desenvolvimento do processo de trabalho coletivo na rede de atenção, centrada onde estão o trabalhador, o usuário, a família, a comunidade, o serviço; a

universalidade, neste contexto, assume a possibilidade de viabilização do trabalho, gerado na participação coletiva, nos processos de planejamento, decisão e criação de dispositivos para a co-gestão; e a equidade configurará o campo do diálogo/debate/disputa/conflito inerentes à condição humana. Amplia-se, desse modo os conceitos de universalidade, equidade, e integralidade, bem como o papel dos sujeitos, conferindo-lhes mais autonomia, coresponsabilidade e compromisso com o trabalho.

5.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM SONHO CONSTRUÍDO NO COTIDIANO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Falar de uma estratégia de mudança de modelos assistenciais remete-nos às configurações adotadas pelos processos de trabalho e atuações profissionais em saúde, que nos levam a refletir sobre como esses processos ocorrem no dia-a-dia do serviço, implicando as diversas maneiras de pensar e fazer ações que envolvam os profissionais que atuam na equipe de saúde da família.

Inserir-se aí a atuação do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem na ESF, com variados graus de competências, os quais estão, em última instância, submetidos ao modo de ver/conceber saúde. Neste sentido, emergem dimensões que migram desde a noção estritamente técnica, relacionada ao atendimento dos indivíduos e famílias, até a ação mais política, na compreensão das questões sociais, políticas e econômicas inerentes à realidade em torno da USF, bem como, na organização e luta da comunidade pela transformação de suas condições de vida e saúde (TANAKA; ESCOBAR; GIMENEZ, 1992, p. 150).

Estabelecida pela Portaria nº 648/GM, de 28/03/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, esta atuação é orientada pelas atribuições que prevêm a

participação nas atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006, p.).

Assim, o presente estudo, visando descrever o que o Técnico em Enfermagem desenvolve na Estratégia e refletir a relação entre essas atividades com as previstas pelas diretrizes da AB, estabeleceu duas subcategorias construídas a partir da análise das informações obtidas dos entrevistados, as quais são tratadas a seguir.

5.2.1 O FAZER DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PROJETO QUE VIROU ROTINA

Ao serem questionados sobre as atividades que realizam na ESF, os Técnicos em Enfermagem citaram diversas ações, as quais são executadas na USF ou no domicílio, o que se pode verificar nas suas falas.

Verificação de P.A. (Pressão Arterial) administração de medicação (injeções anticoncepcionais), [...] Faço curativos, tanto na unidade como no domicílio; retirada de pontos, coleta de material para exames laboratoriais. Acompanho a médica na visita domiciliar, a equipe está sem enfermeira. Faço também cobertura vacinal nos pontos comerciais. **Amor Perfeito**

Curativo, preparo do cliente que chega à nossa unidade, preparo de materiais. Fazemos também outros serviços, que não sei nem se nos cabe, essa questão de ter que estar preparando os impressos, carimbando impresso para colocar na sala dos profissionais, a meu ver é um serviço mais burocrático, não faz parte nem do nosso serviço. **Camélia**

[...] A gente faz outras coisas também que não é da nossa alçada: tirar prontuário, planejamento familiar, marcar consulta para CD [referindo-se ao acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança] e para o pré-natal, outras coisas além das que faço mesmo. **Crisântemo**

Imunização, curativo, coleta de sangue, esterilização, preenchimento e preparo do paciente, de lâmina e preenchimento do formulário para os preventivos, preparo dos pacientes e tem o hiperdia [...] nesse dia vai a equipe toda, o médico, a enfermeira. **Miosótis**

Através dos relatos, observamos que foram destacadas as atividades referentes à realização de curativos e retirada de pontos; coleta de sangue para exames; preparo, que consiste na mensuração de medidas antropométricas, de temperatura e de pressão arterial, conforme cada caso, antes das consultas médicas ou de enfermagem; administração de medicações injetáveis, entre outras.

Verifica-se ainda que os Técnicos em Enfermagem não fazem menção a um trabalho em equipe. Ficando claro, neste estudo, que na atuação deste profissional, na ESF, predomina as atividades de caráter individual, bem como há predominância de procedimentos curativos, voltados principalmente para complementação da prática médica e de enfermagem, sobretudo, das atividades restritas aos programas.

Tal fato é corroborado por Shimizu et al. (2004), que realizaram um estudo cujo objetivo era conhecer a prática do auxiliar de enfermagem que atua no PSF. Identificadas as atividades cotidianas desse profissional, foi constatado que ele desenvolve ações, tanto de caráter individual como coletivo, com forte influência do modelo clínico de atenção nos diferentes graus de complexidade, tais como: cadastramento das famílias, avaliação clínica sumária, atividades de grupo, procedimentos técnicos, visitas domiciliares, vigilância sanitária e epidemiológica.

No que se refere às atividades desenvolvidas pelos participantes deste estudo, na ESF, a análise do material empírico reitera o cuidado direto de enfermagem como objeto central da intervenção da Enfermagem, sendo executado, sobretudo, pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Como já visto, no cenário do estudo, observa-se também a predominância do modelo funcional de organização do trabalho de enfermagem, centrado na tarefa e não no usuário.

Não se pretende aqui subestimar o trabalho individual na ESF, ao contrário, pretende-se fortalecê-lo, uma vez que, na medida em que há uma aproximação nas relações dos usuários dos serviços e trabalhadores de saúde, haverá, segundo Franco e Merhy (2006 p. 37), uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador que comporta um conjunto de “ações clínicas”, ou seja,

o encontro das necessidades com processos de intervenção tecnologicamente orientado, que visam ‘operar’ sobre o campo das necessidades que se faz presente neste encontro na busca da perseguição de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de andar a vida.

Para os autores, esses encontros se produzem em um espaço intercessor em que uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se na tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves, definidas como tecnologias

de ações que transformam o processo de intenção em ato, através da relação de interação, de vínculo, de escuta, de intersubjetividade, gestão como forma de governar o processo de trabalho, humanização, dentre outras (MERHY, 1997).

A partir do momento em que ocorre uma relação, enquanto trabalho de saúde, entre um trabalhador e um usuário operam-se processos tecnológicos – trabalho vivo em ato – que visam à produção de relações de escutas e responsabilização que se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções. Estes processos intercessores são atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador de saúde (FRANCO e MERHY, 2006 p.37).

O que não deve ocorrer é a simplificação desse trabalho, ou seja, a sua redução a um simples procedimento técnico, onde predomina a valorização das tecnologias pesadas, da doença e da técnica. Por outro lado, é preciso destacar que, para a realização do atendimento de enfermagem por qualquer uma de suas categorias profissionais, se faz necessário que sejam conferidas competências que habilitem o profissional não só no aspecto da técnica, mas também sobre outros fatores que dão sustentabilidade ao fazer técnico. Assim, a ética e a política conduzem-no a estarem inteiramente comprometidos com o saber/fazer, de modo a responsabilizarem-se pelas suas ações.

Neste sentido, o processo de trabalho em saúde e os desafios necessários para a construção de um novo fazer na ESF têm sido alvo de estudos que identificam, como pressuposto operacional da Estratégia, a cooperação entre aqueles que executam o trabalho e o conhecimento técnico para a resolutividade das ações e a garantia da integralidade do atendimento (NOGUEIRA, 2000).

Sabe-se que a possibilidade de ampliar e mudar o modo de produzir saúde pode se dar em maior ou menor intensidade, dependendo da adesão dos profissionais, de forma que possam assumir uma prática de fato comprometida com as necessidades da população.

Nas falas dos entrevistados, por vezes, verificamos a ênfase na sua atuação junto com outros membros da equipe de saúde da família, sobretudo quando se referiram à relação com a enfermeira. No entanto, os mesmos não relacionam sua prática a um processo de trabalho em equipe. Quando realizam outros procedimentos que não são “curativos”, referem não ser de sua alçada. Não se vêem como membro da equipe de saúde, conforme previsto na Lei do Exercício Profissional.

Nesta perspectiva, Campos (2000) refere que no trabalho em equipe, as práticas envolvem diferentes núcleos de saberes e competências com equipes multiprofissionais que estabelecem intercessão entre as diversas especialidades, capazes de produzir saberes e práticas sofisticadas sobre a saúde pública, bem como intervir em situações mais complexas, o que não fica evidenciado nas falas dos participantes deste estudo.

Além das atividades citadas, os Técnicos em Enfermagem relataram que, na realidade das USFs estudadas, realizam as outras ações, entre as quais se destaca, as visitas domiciliárias, por eles denominadas como atividades extramuros, conforme podemos conferir no relato de Camélia:

A gente faz trabalhos dentro da unidade, no atendimento na sala de preparo, curativos, preparando material, acolhimento, no atendimento ao cliente e também fazemos o trabalho extramuros, que é nas visitas domiciliares, com as enfermeiras, com o médico, [...]. Também quando precisa para fazer curativo, retirada de ponto, verificar uma pressão do paciente, o cliente solicita a gente vai a casa do cliente e presta esse serviço. **Camélia**

Assim, no contexto estudado, o Técnico em Enfermagem executa atividades em atendimento ao usuário tanto dentro da Unidade – nos setores onde a enfermagem atua – como em domicílio, quando realiza visitas domiciliárias, as quais podem ser de rotina ou para atender a uma necessidade específica. Essas visitas podem ser feitas pelo Técnico em Enfermagem, que pode realizá-las sozinho ou acompanhando o médico, o enfermeiro ou o ACS no cuidado com o usuário/família ou em outras atividades na comunidade.

A gente faz trabalhos dentro da Unidade: sala de preparo, curativos, preparo de material, acolhimento [...] visitas domiciliares, com as enfermeiras, com o médico [...]. Também quando precisa para fazer curativo, retirada de ponto, verificar uma pressão do paciente, o cliente solicita a gente vai a casa do cliente e presta esse serviço. **Camélia**

[...] Depois eu vejo se tem visitas, porque tem dia que não tem visita, porque tem aquelas visitas de rotina que são curativos, verificação de pressão, na residência ou a medicação, [...] e tem aquelas visitas de sobreaviso, que poderá aparecer. A gente vai fazendo de acordo com a necessidade. **Dália**

[...] E visita só quando é solicitada, uma pessoa está passando mal, ou o agente avisa. **Tulipa**

[...] Fazer a visita domiciliar junto com a médica ou com a enfermeira. Fazer os curativos quando é necessário, na minha área, fazer o acolhimento [...]. **Violeta**

Verificamos que, em geral, o Técnico em Enfermagem não relaciona o “preparo do usuário” como sendo parte do acolhimento, bem como que não existe um planejamento para as visitas domiciliares, sendo estas pontuais, realizadas de acordo com as necessidades e com o objetivo de atender às situações específicas de usuários acamados ou impossibilitados, de alguma forma, de se deslocar até a USF. Assim, as necessidades ficam condicionadas às demandas referenciadas pelos agentes de saúde, por outros profissionais ou pela família do usuário que necessita daquela atenção, ou ainda, devido a alguma irregularidade do usuário em relação às atividades programadas.

A visita domiciliar é, pois, um importante instrumento na estratégia de intervenção dentro da proposta do atual modelo de saúde, de modo que nas USFs, as visitas são realizadas por todos os profissionais; os atendimentos médicos e de enfermagem, em domicílio, são programados previamente ou solicitados pela demanda espontânea. Geralmente, são visitados pacientes impossibilitados, de alguma forma, de ir até a Unidade. Apesar da importância dessas visitas, seria necessário ampliar o atendimento domiciliar, especialmente no que se refere à internação domiciliar, cuja proposta é evitar internações hospitalares e suas complicações, principalmente nas doenças crônico-degenerativas.

Para o profissional de saúde, trabalhar no domicílio, muitas vezes, representa uma nova forma de atuação: por ser uma atividade “extramuros”, isto é, o profissional sai do interior da Unidade indo para a comunidade, levando-o a entrar em contato com as singularidades da família, suas angústias e subjetividade, ao mesmo tempo em que permite maior compreensão dos processos de saúde e doença e suas formas de cuidado. A esse respeito, a fala a seguir expressa esta realidade.

[...] quando a gente trabalha no sistema básico, que não é PSF, você não se envolve muito com a população. E o PSF não. Facilita mais você conhecer a pessoa, não só na parte curativa, mas a parte psicossocial daquela pessoa, daquela família, aí isso facilita até assim como a gente tratar, como a gente conversar, e tentar solucionar alguns problemas daquelas pessoas. Você tem uma abertura maior. Em outro serviço que não é PSF, a gente trabalha muito naquele [modo] curativo de vir, fazer e sair. E no PSF não, você está atendendo à pessoa aqui e está lembrando dela lá quando você fez a visita, daquela situação, quantos filhos têm, às vezes tem um marido alcoolista... Lembra do contexto, da história daquela pessoa. Isso é muito bom, a gente cria um vínculo. **Petúnia**

Consideradas como atividades de promoção à saúde, as visitas devem ser compreendidas como uma das que podem romper com as formalidades dos protocolos e

contribuir para apropriação dos cuidados pela comunidade assistida, bem como proporcionar a aproximação dos profissionais aos usuários.

Por entender que as atividades de promoção à saúde são a “pedra angular” e que constituem um dos caminhos que apontam para mudanças estruturais na ESF, destacamos aqui que, embora tenham sido citadas, não foram suficientemente destacadas pelos trabalhadores e, quando o fizeram, citaram-nas como algo extra às atividades de rotina.

Pesquisa realizada por Reis et al. (2007) quanto ao processo de trabalho, especificamente sobre as atividades de promoção da saúde em uma USF, apontou que estas foram denominadas pelos trabalhadores como sendo atividades “extras”, em relação àquelas de rotina.

Além do exposto, foi constatado ainda que, nas USFs estudadas, existe uma rotina de trabalho que se desenvolve nos turnos matutino e vespertino, de modo que no primeiro turno o Técnico pode estar em um setor e no segundo turno em setor diferente, variando de acordo com a escala, conforme os relatos de Hortência [...] tem aquelas visitas de rotina aquelas de sobreaviso, que poderão aparecer. A gente vai fazendo de acordo com a necessidade e de Tulipa É uma rotina assim meio complicada, mas que dá para gente conciliar [...] É muito cansativo.

Quanto à rotina de trabalho dos Técnicos em Enfermagem na ESF, esta pesquisa revelou que, no cenário estudado, as atividades de atendimento diário iniciam com o preparo do cliente para consultas médicas ou de enfermagem. Este preparo consiste na aferição das medidas antropométricas, verificação de temperatura e de pressão arterial, o que pode ser evidenciado nos depoimentos que se seguem:

Quando chego à unidade sempre vou para o preparo [...] só depois é que eu vou para o setor que eu estou escalada. **Gardênia**

Chego, vou para a sala de preparo, preparar os pacientes que vão para as consultas. Consiste em atendimento da médica [...], preparar os usuários para o atendimento das enfermeiras [...]. **Girassol**

Nessa realidade, o modelo de organização do trabalho nas Unidades estudadas visa atender às necessidades oriundas da demanda espontânea e a realização de atividades que complementam as consultas médicas e/ou de enfermagem, conforme pode ser verificado neste estudo. Verifica-se a insuficiência de um planejamento estratégico do trabalho em equipe, sob

a perspectiva de acolhimento que favoreça a concretização do previsto pela ESF, refletindo em um trabalho rotineiro, mecânico e desprovido de utopia quanto à ESF.

A gente tem que chegar, organizar as salas para os médicos, tem que fazer o preparo dos pacientes, fazer acolhimento, quem faz são os técnicos de enfermagem, que é a mesma coisa dos auxiliares [...]. **Tulipa**

De manhã quando a gente chega vai preparar o pessoal para os médicos atender [...]. **Magnólia**

As atividades desenvolvidas pelos Técnicos, variam entre o atendimento da demanda espontânea e aquelas específicas dos setores onde a enfermagem atua. São muito mais vinculadas ao atendimento das demandas dos profissionais de nível superior do que prioritariamente voltadas para atender às necessidades do usuário ou da comunidade, segundo as falas:

Pela manhã eu fico num setor, por exemplo, no curativo. E à tarde eu faço visita, algumas são programadas, os pacientes acamados e aqueles que não podem vir a unidade a gente vai até eles, ou mães que não fazem as vacinas das crianças, a agente de saúde vai lá, fala com a mãe, faz o agendamento e pessoas com TB [Tuberculose Pulmonar] em tratamento, quando abandonam o tratamento, e curativo dos que não podem vir à Unidade. Temos os grupos de gestantes, de hipertensos, diabéticos. Então, de manhã eu estou no curativo e à tarde nas visitas. E temos o planejamento semanal às sextas-feiras. **Margarida**

Aqui é o seguinte a gente aqui dá 40 horas, de manhã e a tarde. Nós temos um horário para fazer visita domiciliar e o outro para ficar na Unidade nos setores de imunização, preparo, curativo, teste do pezinho, esterilização. **Miosótis**

Também foi constatado que mesmo as atividades de promoção à saúde, apesar de assumidas em alguns momentos, pelos Técnicos em Enfermagem, mesmo assim, estes não se colocam como protagonistas principais. Embora tenham sido citadas, verificamos que não são eles que alavancam tais atividades. Em seus relatos são citadas, de forma tímida, palestras e acolhimento, o que nos fez perceber que na maioria, os profissionais são coadjuvantes nesta área, ficando a depender de outros profissionais, como a enfermeira ou o ACS para realizar tais atividades. Isto detectado na fala de Gardênia, quando é questionado sobre quais as atividades que realiza na ESF.

Visita domiciliar com a enfermeira a: puérpera, acamados, etc. faço vacinas, vou nas empresas como a Guanabara, na fábrica de cuscuz para fazer visita e imunização. Participo com a enfermeira nas orientações nas visitas domiciliares. Eu participo das palestras. Eu poderia dar palestras, mas não gosto porque tenho vergonha, mas a enfermeira me incentiva a fazer orientações a puérpera. **Gardênia**

Estudos revelam que nem sempre as atividades educativas e de promoção à saúde são valorizadas pelos trabalhadores de saúde e, como afirmam Albuquerque e Stotz (2004, p.264),

no dia-a-dia dos serviços de saúde, porém, pouca ou nenhuma importância é dada às ações educativas. Trabalhos em grupo são muitas vezes marginalizados, os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados, a infra-estrutura necessária é escassa e de difícil acesso aos profissionais.

O espaço de uma USF quer seja no seu interior, quer na comunidade ou no domicílio, é privilegiado para a realização de ações educativas, sendo em geral, local onde podem ser realizadas várias atividades coletivas, entre elas, a atividade de sala de espera, que propicia a abertura de espaço para discussões, com esclarecimentos aos usuários sobre assuntos relacionados à saúde e cidadania, enquanto aguardam consultas e exames. Outro espaço educativo são os grupos a serem criados e mantidos de acordo com a demanda e dinâmica própria da Unidade e das equipes, como, por exemplo, grupos de hipertensos, diabéticos, adolescentes, gestantes, entre outros, com reuniões semanais, voltadas para usuários previamente cadastrados.

A gente faz tudo que o auxiliar de enfermagem faz. Faz curativo, injeção, acolhimento, reunião de DST. Palestra de corredor. Essas palestras a gente improvisa, a gente inventa. Agora, o planejamento familiar é uma escala. **Jasmim**

Realizo curativo, vacina, palestras, que fazemos na sala de espera. Tem também a receptividade, o acolhimento, que é quando a gente vai orientando sobre os nossos serviços que a gente tem [...]. **Dália**

Embora possamos constatar no presente estudo, que os Técnicos em Enfermagem executam atividades educativas, fica evidenciado que as mesmas são restritas e, quando ocorrem, é por ocasião do acolhimento ou das visitas e que, em geral, são incipientes. Dado o valor dessas atividades, urge que o Técnico seja incentivado a participar, utilizando-se de seu

potencial técnico/educativo, enquanto prática transformadora, na perspectiva do cuidado integral e de qualidade.

A pouca participação do pessoal de nível médio de enfermagem em atividades de promoção à saúde também foi observada por Shimizu et al. (2004), em estudo sobre a prática do auxiliar de enfermagem no PSF. Nele, concluíram que eram poucas as ações de orientação sanitária, realizadas por esse pessoal, seja no âmbito individual ou coletivo, o que deveria ser, de acordo com as diretrizes do programa, uma de suas principais funções.

Entre os participantes deste estudo, apenas um Técnico em Enfermagem se mostrou bastante interessado em realizar ações educativas, tendo inclusive salientado que utiliza técnicas teatrais como recursos nas ações educativas, informando que iria se inscrever para um curso de teatro, promovido pelo SMS, ainda no semestre em curso, conforme demonstrado na fala a seguir:

Como técnica de enfermagem, faço vacinas, teste do pezinho, preenchimento da ficha de citologia, mapa da BENFAM. Damos orientações, fazemos visita domiciliar, o preparo e ainda curativos. Faço também teatro e palestras educativas.

Margarida

No trabalho em equipe nas USFs, os profissionais de enfermagem, dentre eles os Técnicos e os Auxiliares de Enfermagem, sentem grande dificuldade de atuação, talvez por ter recebido, na maioria das vezes, uma formação voltada para o modelo biomédico, cujas ações privilegiam as técnicas, quase que exclusivamente, para o nível individual de atenção.

Observamos que, embora no cenário da ESF, a ênfase seja em torno da promoção da saúde, atualmente estes profissionais ainda realizam atividades de caráter predominantemente curativo, descontextualizadas das ações de promoção e proteção da saúde; a diferença é apenas por estar numa Unidade de Saúde ou no domicílio do usuário, conforme podemos verificar na falas dos entrevistados quando se referiram às atividades que realizam no PSF.

Todavia, sendo os auxiliares e Técnicos em Enfermagem as categorias que estão cotidianamente no cuidado direto com o usuário, seja nas atividades das Unidades de Saúde ou no domicílio, seria de grande valia que esses profissionais, a partir da aquisição de conhecimentos apreendidos, desde a formação, compreendessem o fazer na plenitude do saber científico.

A esse respeito, ao analisar o processo de trabalho dos Auxiliares de Enfermagem qualificados pelo PROFAE, Peduzzi (2003) confirma que os Técnicos em Enfermagem, categoria que juntamente com os Auxiliares representam 50% da força de trabalho na área da saúde, respondem pelo cuidado direto à clientela, porém, não se apropriam do saber técnico gerado no campo da enfermagem, saber este que fundamenta as intervenções junto aos usuários. A autora ainda destaca que a característica do saber do Auxiliar de Enfermagem é o uso das técnicas de enfermagem que consistem na primeira forma organizada de saber da área de Enfermagem.

Assim sendo, concordamos com Alves (2004, p. 49) quando afirma que

pensar no PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, assistência integral e continuada às famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas no PSF.

O estudo possibilitou-nos verificar que, nas USF, ainda predomina o modelo biomédico, uma vez que, as informações verbais, dos Técnicos em Enfermagem denota que o atual nível de organização do processo de trabalho na ESF não tem levado à quebra da hegemonia, havendo prioridade de atividades curativas, no cotidiano do trabalho das equipes. Observamos ainda que, mesmo estando ocupando espaços na equipe de saúde e na comunidade, o mesmo concentra o foco de sua atuação nos procedimentos curativos, como tratamentos de feridas, verificação de sinais vitais, coleta de sangue nos domicílios e/ou outros procedimentos que vêm complementar a atividade médica, em detrimento das atividades de promoção da saúde.

5.2.2 O FAZER PRÉ-DETERMINADO: A ESCALA COMO FATOR DE (DES)AUTONOMIA

Quando questionados sobre como são estabelecidas as suas atividades na USF, embora relatem o planejamento em equipe, os Técnicos em Enfermagem foram enfáticos em

citar a escala como elemento constitutivo dessa coordenação, conforme podemos ver nos depoimentos abaixo:

Nós temos uma reunião semanalmente, na sexta-feira o PSF é só pela manhã, e a tarde a gente senta para fazer o planejamento. Uma semana uma equipe planeja, na outra semana, a outra e no final do mês a gente senta junto para planejar para poder executar [...]. **Girassol**

[...] e temos o planejamento semanal às sextas-feiras, quando temos avaliação e vemos o que vamos fazer na próxima semana [...] Há um rodízio entre os setores. Quando eu chego já sei qual o setor que eu estou. Tem uma escala trimestral. Primeiramente vou para o preparo, depois arrumo as salas e depois assumo meu setor, cada uma em seu setor para atender ao paciente. **Margarida**

Os profissionais identificaram, como uma das principais estratégias adotadas pela Unidade de Saúde, as reuniões periódicas de equipes para avaliação e planejamento, além de ressaltarem a supervisão feita pelas enfermeiras da própria Unidade. Referiram também que essas reuniões têm como objetivo avaliar as atividades já realizadas na semana e planejar as próximas, contribuindo para o trabalho em equipe. Contudo, os participantes relataram que as suas atividades são estabelecidas por uma escala, conforme nos revelam em seus depoimentos:

São estabelecidas por escala. Em caso de necessidade de mudar o setor. Essa escala é mensal, todo mês tem o rodízio. **Verbena**

É através de uma escala que é feita por uma enfermeira. O grupo de técnicas é muito coeso. Uma colega cobre o trabalho da outra, se for necessário. A escala é bimestral ou trimestral ou muda de acordo com a necessidade. **Amor Perfeito**

A enfermeira faz a escala. É assim: são seis auxiliares na unidade, três auxiliares ficam nos setores e três ficam na atividade externa. Se a colega da minha equipe faltar, aí eu tenho que cobrir o setor dela naquele dia. [...] Quando a colega da equipe falta a gente cobre as atividades dela. A escala passa mais ou menos dois ou três meses. Sempre vai se alternando todo mundo todos os dias, entre as atividades internas e externas, aí atinge todo mundo. **Crisântemo**

Eu ainda não estou bem a par disso aí. Eu me sento com o agente, pergunto a ele, pergunto ao agente, para saber o que nós teríamos para fazer na semana. Depois eu pergunto à enfermeira. Eu não tenho idéia do que fazer diretamente na semana. Por exemplo, nas caminhadas de grupo, dos diabéticos, dos hipertensos. Essas caminhadas geralmente são programadas pelo agente. **Dália**

O estudo possibilitou constatar que os Técnicos em Enfermagem, seguem uma escala previamente definida pela enfermeira, à qual cabe coordená-los e supervisioná-los e que as atividades que executam privilegiam o atendimento de cuidados pontuais,

comprometendo as demais atividades educativas e coletivas, para o atendimento das demandas da USF.

[...] Aqui são quatro enfermeiras, sempre uma é escolhida para fazer a supervisão da enfermagem. Ela divide, faz a escala do mês. A enfermeira determina os nossos afazeres dentro da Unidade. **Violeta**

Verifica-se que, embora seja previsto que os Técnicos em Enfermagem, enquanto membros da equipe, devam participar do planejamento das ações coletivas, neste estudo verifica-se que tal ação não aparece como prioritária para eles, visto que relatam que cumprem uma escala de atividades para atendimento das necessidades da USF, fora do planejamento da equipe. Sendo tal trabalho, determinado pela enfermeira e não resultado de um planejamento participativo, não surtindo um efeito pedagógico; o que pode vir a reforçar a divisão de saberes e poderes, tão presente na história da Enfermagem. É o que podemos verificar no relato de *Amor Perfeito* ao discorrer sobre fatores que dificultam a sua atuação.

A falta de organização; a falta de um projeto a ser seguido, um planejamento. A falta de estrutura e de condições de trabalho. E o cansaço também, porque é um trabalho estressante e cansativo. **Amor Perfeito**

Paim (2004, p. 6), discorrendo sobre a participação dos sujeitos no planejamento do trabalho e a supervisão, como aspecto pedagógico, alerta para as relações de poder que se estabelecem na vida cotidiana das equipes. Para ele,

o controle democrático sobre o processo de trabalho não pode ser escamoteado. Não se trata do controle interno efetuado verticalmente pela enfermeira sobre os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ignorando-se como se dá o trabalho do médico e do dentista, mas de alternativas de supervisão de equipes que problematizem o autoritarismo dos profissionais e mesmo dos agentes comunitários de saúde sobre os usuários e que fomentem valores de autonomia e de emancipação dos sujeitos.

Para Matumoto et al. (2004, p. 10), a supervisão de equipes deve apresentar-se como um dispositivo para a “construção da grupalidade”, na qual o trabalho possibilita às próprias equipes a auto-análise e a autogestão, na perspectiva do redimensionamento da lógica de produção de procedimentos para a lógica de cuidados e do modo técnico de fazer para o usuário-centrado.

Neste sentido, o trabalho realizado por Villa et al. (1989), com enfermeiros da rede básica e da área hospitalar, constatou que, em relação à administração da assistência de enfermagem, os enfermeiros, pertencentes aos dois níveis de assistência, não seguem as etapas do planejamento participativo como subsídio ao cuidado humano, no sentido da coerência epistemológica. Talvez, afirmam as autoras, fosse importante pensar sobre o perfil do profissional que o serviço precisa.

Em relação ao processo de trabalho e à prática do Auxiliar/Técnico em Enfermagem nas Unidades Básicas, o estudo de Villas Bôas (2004) revela que, exceto por experiências bem pontuais, estas têm ocorrido de forma predominantemente restrita ao desenvolvimento de procedimentos nos setores de enfermagem.

Na medida em que o trabalho dos Técnicos em Enfermagem, é orientado por uma escala de atividades e restritas a setores da USF, percebe-se que se torna um modelo fragmentado em que cada trabalhador de enfermagem fica com uma parcela de atividades, sem ter uma visão do todo.

O fato de os Técnicos em Enfermagem afirmarem depender da escala para o desempenho de suas atividades no cotidiano da Unidade de saúde parece contribuir para que eles exerçam as funções profissionais sem grandes dificuldades. No entanto, na medida em que ficam restritos a uma escala de atividades, os profissionais podem estar sendo levados a perder a autonomia de participar das atividades coletivas ou de planejar a atenção para as famílias que estão sob sua responsabilidade.

Verifica-se que existem dois modelos de gestão do trabalho na realidade da ESF: de um lado, as equipes da USF, com planejamento coletivo, visando as ações de proteção, promoção e recuperação da saúde, de forma interdisciplinar; de outro, mais restrito, persiste o modelo de “equipe de enfermagem”, se contrapondo aos princípios do processo de trabalho coletivo e integrado da Estratégia Saúde da Família.

Há necessidade de se operar mudanças na prática da enfermagem, para que o cuidado integral seja implementado, o que requer a busca da superação da dicotomia entre a concepção e a execução, entre o trabalho manual e intelectual, o que poderia ocorrer em uma situação de definição de um projeto coletivo em defesa da saúde e vida.

Desse modo, haveria uma outra tendência ao trabalho cooperativo, de caráter interdisciplinar, desenvolvido pelos trabalhadores da saúde, sem, contudo, especificar em torno de que projeto esta interdisciplinaridade se concretizaria, pois, o projeto é único.

Além disso, quanto à organização do trabalho, verificou-se que os Técnicos seguem um sistema de rodízio entre os setores da Unidade. Este sistema parece favorecer os Técnicos em Enfermagem para que tenham oportunidade de conhecer os diversos setores da USF, possibilitando as possíveis substituições entre funcionários, assegurando assim, a continuidade do cuidado, como revela a seguinte fala:

É um rodízio: é uma escala que as enfermeiras fazem para gente. Aí a gente cumpre essa escala. Que é para todo mundo participar de tudo. **Magnólia**

Constatou-se ainda que há uma alternância, de modo que as atividades sejam realizadas em horários diferentes, isto é, em um turno o Técnico está na Unidade e no outro, ele pode estar fazendo visitas domiciliares, por exemplo.

Embora não seja preconizado, na realidade das USFs estudadas, a forma de organização das atividades difere entre elas, considerando-se as suas especificidades. Em geral, são organizadas atividades por turno, de modo que se planejam diferentes ações entre os mesmos.

Dessa forma, os Técnicos em Enfermagem executam o cuidado, a organização do trabalho e a articulação das ações, com a supervisão do enfermeiro, atendendo à finalidade de oferecer assistência de enfermagem aos usuários dos serviços de saúde.

Pelo que se depreende neste estudo, a sua atuação está pautada numa prática profissional sem criticidade, engessada em um processo de trabalho, onde executam ordens que atendam às necessidades demandadas de outros profissionais – médicos e enfermeiros ou do próprio ACS, ou mais raramente do usuário ou da própria comunidade, – necessidades estas que poderão aparecer, referindo-se às visitas domiciliárias não planejadas, quando o profissional fica à mercê das ocorrências e/ou eventuais necessidades. Desse modo, constitui uma prática realizada de forma passiva, sem questionamentos por parte dos profissionais, conforme vemos nos relatos:

Eu ainda não estou bem a par disso aí [...] eu me sento com o agente, pergunto a ele, pergunto ao agente, para saber o que nós teríamos para fazer na semana [...] Eu não tenho idéia do que fazer diretamente na semana. **Dália**

Chego pela manhã 07h30min, vejo os pacientes que vão para a médica. Vejo as prioridades, quem não marcou ficha, quem não tem e precisa ser encaixado. **Hortência**

Também quando precisa para fazer curativo, retirada de ponto, verificar uma pressão do paciente, o cliente solicita a gente vai a casa do cliente e presta esse serviço.
Camélia

Esse resultado reflete que de certa forma, que esses profissionais foram preparados para ser conduzidos, não estando despertos para a capacidade de fazer uma análise crítica das práticas que realizam.

De acordo com Paim (2004, p.9),

os trabalhadores de saúde que têm sido formados, conformados e reformados como “sujeitos assujeitados” dentro e fora das universidades têm muita dificuldade de estabelecer relações educativas dialógicas junto aos cidadãos. É ilustrativo o fato de os profissionais do PSF, mesmo em municípios que o adotaram como estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde, apontarem dificuldades para o desenvolvimento de práticas educativas [...] na medida em que os profissionais de saúde não têm sido preparados para ser sujeitos autônomos face à educação bancária que recebem e à supremacia da cultura biomédica, não é de estranhar a reprodução dessas relações junto aos pacientes, às famílias, e às comunidades.

Desse modo, a inconsciente subjugação profissional e a intenção de não se responsabilizar pelo próprio conhecimento são condições, que favorecem a prática profissional não fundamentada técnica e cientificamente, pautando-se a realização dessas práticas profissionais apenas no conhecimento empírico e na experiência acumulada, sem acompanhar a evolução das políticas e práticas de saúde.

Para Demo (1997), isso demonstra que existe um descompromisso com a criticidade e uma aceitação da realidade sem qualquer questionamento ou problematização, ainda acrescenta que cabe à educação desenvolver autonomia aos educandos de modo que se construam profissionais críticos, reflexivos, éticos, capazes de analisar situações e de buscar soluções que possam redimensionar a realidade.

Espera-se assim, que a formação profissional, bem como a educação continuada, levem ao desenvolvimento de uma prática comprometida com a criticidade, que compreenda a complexidade do processo saúde-doença, contudo, sem uma simples aceitação da realidade, para que possam contribuir com o redimensionamento da realidade na qual estão inseridos.

5.2.3 SABERES DA PRÁTICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS QUE SE APRESENTAM AO FAZER DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM.

A Portaria 648/2006, do MS, ao descrever as atribuições comuns a todos os profissionais aponta um “novo” modo de produzir saúde, gerado pelo esforço coletivo e integrado. Tais diretrizes comuns, espelhados nos princípios gerais do SUS, geram novos saberes/fazer que demandam desafios a ser enfrentados no dia-a-dia das equipes (BRASIL, 2006).

Esses atributos ressaltam, dentre outras competências, a co-responsabilização no processo de territorialização e mapeamento da área adscrita; a realização de ações de atenção integral, a partir da necessidade de saúde local e das prioridades e protocolos da gestão local; a realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas tanto nas ações programáticas, como de vigilância à saúde e da demanda espontânea; realização de busca ativa e notificação compulsória ou não de doenças e agravos e de outras situações de importância local, garantindo a qualidade dos registros de informação; a promoção da escuta qualificada visando ao atendimento humanizado e ao estabelecimento do vínculo; a participação das atividades de planejamento e avaliação das ações; estímulo à mobilização, participação da comunidade, para o efetivo controle social, bem como a identificação de parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe; participação nas atividades de educação permanente.

SÁ (1999) já alertava para as exigências direcionadas aos profissionais da área da saúde, ante o novo modelo tecno/assistencial, colocando para os trabalhadores, em especial, os da enfermagem, o desafio de se constituírem em indivíduos que disponibilizem suas práticas a serviço da vida, implementando novas experiências, inaugurando novos processos de trabalho, humanizando o atendimento, acolhendo e resolvendo as necessidades de saúde da população.

Entretanto, ainda observamos o predomínio de processos de trabalho que refletem a resistência em fazer diferente em saúde. Um deles é o da enfermagem que organiza o seu trabalho de forma compartimentada, sem lançar mão de espaços de planejamento, debate e construção coletiva, possibilitados pela ESF.

Atualmente se verificam duas grandes tendências na formação e na escolha do fazer na enfermagem: de um lado, o crescimento das especializações dentro da profissão, a

competição entre outras profissões congêneres e o desenvolvimento de habilidades com as tecnologias modernas; e, de outro, a ESF, com as propostas de uma ação integralizadora e interdisciplinar do cuidado com a saúde.

Neste sentido, faz-se necessário que os profissionais inseridos na ESF estejam abertos a se apropriar de novos conceitos e concepções, mesmo que isto lhes custe a desconstrução de conhecimentos anteriormente adquiridos, com o objetivo de compreender o novo paradigma da saúde e, por conseguinte, alcançar a ampliação do novo fazer em enfermagem junto ao processo de trabalho em equipe interdisciplinar.

Para Azambuja et al. (2007, p. 72), os trabalhadores integrantes de uma equipe multidisciplinar “têm como desafio transformar o modo como percebem e realizam o fazer, e estender as suas ações para fora dos muros das Unidades”, percebendo a realidade e as necessidades *in loco*, onde as famílias vivem, relacionam-se e produzem, visto ser a família o principal objeto de atenção. A ESF contempla aspectos relevantes que compreendem a territorialização, com a adscrição de clientela, a criação de vínculo equipe/usuário e o aumento da oferta de serviços de saúde e de suas áreas de abrangência.

Em se tratando dos desafios que se apresentam ao fazer do Técnico em Enfermagem, vemos que muitas das dificuldades enfrentadas por esses profissionais são consequência da formação que receberam ou da ausência de capacitação permanente.

Eu tenho o auxiliar há muitos anos. Primeiro eu fiz o curso de parteira na maternidade em 1969 [...] fiquei trabalhando em hospitais, trabalhei em vários lugares. Depois eu fiz o concurso no estado, estou com 28 anos de estado. Depois eu fiz o auxiliar pelo provão (pelo supletivo), porque já estavam exigindo. Aí quando foi em 2002, quando eu tava trabalhando no pronto-socorro, surgiu essa oportunidade. Quando me perguntam: onde você fez seu técnico? Eu digo na melhor escola de Natal [risos] [referindo-se à EEN/UFRN]. **Lírio**

No início quando eu cheguei, foi uma surpresa. Por que eu não sabia o que era o PSF. Mas quando eu cheguei aqui fui me adaptar ao que era o sistema do PSF, como era o programa, o serviço daqui, o que era que a equipe oferecia para população, como era que funcionava. Fiquei até meio assustada, mas... fui tentando me acostumar e aprender justamente como que era a situação do PSF. Antes não, mas agora eu me vejo segura. Porque a gente já sabe como é que é. **Orquídea**

A gente só acha que vem pouco curso para o pessoal auxiliar e técnico, vem mais para o agente de saúde. **Petúnia**

Pesquisa realizada por Germano et al. (2007) sobre a capacitação das equipes do PSF revelou que os Auxiliares e Técnicos em Enfermagem também destacaram o

Treinamento Introdutório entre as capacitações, das quais participaram, naquele período. Assim como neste estudo, essa pesquisa evidenciou que outras capacitações foram mencionadas, porém de forma pouco expressiva, tendo em vista o limitado número de participantes. O estudo citado corrobora o dado de que essa categoria tem tido poucas oportunidades de acesso a cursos que seriam importantes para sua prática profissional.

Os autores do referido estudo mostram a política de educação permanente em saúde como uma estratégia para recompor as práticas de formação, afirmando:

É de fundamental importância investir em políticas de formação e educação permanente de recursos humanos que levem à interdisciplinaridade, à articulação ensino/trabalho, à superação das práticas flexnerianas, incluindo igualmente as dimensões éticas e humanísticas orientadas para a cidadania. Nesta concepção surgiram os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), como uma política incentivada pelo Ministério da Saúde (GERMANO et al., 2007, p. 109).

Consideramos que tanto a formação quanto a qualificação e a capacitação podem constituir vias de possível transformação da prática, bem como uma possibilidade de incentivo aos profissionais, de modo a se sentirem valorizados e com competências que lhes assegurem a autonomia profissional necessária para um fazer diferente e comprometido com as diretrizes da ESF. Desse modo, concordamos com Ceccim (2004-2005, p. 165) ao afirmar que a

condição indispensável para uma pessoa decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (de incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se constata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

Outro aspecto a ser mencionado acerca da formação/qualificação do Técnico em Enfermagem diz respeito à esfera de suas competências.

O relatório da pesquisa realizada pelo MS, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), cujo objetivo foi avaliar o impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde, mostrou que no nível da atenção hospitalar é perceptível a ausência de distinção entre o trabalho do Auxiliar e do Técnico em Enfermagem. O que concluiu a referida pesquisa não é exceção nos três hospitais estudados, pois também foi observado a mesma situação, em outra pesquisa, de abrangência nacional, desenvolvida pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), sobre o “Perfil de Ações do Técnico de Enfermagem no Brasil”, (CHRISTÓFARO; MELO; GUSSI, 2003).

A citada pesquisa assinala uma imprecisão conceitual sobre a competência do Técnico em Enfermagem, à medida que mostra uma indefinição quanto à atuação desse profissional, referindo as “atividades que faz”, as “atividades que faz e não deveria fazer” e, por fim, as “atividades que não faz, mas poderia e deveria fazer” e analisa que tal situação de trabalho penaliza econômica, ética e socialmente o profissional (CHRISTÓFARO; MELO; GUSSI, 2003, p. 33).

Se tomarmos em consideração as demandas da ESF, observaremos que as necessidades de capacitação de pessoal, neste modelo de atenção, assumem dimensões bem maiores, pois estão relacionadas não só com o quantitativo desejado, mas, fundamentalmente, com a transposição de um perfil profissional, até então, moldado em outro contexto técnico e social (NOGUEIRA, 2002).

Um outro desafio que se apresenta ao fazer do Técnico em Enfermagem é a participação em atividades de promoção à saúde. Conforme já dimensionado neste estudo, as atividades desenvolvidas por esse profissional na ESF, são predominantemente de natureza curativa. Tanto é verdade que a pouca capacitação dos Técnicos em enfermagem na área da promoção da saúde foi percebida em estudo realizado por Shimizu et al. (2004, p 715-716) em relação à sua prática com grupos. As autoras observaram que esses profissionais utilizam-se de métodos pedagógicos tradicionais e não se sentem preparados para desenvolver técnicas mais participativas, porque a maioria sente que não recebeu instrumentalização necessária durante a sua formação e nem ao ingressar no PSF.

As participações dos Técnicos em Enfermagem em atividades de caráter coletivo – continuam as autoras – ainda não são suficientes, exigindo, portanto, avaliações mais aprofundadas que permitam mensurar as respostas para as necessidades da população e, conseqüentemente, o alcance da saúde coletiva.

Embora as diretrizes da ESF especifiquem os perfis, competências e responsabilidades dos vários atores envolvidos com a atenção à saúde. No contexto estudado verifica-se que a prática profissional dos Técnicos em Enfermagem carece de reavaliações e tomadas de decisão, no sentido de ajustar e redirecionar o trabalho nesse campo de atuação, sobretudo no que se refere à incorporação da autonomia profissional, bem como à ampliação da atuação nas ações de proteção e promoção da saúde.

5.3 ENCANTOS E DESENCANTOS NO DESABROCHAR DE UMA NOVA PRÁTICA

Denominamos esta parte do trabalho de Encantos e Desencantos em consequência não só das falas dos entrevistados, mas das suas expressões faciais, dos seus gestos e dos seus silêncios. Nela, estão contidos os depoimentos que revelam os fatores que facilitam ou dificultam a atuação do Técnico em Enfermagem e como ele se vê frente à ESF.

Assim, ao analisarmos os fatores facilitadores, encontramos quatro aspectos, os quais, para melhor compreensão do leitor, foram agrupados da forma a seguir: os inerentes à própria subjetividade de cada um, ou seja, o gostar do que faz; os relativos ao conhecimento; os ligados à organização do trabalho; e os relacionados ao vínculo com as famílias/comunidade.

Desse modo, os Técnicos expressaram:

Primeiro, é que apesar de estar muito desapontada com o PSF, eu gosto muito de trabalhar aqui. Gosto do que faço e gosto de fazer direito, acho que faço direito [sorrisos]. Segundo, é que apesar de tudo, vejo que se tem feito alguma coisa pela saúde da população. Se conhece melhor os problemas dela. **Amor Perfeito**

É o querer dar junto com a população. O amor à profissão e o compromisso que a gente tem que ter. Isso facilita muito. Se não tiver o querer realmente, o compromisso, você não tem como desenvolver suas atividades. **Camélia**

O que facilita? Porque eu gosto do que eu faço. Eu gosto. **Hortência**

Primeiro porque a gente gosta muito do que faz e quando a gente gosta do que faz a gente sempre dá aquele jeitinho, porque às vezes falta material e quando tem é muito bom. Tendo como trabalhar, eu acho que facilita. **Rosa**

Sinceramente, a coisa vem da força de vontade mesmo, porque incentivos não se tem muito não. Você é desestimulada do primeiro minuto que chega até o último, eu sinto isso. ...É a força de vontade mesmo, a persistência, por que se não for isso, eu pelo menos... **Sempre Viva**

O que facilita acho que é só a boa vontade de trabalhar mesmo. Porque as dificuldades são muitas. A vontade de servir à população é só o que facilita [...]. Tanto a gente está ajudando como está aprendendo cada vez mais. **Lírio**

Observamos que, mesmo diante dos desapontamentos e das dificuldades enfrentadas no dia-a-dia do trabalho na USF, os Técnicos em Enfermagem, imbuídos de uma particular vontade e investidos de compromisso, sentem-se desafiados a somar esforços com outros atores sociais da Estratégia, com o intuito de verem implementadas as ações planejadas pela equipe de saúde da família.

Além disso, verifica-se que as opiniões dos mesmos são permeadas por conflitos interiores de cada um, na medida em que, apesar de alguns perceberem as potencialidades da ESF, referem que, para o trabalho fluir a contento, é preciso ter boa vontade e gostar do que faz, relatando que, embora muitas ações não dependam exclusivamente deles, só se concretizam mediante o “esforço hercúleo” daqueles que dela fazem parte.

Todavia, Peduzzi (2003) destaca que as condições de “gostar do que faz” e “ter amor pela profissão”, são importantes para outros aspectos do cuidado, como nas relações interpessoais, na comunicação, nas ações de orientação de educação em saúde, entre outras coisas; contudo, a autora menciona que isso não é suficiente para a efetivação do cuidado em saúde.

Contraditoriamente, se o esforço coletivo não vier acompanhado de uma ação política/educativa, poderá escamotear as reais condições de trabalho às quais esse profissional se acha submetido, perdendo-se, desse modo, a oportunidade do exercício de cidadania e controle social.

Acrescentamos, retomando a afirmação de Peduzzi (2003), que o “gostar do que faz” não supera a ausência de fundamentação da intervenção no saber do profissional, isto é, representa risco à saúde dos usuários e comprometimento da qualidade da assistência, não pela falta de competência dos profissionais, mas pelo consenso de que lhes bastam noções básicas e mínimas acerca dos procedimentos.

Ainda, no que se refere aos fatores que facilitam a sua atuação, os Técnicos citaram os conhecimentos adquiridos através da formação e destacaram a importância de

conhecer a realidade na qual vivem as famílias assistidas pelos mesmos, como nos revelam os depoimentos:

São os meus conhecimentos, como técnica de enfermagem e também eu tenho muita facilidade de me relacionar com as pessoas. Tem pessoas que é difícil. Se você tem jogo de cintura tenta driblar algumas coisas e vai levando. Se tudo você for se estressar aí pega fogo. **Magnólia**

Primeiro a gente tem que ser uma pessoa conhecedora das coisas, do que você sabe fazer, do que você tem conhecimento, com relação à profissão. O que você está fazendo, até para os colegas vêm a sua segurança. [...] porque eu cheguei aqui com muito medo, do ambiente, com relação ao bairro. Ai meu Deus, quando eu cheguei aqui me deu vontade de voltar de imediato, mas como eu sou aquela pessoa que eu tenho que provar para mim mesma que eu sou capaz, aí resolvi dar um tempo, resolvi ficar, vi que o bicho não era do tamanho que eu tava vendo. Acabei ficando. [...] acabei me acostumando. **Dália**

Na medida em que os participantes destacaram a relevância do conhecimento para a sua prática, ao traçarmos o seu perfil, verificamos a sua participação em treinamentos e capacitações em educação permanente, as quais, segundo eles, ainda que pouco frequentes, são referidas como importantes. Entre as capacitações que realizaram, o destaque maior foi o Treinamento Introdutório ao PSF; embora tenham participado de outros, destacaram os treinamentos em: Imunização, Sistema de Informação na Atenção Básica em Saúde (SIAB), Saúde da mulher (BEMFAM), DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase, entre outros.

Quanto à organização do trabalho, os profissionais destacaram situações, através das quais, pudemos apreender que estas são facilitadoras para a atuação, como vemos nas falas que seguem:

Eu acho que no momento é meu bom entrosamento que eu tenho com a minha enfermeira. Porque a equipe da gente está sem médico. Então dificulta mais ainda. Porque os pacientes eles vêm para a Unidade [...], claro que a gente tem a nossa parte, tem o nosso lado de fazer, só que muitos acham que só o médico é quem faz, o serviço de enfermagem fica muito a desejar, porque o negócio é receita médica e isso aí a gente não pode fazer. Então eu acho que o meu entrosamento com ela me ajuda muito, bastante. Quando é alguma coisa que a gente não pode resolver, a gente pede à médica de outra equipe ou encaminha para outra unidade. **Crisântemo**

Na minha opinião, [...] a equipe que é bem organizada. Nós somos uma equipe bem organizada. Nós temos as reuniões que a gente faz nas sextas-feiras para ver o que foi positivo, negativo, se está faltando alguma coisa, ou o que faltou fazer. A equipe é muito humanizada sabe? A gente trabalha muito em conjunto, os técnicos de enfermagem, a enfermeira, o médico, os dentistas, os ACD. Para a gente fazer um trabalho a gente senta todo mundo na equipe para estudar, para ver como vai ser os grupos de hipertensos, de diabéticos, de gestantes. **Miosótis**

Eu acho que facilita muito assim, é a equipe em si. O agente de saúde que já traz tudo quase pronto: vai à casa do paciente, traz todas as informações, vai com a gente e isso facilita muito. É todo um conjunto que facilita. **Tulipa**

Desse modo, verificamos que, na equipe, os profissionais reconhecem as relações interpessoais, a organização do processo de trabalho através do planejamento e a humanização, como fatores que facilitam a sua atuação na ESF.

Desde o início, o ESF se estabeleceu como um programa baseado no trabalho da equipe, com caráter multiprofissional, envolvendo o Médico, o Enfermeiro, o Técnico em Enfermagem ou o Auxiliar de Enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde, entre outras categorias profissionais. Nela, o espírito de trabalho em equipe foi sempre muito valorizado e se procura evitar que os demais trabalhadores sejam tratados como meros “auxiliares” do médico (FERTOMANI, 2003, grifo do autor).

Assim, a partir das mudanças sugeridas pelo modelo assistencial proposto, o trabalho em equipe tornou-se uma prática idealizada, que vem tentando superar as limitações encontradas no trabalho individual em saúde. Sabe-se que sua dinâmica tende a otimizar o atendimento das necessidades dos usuários, articulando diferentes profissionais e saberes na busca de soluções para os problemas de saúde, em suas múltiplas determinações, organizando estratégias de intervenções de forma pactuada e coletiva.

Assim, trabalho em equipe é definido por Piancastelli (2000, p.46), como “um conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns e um plano de trabalho bem definido”.

Neste sentido, Almeida e Mishima (2001), e Peduzzi (2006) reafirmam que o trabalho em saúde é complexo, composto por múltiplas e heterogêneas profissões, o que, segundo as autoras, exige conhecimentos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde prevalentemente incorporadas nas pessoas.

Nesta pesquisa, os Técnicos em Enfermagem referiram que o fato de serem valorizados pelos usuários através da criação do vínculo com as famílias assistidas pelas equipes de saúde da família, quando estas demonstram reconhecimento da relação estabelecida entre ambos, isto lhes facilita a atuação profissional, como podemos apreender através das falas:

É o reconhecimento que os pacientes têm comigo, o meu vínculo. Quando eles vêm, eles não procuram ninguém não, me procuram, sabe que eu sou o técnico de enfermagem da área e eles me procuram. **Jasmim**

Facilita assim, por que quando a gente trabalha no sistema básico, que não é PSF, você não se envolve muito com a população. E o PSF não, facilita mais você conhecer a pessoa, não só na parte curativa, mas a parte psicossocial daquela pessoa, daquela família, aí isso facilita até assim como a gente tratar, como a gente conversar, e tentar solucionar alguns problemas daquelas pessoas. Você tem uma abertura maior. Em outro serviço que não é PSF, a gente trabalha muito naquele curativo de vir fazer e sair, do atender. E no PSF não, você está atendendo à pessoa aqui e está lembrando dela lá quando você faz a visita, daquela situação, quantos filhos tem, às vezes tem um marido alcoolista [...]. Lembra do contexto, da história daquela pessoa. Isso facilita, é muito bom, a gente cria um vínculo. Quando a pessoa faz o pré-natal que a gente acompanha, aí vem para o teste do pezinho, para as vacinas, você vai criando aquele vínculo. [...] Você fala com a pessoa sabendo da realidade dela. **Petúnia**

Para mim o que facilita é [...] a ligação com a comunidade. E é o que eu gosto de fazer. Se você tem uma ligação, você tem o prazer de fazer para aquelas pessoas. Você parando para ouvir alguém você tem uma solução, você tem como dizer um não sem magoar. **Verbena**

[...] O que facilita para mim no PSF acho que é o nosso convívio com a população. A gente fica mais a par do que é uma realidade da família, o que está acontecendo, o programa mesmo leva você a chegar lá dentro mesmo onde está a população, e ouvir o que está acontecendo com o paciente, você sabe o que ta acontecendo com o paciente, você faz o acompanhamento, você vê se ele progrediu ou regrediu, se o posto não está dando suporte se você vai procurar outro suporte. **Orquídea**

[...] Eu aprendi a fazer acolhimento. Em outro posto de saúde o paciente tira a ficha, a gente pesa, coloca pro médico estamos conversado, aqui não, a gente tem que fazer essa parte de acolhimento. Porque o agente de saúde chega e diz: olhe eu trouxe esse paciente aqui para se resolver esse problema, aí a gente tem que fazer aquele elo, tem que tentar para aquele paciente ser atendido não deixar aquele paciente voltar para casa sem ser atendido. **Violeta**

Observamos que os Técnicos em Enfermagem mantêm uma estreita relação com as famílias adscritas, demonstrando valorizar esse envolvimento, como também, o conhecimento que passa a ter da realidade em que essas famílias estão inseridas, afirmando ser isto fundamental para o desenvolvimento de suas ações. Essa compreensão é pertinente, visto que, na conjuntura da ESF, as famílias passam a ser compreendidas nos espaços sociais em que vivem, ou seja, em seus domicílios e comunidades.

A saúde coletiva representa a área de conhecimento do serviço público que mais apresenta relações de interface com as famílias que dela se beneficiam, visto que está presente no dia-a-dia das mesmas, seja desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção ou cura dos agravos em saúde a que estão sujeitas.

Franco e Merhy (2006) entendem a ESF baseada nas diretrizes do acolhimento, vínculo/responsabilização e autonomização do usuário. Definem acolhimento como manter a Unidade de Saúde acessível, a todos os usuários que dela necessitarem, mediante a escuta qualificada; já o vínculo é o estabelecimento de referência dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores; e a autonomização é o resultado da produção de cuidados que represente ganhos de autonomia, melhorando, de forma singular, as suas condições de vida.

Contudo, deve-se considerar que as relações entre os trabalhadores de saúde e usuários, historicamente, se pautaram por diferenças de poder baseadas no saber técnico: quem fala detém o poder de prescrever ao outro como proceder. O vínculo pressupõe outra forma de relação com horizontalização e reconhecimento do outro como detentor de poderes/direitos e saberes/culturas.

Todavia, embora isso possa constituir uma verdade do ponto de vista teórico, na prática, as relações ocorrem, muitas vezes, de modo conflituoso, dada à diversidade das variáveis que interferem, sobremaneira, nos vários segmentos que compõem o sistema de saúde como um todo.

Através da análise das falas dos profissionais, acreditamos que estes reconhecem o valor do trabalho baseado na construção de uma relação de proximidade com a família/comunidade, com vistas à criação de vínculo entre profissionais e usuário, como uma investida para melhorar o acesso destes à Unidade de Saúde, como diz o entrevistado:

Eu me identifiquei muito com o serviço desde o início, eu fiz o primeiro concurso. Eu estou desde o início. [...]. Eu vim para o PSF já sabendo que eu vinha para aquilo. Eu gosto de atender o paciente. É um programa onde a gente se envolve muito com o paciente. Porque é diferente de hospital, onde você dá plantão de doze horas, você chega, vai embora. No PSF você entra e se envolve mesmo. Para trabalhar no PSF você tem que se envolver com a equipe, conhecer as famílias, assumir o compromisso e se envolver com os profissionais que querem avançar. Se você não tiver um pouco de equilíbrio chega a ser até ruim. **Margarida**

A afirmação reflete a necessidade do vínculo profissional/usuário como também expõe a diferença existente entre o modelo proposto pela ESF e outros níveis de complexidade da atenção.

A ESF adota a diretriz de vínculo pela adscrição da clientela, de seiscentas a mil famílias em um determinado território, que se liga a uma equipe, a qual passa, segundo Franco e Merhy (2006, p. 103), a ser a “porta de entrada” do serviço de saúde, favorecendo a efetivação do vínculo entre ambos.

Contudo, há de se admitir que, ante a complexidade das relações interpessoais, o modelo de organização, ora implementado nas USFs, não atende satisfatoriamente às demandas, comprometendo a efetivação do grau de confiabilidade exigida para gerar e manter o vínculo necessário entre esses atores.

No que se refere aos fatores que dificultam a atuação do Técnico em Enfermagem na ESF, após a análise das falas, localizamos aspectos inerentes à organização do trabalho aos quais associamos a infra-estrutura e recursos materiais, bem como aqueles ligados ao relacionamento interpessoal dos profissionais.

Tomar a prática dos Técnicos em Enfermagem, como objeto de análise, implica estabelecer relações com os modelos de atenção à saúde. Para Franco e Merhy (2006), é necessário situar esta temática na gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: individual e coletivo e que compreendam as múltiplas dimensões do fazer em saúde. Desse modo, os autores afirmam que a mudança do modelo assistencial dá-se, entre outras coisas, a partir da reorganização do processo de trabalho.

Segundo Pires (2004, p. 314), até hoje, o trabalho coletivo vem sendo influenciado pelas concepções taylorista/fordista, cuja lógica penetra em setores da economia como o setor de serviços, incluindo o setor saúde, no qual existem vários problemas decorrentes da organização do trabalho, entre os quais, segundo a autora, destacam-se:

Fragmentação do trabalho com especialização dos trabalhadores para o exercício de tarefas delegadas; hierarquia rígida e controle gerencial do processo de produção; desequilíbrio nas cargas de trabalho; separação entre concepção e execução, levando à desmotivação e à alienação do trabalhador.

Neste sentido, no que se refere à organização do trabalho, os Técnicos em Enfermagem destacaram:

[...]. Outra dificuldade é que aqui neste bairro era para ser seis equipes de PSF, no entanto nós só temos três equipes. E nós não podemos deixar o restante do pessoal sem atendimento, então você atende ao PSF e atende ao modelo tradicional [...].

Petúnia

O que eu sinto que dificulta e que é angustiante é a gente dar sempre não, ao paciente. Ele chega aqui, a necessidade é tão grande, principalmente, quando precisa de uma consulta e tem coisas que não estão ao nosso alcance. Às vezes a demanda é grande que o médico não pode atender e a gente dá um não. **Rosa**

Eu acho que é a falta de recursos. Muitas vezes eu quero fazer um curativo, mas não tem material. A gente orienta um paciente, vem para o médico e ele dá uma ficha de referência, encaminha o paciente e não tem esse especialista, quando tem, demora a marcar. Quando consegue, o paciente não tem dinheiro para ir para a consulta. Às vezes o médico passa uma dieta, um remédio, e não tem aqui, isso dificulta. A gente faz a parte da gente, mas quando chega na parte financeira do paciente... aí isso dificulta porque não tem como complementar esse trabalho. **Hortência**

O espaço físico da Unidade, que é péssimo, é horrível. Só isso aí, porque é difícil, o corredor é estreito, o pessoal não tem onde ficar fica tudo nas portas, muita gente junto, um começa a reclamar, começa a conversar, aí perturba o atendimento, na sala de vacinas, quando é muita gente, fica todos querendo entrar, o espaço pequeno. **Magnólia**

Assim, pudemos apreender que os fatores que dificultam a atuação do Técnico em Enfermagem encerram aspectos referentes à organização do trabalho, provimento de infraestrutura e de insumos. Acrescente-se, a isso, a falta de articulação entre os núcleos de atenção em saúde e a não integração visível entre os diversos serviços de saúde, ou seja, não há um sistema de referência e contra-referência efetivo que facilite o “caminhar” do usuário na rede. Na maioria das vezes, estas dificuldades fogem ao nível de competências desse profissional, impossibilitando a efetivação da integralidade do cuidado e a resolutividade das ações.

De acordo com o proposto pela ESF, visando atender às especificidades desse nível de atenção, deve-se garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes, para que possam atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, implementando ações dirigidas aos problemas de saúde e agindo de forma pró-ativa e pactuada com a comunidade (BRASIL, 2006).

Na realidade estudada, foram citadas dificuldades relacionadas à estrutura física, equipamentos e insumos, destacando-se a falta de recursos materiais, o que foi insistentemente lembrada, talvez, por ser o principal obstáculo enfrentado no dia-a-dia, evidenciado nos depoimentos que se seguem:

É a falta de material. Porque o distrito, a secretaria em geral, exige muito da gente, mas não dá condições necessárias para gente realizar aquele trabalho. Ultimamente na nossa unidade está faltando: soro, gaze são coisas básicas de uma Unidade de Saúde. Isso aí dificulta demais [...]. **Crisântemo**

A estrutura física da Unidade não é tão ruim. O que dificulta é justamente a falta de condições de trabalho. Falta material para gente poder agir, fazer os procedimentos, porque muitas vezes, a gente precisa retirar um ponto, mas não tem gaze, não tem soro, aí dificulta demais o trabalho da gente. Quanto ao tensiômetro, a gente chega no preparo, cheio de gente e só tem um tensiômetro. **Lírio**

Sinto muita dificuldade. É ter que dar o jeitinho brasileiro sempre, muitas vezes sem o espaço físico ideal para gente desenvolver atividade como profissional. Assim como um local, para preparar material. O material é esterilizado fora, às vezes molha. As condições de trabalho que são poucas, a gente fecha os olhos, tem de deixar passar mesmo. O descaso dos gestores, que estão à frente, principalmente do pessoal da secretaria. **Camélia**

Os relatos evidenciam que existem várias dificuldades que são enfrentadas pelos Técnicos em Enfermagem no contexto das USFs.

Conforme o previsto pelas diretrizes da ESF, no que se refere a esse aspecto, uma das responsabilidades que cabe às SMS é garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família. No entanto, na realidade dos serviços, verifica-se que predomina a escassez de recursos, o que fragiliza a continuidade da atenção prestada (BRASIL, 2006).

Para Lunardi Filho (1997), a falta de recursos materiais nas Unidades de saúde, particularmente no setor público, é um problema antigo, o que constitui motivos de constantes lutas e reivindicações e propostas por parte dos trabalhadores do setor saúde.

O estudo desenvolvido por Medeiros et al. (2007), acerca das condições de trabalho da enfermagem em um hospital público, revelou que a falta de material traz implicações não só para a qualidade da assistência prestada, mas também para o aumento da vulnerabilidade aos riscos ocupacionais, uma vez que funciona como potencializadora de estresse e sofrimento cotidianos experimentados por esses profissionais. Os autores também ressaltam que, além do sofrimento, foram identificadas questões relativas ao argumento político no que tange à alocação de recursos da macrogestão e a utilização desses materiais no espaço microgerencial.

Neste sentido, percebemos, nas falas, que os Técnicos em Enfermagem compreendem as responsabilidades dos diversos níveis de gestão, o que poderia vir a facilitar a busca de soluções para os problemas enfrentados com vistas à superação dessas dificuldades.

Uma outra dificuldade encontrada, através das entrevistas, refere-se ao relacionamento entre os membros da equipe. A esse respeito, as falas ressaltam:

Eu acho que é o relacionamento pessoal. Eu tenho muita dificuldade em relação a isso. Eu não tenho muito jogo para relevar, é tanto que às vezes eu tenho que me ausentar de determinadas situações para não agravar mais a situação. Este estudo vai trazer solução? **Sempre Viva**

A falta de compreensão de nível superior. A gente faz e ainda recebe palavras, que, às vezes, até me deixa constrangida. Você faz e nem é reconhecido. **Verbena**

A equipe não se entrosa [...]. Ainda falta aquele verdadeiro engajamento, para funcionar bem, a equipe toda. [...] Os colegas, mesmo de enfermagem, ainda têm aquela dificuldade de saber que tem de fazer o serviço. Faz! Mas, é aquela coisa, tem que alguém estar empurrando. Não sei o que é que está faltando. Não sei se está faltando uma ênfase do enfermeiro... cada um sabe fazer seu serviço mas não estão se inteirando [...] E, ainda tem aquela guerra entre auxiliar e agente, quando um se sobressai é aquela coisa tipo inveja [...]. **Dália**

As falas denunciam um certo grau de dificuldade dos profissionais em manter relação interpessoal com outros membros da equipe de saúde da família.

Sabemos que há naturais dificuldades nas relações interpessoais, em qualquer segmento da sociedade; todavia, quando estas ocorrem no espaço das relações de trabalho podem comprometer o resultado final do processo, implicando, também, na integração da equipe.

A esse respeito, Schraiber et al. (1999) apresentam o trabalho em equipe constituído de duas dimensões principais: uma de caráter técnico e tecnológico, ou seja, a ação produtiva propriamente dita; e outra, que corresponde ao caráter normativo e das relações sociais, as quais adquirem um formato estratégico ou comunicativo, dependente das interações, pactuações e relações intersubjetivas estabelecidas.

Nas falas, os dois aspectos são evidentes quando os Técnicos se referem ao não reconhecimento do trabalho dele e da relação hierárquica que se estabelece com o nível superior. O outro aspecto, embora esteja relacionado ao primeiro, ele se expressa no campo das relações e interações sob a forma de sentimentos, que nem sempre se dá de forma harmônica.

Acerca da integração na equipe prevista na ESF Vieira et al. (2008, p. 25) referem que a mesma pressupõe

acolher e instrumentalizar os membros da equipe, sobre os objetivos comuns, dividir e pactuar responsabilidades, compartilhar e delegar atribuições, planejar e organizar com foco no coletivo, entre outros, dimensões estas que transcendem às questões técnicas processuais e ancoram suas bases nas relações e nos comportamentos.

As outras questões relacionadas com o trabalho na ESF associam-se à dificuldade do profissional em conviver com a complexa realidade das condições de vida e saúde da população que está sob seus cuidados, a qual ele denomina de “carente”.

Segundo Pires, Gelbcke e Matos (2004), na enfermagem, a forma como o trabalho se encontra organizado não possibilita a abertura de espaços para que o trabalhador possa refletir sobre seus afazeres, suas alegrias, suas tristezas, seu prazer, seu sofrimento. No enfrentamento das situações de risco, a que muitas vezes estão submetidas as famílias atendidas pela ESF, por vezes, emergem inseguranças e medos que podem gerar desconfortos significativos para os profissionais.

Com certa frequência, tais situações de risco impõem desafios para os profissionais, de modo, a se sentirem despreparados para intervir, conforme podemos verificar na falas de *Violeta e Sempre Viva*.

Você está ali mais junto do paciente, às vezes se envolve até com o problema emocional dele. A gente tem maior envolvimento com o paciente. Porque você está todo dia ali. **Violeta**

A gente está muito solto, não tem o médico de saúde do trabalho, não tem um psicólogo. A gente não tem a quem recorrer [...]. Comigo já aconteceu, e já vi que não sou a única, às vezes deixo de vir para o trabalho porque naquele dia eu não tenho condição emocional de superar, por exemplo, comigo já aconteceu, hoje eu me sinto mais forte, eu já trabalhei isso, me custou umas sessões de análise particular. Procurei ajuda na secretaria, mas não tem [...] **Sempre Viva**

A dificuldade de trabalhar com a comunidade carente talvez seja reflexo do despreparo do profissional para lidar com o sofrimento das famílias atendidas, podendo resultar em limitação para a escuta e o estabelecimento de vínculos por parte da equipe de saúde.

Quando um paciente não é atendido como deveria, numa unidade de saúde, o mal-estar não se limita a ele. A experiência mostra que essa sensação de que algo está errado atinge a todos: a quem deveria ser bem atendido, a quem deveria atender bem, a todos os circunstantes, e mesmos aos que ali não estão presentes, pois o mal-estar ultrapassa o fato gerador e se mantém como fator de produção de um clima organizacional pesado (MARIOTTI, 2002, p. 121).

A demonstração de insatisfação, devido à ausência de iniciativas para a preservação da qualidade de vida dos profissionais que atuam na ESF, chega a ser uma incoerência de organização do trabalho, pois também é preciso “cuidar de quem cuida”.

Em estudo sobre o trabalho em equipe no PSF, Fortuna (2003, p. 35) aponta as seguintes questões:

A população deposita na equipe suas esperanças e anseios porque também a equipe de saúde oferta saúde e bem-estar. Essa promessa nem sempre pode ser cumprida, especialmente se tomarmos saúde como resultante das condições de vida. E a equipe tende a evitar um contato mais direto com a demanda dos usuários, evitando a própria dor e caindo às vezes em profunda impotência: vai do que “pode tudo curar”, para o que “não pode mais nada fazer” [grifo do autor].

A esse respeito, sabe-se que a dificuldade em se conviver com a degradação da qualidade de vida da população pode fazer com que os profissionais de saúde se afastem dos usuários, na perspectiva de se defenderem das possíveis dores e sofrimentos. Assim, há necessidade de se criar espaços de apoio e suporte também para os trabalhadores, locais onde os mesmos possam falar de suas dificuldades e angústias. Neste sentido, Fortuna (2003) afirma que é preciso cuidar de quem cuida como possibilidade de assegurar uma melhor qualidade de vida para os mesmos.

O trabalho em enfermagem, especificamente o cuidar de seres humanos, inclui situações de sofrimento que podem levar o profissional a assumir o cotidiano de trabalho como algo penoso, o que, aliado às condições de trabalho, leva-o ao desgaste, com possíveis desestímulos para prestar uma assistência de qualidade a quem dele precisar.

Assim, além das dificuldades citadas, este estudo revela que o Técnico em Enfermagem, na USF, tem um cotidiano de trabalho difícil, cansativo e estressante, freqüentemente associado às condições de trabalho, o que pode levá-lo ao desestímulo comprometendo o seu desempenho profissional junto à equipe de saúde da família, o que é demonstrado nas falas a seguir:

É um trabalho cansativo [...] faço de tudo. **Acácia**

Aqui é assim, geralmente aqui não está completo o quadro aí você fica mais tempo escalada para cobrir tudo. **Sempre Viva**

[...] É um trabalho muito difícil [...] A minha vida é dizer: “não tem”, “não veio” [...] É um trabalho estressante e cansativo. **Amor Perfeito**

Verifica-se que o fato dos profissionais relatarem o cotidiano de trabalho difícil, cansativo e estressante, freqüentemente está associado à sobrecarga de atividades decorrente da grande demanda na USF, bem como das condições de trabalho a que estão sujeitos, como por exemplo, cumprir dois turnos, iniciar as atividades cedo, e pouca capacidade de resolutividade dos problemas de saúde da população. Outro aspecto que deve ser levado em consideração é o fato de a maioria residir em bairros distantes do trabalho, obrigando-a a permanecer o dia todo na Unidade, inclusive, a fazer refeições, prática comum, entre outros profissionais da equipe.

Por fim, não menos significativa, esta pesquisa possibilitou a revelação de outro fator gerador de dificuldade para a atuação do Técnico em Enfermagem, quando evidenciamos que o seu trabalho gira em torno do médico ou, no mínimo, de sua prática. Isto também foi observado por Fertomani (2003), quando analisou o trabalho em equipes do PSF no Paraná, constatando que o modelo é centrado no médico e no atendimento curativo; que o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população da sua área de abrangência.

Este aspecto foi revelado nas falas a seguir:

[...] Porque a equipe da gente está sem médico. Então dificulta mais ainda. Porque os pacientes eles vem para a Unidade..., claro que a gente tem a nossa parte, tem o nosso lado de fazer, só que muitos acham que só o médico é quem faz, o serviço de enfermagem fica muito a desejar, porque o negócio é receita médica e isso aí a gente não pode fazer. [...] Quando é alguma coisa que a gente não pode resolver a gente pede a médica de outra equipe ou encaminha para outra Unidade. **Crisântemo**

[...] a gente tem que chegar organizar as salas pros médicos, tem que fazer o preparo dos pacientes [...]. **Tulipa**

De manhã quando a gente chega vai prepara o pessoal para os médicos: Pesar, verificar pressão. Depois leva os prontuários para as salas e fica atendendo com o médico. **Magnólia**

Percebe-se que as práticas desenvolvidas pelo Técnico em Enfermagem, junto à equipe, baseiam-se em um elenco de atividades articuladas com pressupostos orientadores de um sistema de saúde resolutivo. Todavia, nota-se que o modelo desenvolvido de atenção à

saúde, no contexto do estudo, ainda mantém características do tipo médico-centrado, uma vez que existem poucas discussões da equipe sobre o planejamento terapêutico dos usuários atendidos por todos os trabalhadores. Por sua vez, os usuários supervalorizam as consultas médicas, sendo perceptível que muitos deles buscam as consultas médicas, os medicamentos e exames.

Esta realidade persiste, mesmo considerando-se que a proposta da ESF desenhou-se, desde o início, em torno da integralidade, com o sentido de articular ações de promoção, de prevenção e assistenciais, e teve como pressuposto, desse princípio, o trabalho em equipe para alcançar os objetivos do programa (PEDROSA; TELES, 2001).

Vale lembrar que, quando falamos em modelo assistencial médico-centrado, estamos nos referindo à conduta de todos os trabalhadores, uma vez que esse modelo orienta a maioria das práticas em saúde, sendo, muitas vezes, reforçado pela postura de outras categorias profissionais, que centralizam, no fazer médico, todo o projeto terapêutico, sem quebrar a hegemonia desse modelo de atenção.

Contudo, devido a uma longa tradição de trabalho autônomo, na maioria das vezes, o médico ainda não consegue se articular adequadamente com os demais membros da equipe. Acaba por realizar um atendimento isolado, muito semelhante ao que faria num ambulatório qualquer. Enquanto isso, os demais membros da equipe se integram entre si e se esforçam para atender às exigências de ação comunitária que demarcam a filosofia da ESF (NOGUEIRA, 2006, P. 24).

Desse modo, talvez não se possa afirmar, ainda, que o trabalho das equipes de saúde da família, na realidade estudada, esteja de todo voltado para a integralidade das ações, ou seja, de ver o indivíduo como um todo na sua singularidade, além da própria integralidade do sistema de saúde.

Neste sentido, Saupe e Wendhausen (2007) referem que um dos elementos constituintes do paradigma emergente da prática de saúde é o desvio do foco do trabalho centrado na figura do médico para a equipe de saúde, reforçando que os trabalhadores de saúde, respeitadas as suas identidades, rumam coletivamente para construir projetos comuns, através da ação interdisciplinar.

Por fim, para atender à terceira categoria empírica, as falas desvelaram qual a visão que o Técnico em Enfermagem tem sobre si mesmo, enquanto membro da equipe de saúde da família, frente ao que é preconizado para a atenção à saúde, às facilidades e

dificuldades que enfrenta na realidade do cotidiano do trabalho. Desse modo, apreende-se das falas dos entrevistados que a ESF é compreendida a partir do paralelo entre o processo de saúde/serviços de saúde e que se conforma como uma nova forma de fazer saúde, reconhecendo que o compromisso imprimido, através da sua atuação profissional, pode contribuir para a construção e o fortalecimento do modelo de saúde vigente. Isto pode ser evidenciado nos depoimentos que se seguem:

Eu me vejo com bem mais responsabilidade. Porque o programa ele chama mesmo, e você tem que ir, mas que para mim não intimida, assim, em relação a corpo mole, em relação ao programa [...] Vou mesmo, em busca do que o programa pede, vou junto com os enfermeiros, a gente procura fazer o melhor nas nossas condições [...].

Camélia

Para mim... eu me vejo com uma obrigação minha de dar uma melhor qualidade de vida a essas pessoas porque elas acham que não têm direito a nada, que são excluídas e são mesmo, não é? Eu acho que no PSF a gente pode fazer o melhor. Eu gosto de orientar, ver aquelas pessoas crescer, melhorar de vida. **Margarida**

Eu me vejo como o próprio paciente. Eu gosto de tratar bem o paciente, como eu gostaria de ser tratada. Por isso que quando vem paciente que está nervoso, gente ignorante eu peço para me tratar bem, porque acontece como todo posto de saúde [...]. **Tulipa**

Embora, perceba que a ESF ainda não conseguiu transpor os obstáculos à sua implantação, de forma satisfatória, ou que o sonho ainda não se realizou, o Técnico em Enfermagem sente-se desafiado a assumir o compromisso imposto conseguindo sistematizar uma visão positiva sobre si mesmo, levando em consideração as possibilidades e limites, no contexto.

Eu me sinto útil para a comunidade. Procuro dar o melhor para a população. É muito bom saber que a gente dá assistência a uma pessoa carente [...]. **Azaléia**

Em seus depoimentos, revelam o reconhecimento do seu trabalho junto aos usuários, famílias e comunidade, bem como o valor de sua intervenção, de forma individual ou coletiva. Além disso, devido à especificidade da atenção, imposta pela própria Estratégia, sentem-se com mais responsabilidade diante das demandas impostas pela própria Estratégia, afirmando não se intimidar, frente aos desafios da mesma.

Assim, verificamos que, mesmo diante de tantas dificuldades enfrentadas por ocasião da atuação, os profissionais, investidos de compromisso, têm expectativas quanto à ESF e quanto a si próprios, conforme revelam os depoimentos:

Como eu me vejo? Eu sou uma pessoa que vive sonhando com o PSF porque ele é a favor da gente, quando a gente quer arrumar e uma pessoa não deixa, a gente fica triste e desestimulada [...]. **Girassol**

Eu me vejo bem, fazendo com que as pessoas acreditem que esse programa vai dar certo [...] E eu estou aqui para cooperar com essa parte. Eu espero que eu tenha toda vida esse fôlego, no que diz respeito à cura e prevenção. **Dália**

Eu me vejo realizada, valorizada pelo PSF, porque faço meu trabalho correto, gosto do trabalho e me sinto bem no PSF. Gosto de trabalhar com a comunidade e de trabalhar em equipe [...]. **Miosótis**

Eu me sinto realizada e orgulhosa por fazer parte desse programa, eu gosto. **Gardênia**

Vejo que ainda tem muita coisa para ser feita e a população e nós profissionais esperamos muito que um dia o PSF saia realmente do papel. **Amor Perfeito**

Eu me vejo ainda muito... Espero crescer muito ainda. Eu acho que não fiz nem 20% do que é para ser feito. Isso aí eu acho muito complexo falar sobre isso [...]. **Crisântemo**

Sabe-se que a possibilidade de ampliar e mudar o modo de produzir saúde pode se dar em maior ou menor intensidade, dependendo da adesão dos profissionais envolvidos com o processo de cuidar, de forma que possam assumir uma prática comprometida com as necessidades da população.

Neste sentido, Nogueira (2000) refere que o processo de trabalho em saúde e os desafios necessários para a construção de um novo fazer na ESF têm, como pressuposto operacional, a cooperação e o conhecimento daqueles que executam o trabalho buscando a resolutividade das ações e a garantia da integralidade do atendimento.

É importante assinalar que os participantes, deste estudo, atuam no DSO, o qual foi pioneiro na implantação da ESF em Natal/RN, já contando, pois, com vasta experiência no processo de reorganização da atenção, cujos profissionais vêm se empenhando incansavelmente para reverter as condições de saúde da população adscrita nas áreas em que está implantado, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos seus usuários.

Contudo, mesmo nesta realidade, existem verdadeiras lacunas, no processo de cuidar em saúde, que levam o profissional a se deparar com limites que podem comprometer a atenção prestada; mas, mesmo reconhecendo que através de suas ações conseguem minimizar muitos dos problemas, essas ainda não são suficientes para atender plenamente a tais demandas. Neste sentido, os participantes deste estudo destacam:

Eu me vejo perdida porque ele [o PSF] não consegue realizar aquilo que poderia ser feito [...] Nós temos muito mais para oferecer além da assistência curativa. **Acácia**

Eu me vejo assim [...] a gente [...] dá uma angústia por não poder fazer mais, não poder contribuir mais dentro da minha profissão. A gente vê muita necessidade, a população necessita demais e tem muita coisa que a gente não pode fazer. Falta muito. A gente faz o mínimo quase. É muita carência. Eu que já fui de Unidade Básica, a gente vê que já avançou, mas ainda tem muito para se fazer. **Rosa**

O sentimento de impotência diante da realidade vivenciada pelos Técnicos talvez possa se justificar, na medida em que se verifica que, com a expansão da ESF, houve ampliação de novas demandas, pois a realidade, na qual as famílias estão inseridas, traz novos desafios que requerem uma ação intersetorial mais efetiva. São situações relacionadas ao uso de drogas e álcool, da violência doméstica e intrafamiliar, gravidez na adolescência, além de outras necessidades que estão emergindo do contexto social, frente às quais, possivelmente, o Técnico em Enfermagem ainda não esteja capacitado o suficiente, para atender (JORGE et al., 2005).

A partir disso, esses profissionais reconhecem-se perdidos e angustiados por não conseguir dar a resolutividade necessária para sanar os problemas que comprometem a saúde da população por eles assistida, chegando a se ressentir por não responder de forma satisfatória a essas necessidades.

Nas falas dos participantes, verificamos a ênfase na atuação coletiva com outros membros da equipe de saúde da família, sobretudo quando citaram a relação que têm com o médico e/ou enfermeira, o que nos leva a perceber que há uma devida valorização do trabalho em equipe.

Esta postura condiz com os pressupostos da ESF, na qual as práticas envolvem diferentes núcleos de saberes e competências, com equipes multiprofissionais que estabelecem intercessão entre as diversas especialidades, capazes de produzir saberes e

práticas sofisticadas sobre a saúde pública, bem como intervir em situações mais complexas (CAMPOS, 2000).

Embora o trabalho em equipe seja considerado como um dos pilares de sustentação da ESF, neste estudo percebeu-se que o mesmo acontece, sendo inclusive, valorizado e reconhecido pelos Técnicos em Enfermagem, no entanto, na realidade analisada, ainda predomina a divisão do trabalho, com características de um trabalho fragmentado em torno da equipe, inclusive entre o Enfermeiro, o Técnico e o Auxiliar de Enfermagem.

Contudo, a participação do pessoal de nível médio da enfermagem no trabalho em equipe é destacada por Nogueira (2002, p. 43), quando chama a atenção para algumas ações prioritárias do PSF, que requerem a participação dos auxiliares de enfermagem, atuando, conforme o autor, em “unísono com toda a equipe”. Trata-se, entre outras, de ações que contribuam para reduzir a mortalidade infantil por diarreia, diminuir as taxas de prevalência da desnutrição e atuar precocemente em casos de pneumonia e desidratação, a fim de diminuir ou evitar a necessidade de internação, especialmente entre crianças.

Em outro estudo, o mesmo autor refere que, na realidade dos serviços, o trabalho dos Auxiliares e Técnicos em Enfermagem ainda não está sendo aproveitado em todo o seu potencial, haja vista que estes profissionais possuem competências para atuar, na perspectiva da clínica ampliada, agindo na linha de frente no acolhimento da população, o que vem requerer a reorientação tecnológica e organizacional da utilização dessa força de trabalho (NOGUEIRA, 2002).

Assim, mesmo percebendo que o seu trabalho na equipe de saúde da família não deixa de ser um elo na cadeia do processo de trabalho na ESF, pois, de suas ações dependem as ações de outros profissionais. No cenário deste estudo, constatou-se que o trabalho do Técnico em Enfermagem caracteriza-se pelo relacionamento que mantém com os demais membros das equipes, sendo organizado, principalmente, no que se refere às atividades que dizem respeito à assistência individual e direta.

A partir dos pressupostos e das teorias sobre o processo de trabalho em saúde, do reconhecimento dos sujeitos envolvidos e da definição do que se constitui trabalho em equipe, pressupõe-se uma atuação em saúde mais resolutiva e contextualizada, segundo as necessidades trazidas pelos usuários no âmbito da saúde.

Acreditamos que o formato rígido, que ainda predomina, na composição de alguma equipes da ESF e a forma de organização do processo de trabalho, que ainda predomina no contexto da atenção à saúde, não se abre à construção de um processo de

trabalho coletivo, o que vem provocar relações, por vezes tensas, entre trabalhadores, entre trabalhador e usuário e entre estes e os gestores, o que, em última instância, vem comprometer o propósito do trabalho coletivo, tão relevante para a efetiva promoção da saúde do povo brasileiro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como fio condutor a busca da análise da atuação do Técnico em Enfermagem na ESF, o estudo nos possibilitou descortinar alguns aspectos que precisam ser refletidos, com vistas a sua reorientação para garantir a integralidade da assistência à saúde da população, nesse contexto.

Apreendeu-se das falas dos Técnicos em Enfermagem a visão que detêm sobre a ESF, a qual dá-se, a partir do paralelo entre as condições de vida e saúde dos usuários e as potencialidades da oferta da atenção dos serviços de saúde, bem como da visão que possuem de que a mesma se conforma como uma nova forma de fazer saúde, com base no enfoque da promoção e proteção da saúde, reconhecendo que a sua atuação, junto à equipe de saúde da família, pode contribuir para o processo de inversão do modelo de atenção até então prestado.

Foi mencionado pelos Técnicos em Enfermagem fatores facilitadores para a sua atuação na ESF, dentre outras coisas destacaram: relações interpessoais com membros da equipe, organização do trabalho, criação de vínculo com as famílias, o conhecimento da realidade em que essas vivem, conhecimentos adquiridos através da formação profissional, e o reconhecimento do seu trabalho, por parte dos usuários.

Contudo, dificuldades variadas se apresentam no cotidiano de trabalho desses profissionais, cujas possibilidades de atuação tornam-se limitadas, dada a forma de organização e gestão dos serviços de saúde no contexto da ESF. Desse modo, identificou-se que as condições de trabalho a que estão sujeitos são bastante precárias, uma vez que os recursos humanos, materiais e físicos, são, na maioria das vezes, exíguos.

Essa situação leva os profissionais a enfrentarem riscos, para desempenhar suas atividades diárias, além disso, freqüentemente, atuam de forma descontextualizada do planejamento da equipe, condicionados a escalas de atividades, assumindo as responsabilidades dos setores da USF, muito mais voltado para atender a demanda espontânea ou as necessidades de outros profissionais.

Sabemos que o modo de trabalhar modifica-se e exige novos conceitos e práticas em saúde que objetivam a melhoria das condições de vida e saúde da população. Para tanto, requer profissionais com uma visão omnilateral, ou seja, uma atenção integral e humanizada. Desse modo, as categorias envolvidas com o processo de cuidar, no âmbito da ESF, aqui, em

especial, os Técnicos em Enfermagem, necessitam ser sujeitos sociais participativos, críticos, inovadores e transformadores, visto que estão inseridos numa sociedade que também está se modificando, mesmo que, às vezes, de maneira lenta.

Assim, o contexto do trabalho na ESF passa a exigir do trabalhador uma visão ampla do processo de trabalho em que está inserido, capacidade de diagnóstico, de solucionar problemas, de decidir, de intervir no processo de trabalho, de atuar em equipe, de auto-organizar-se.

Essas exigências remetem à educação a responsabilidade de propiciar ao aluno, o domínio das competências fundamentais para o exercício do trabalho, e, para os serviços de saúde, no sentido de que ofereça condições, para que os profissionais possam articular os seus conhecimentos e propor estratégias de intervenção que favoreçam a integração e fortalecimento de uma relação ética e solidária entre o próprio serviço e a comunidade.

Não se pode conceber, de forma simplista, que apenas a implantação da estrutura da ESF, em uma Unidade de Saúde, alcance a mudança do modelo assistencial proposta pelo SUS. Essa mudança demanda alterações de várias ordens, entre as quais, destacam-se: gestão, formação e as próprias expectativas dos envolvidos, além dos processos de trabalho inerentes ao cuidar em saúde nessa conjuntura.

Contudo, sabemos que as reflexões necessárias, no sentido de imprimir possíveis mudanças, precisam ocorrer a partir do que se toma como problema de saúde, ou seja, as necessidades dos usuários, os instrumentos utilizados e a finalidade do trabalho; sem isso, nenhuma mudança efetiva se dará. Todavia, sabemos também que não é fácil provocar reformas, pois elas mexem com formas seculares dos modos de se produzir saúde e com o conhecimento que orienta as práticas.

Partindo-se do princípio de que a doença se desenvolve em decorrência das maneiras como as pessoas vivem e trabalham, da disponibilidade de recursos que elas têm para enfrentar essas situações, além dos dispositivos sociais colocados à sua disposição, faz-se necessário, que o profissional esteja devidamente preparado para atuar de forma resolutiva e equânime nas questões de saúde da população. Dessa maneira, os profissionais necessitam compreender as questões inerentes ao processo saúde/doença, além do quesito biológico, para que possam se envolver com as ações de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos diferentes níveis de atendimento da rede pública de serviços de saúde, mais especificamente na ESF.

Assim, este estudo nos levou a repensar que o trabalho do Técnico em Enfermagem e, porque não incluir aqui também o Auxiliar de Enfermagem, vai além da “habilidade técnica” para assumir um outro papel num cenário também diferente, porque diferentes estão as políticas de saúde e as condições de vida e saúde da população por eles assistida.

Compreendemos que o Técnico em Enfermagem, juntamente com o Auxiliar de Enfermagem, têm papel importante e decisivo no encontro com o usuário que procura atendimento nas Unidades de Saúde. Considerando-os, em sua relevância no processo de AB, esses profissionais constituem o contingente mais expressivo entre os trabalhadores da equipe e de toda a área da saúde, o que, somando-se aos demais profissionais, pode contribuir para fortalecer a efetivação da melhoria da assistência prestada através da ESF.

Os Técnicos em Enfermagem inserem-se nas equipes saúde da família, ocupando um espaço em que há necessidade de redefinição de sua identidade profissional, por ser um dos agentes articuladores das ações desenvolvidas pela equipe na ESF, bem como diferenciado, visto a formação de nível técnico que recebe, possibilitando assumir atividades de maior complexidade em qualquer nível de atenção à saúde.

Acreditamos que o potencial técnico/científico/político e ético do Técnico em Enfermagem, pautado pelas legislações vigentes, quanto ao perfil desenvolvido na sua formação profissional, lhe assegura uma prática com autonomia frente às necessidades que se apresentam no mundo do trabalho em saúde.

É importante assinalar que as atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família, encontram-se arroladas em documento do MS, o qual normatiza as diretrizes para a ESF. Neste, estão previstas as atribuições comuns e específicas para os diferentes profissionais, que dela fazem parte, inclusive, enfatiza que esses devem estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo (BRASIL, 2006).

Todavia, percebemos que a Portaria Ministerial 648/2006 define, de modo parcimonioso, as competências previstas para o Técnico em Enfermagem, de forma restrita, na medida em que não apontam desempenhos e/ou atividades específicas, conforme os diferentes graus de complexidade que o mesmo pode assumir no trabalho da ESF. Essas competências somente ganham sentido quando relacionadas com as *atribuições comuns* (grifo nosso) a todos os profissionais, também previstas na mesma Portaria, verificando-se que elas

são ampliadas para as demais categorias, o que não é uma verdade em relação ao Técnico em Enfermagem.

Sabemos que, na ESF, a atuação do Técnico em Enfermagem constitui a prática de uma equipe interdisciplinar, cuja atuação coletiva está voltada para a prestação do cuidado humanizado, nas fases do nascer, crescer, produzir, envelhecer, adoecer e morrer, nos mais diferentes contextos e ambientes da vida, contemplando as dimensões humanas: a psicoafetiva, psicossocial e a biológica.

Diante disto, considerando-se as características da categoria profissional em estudo, propomos uma reflexão das relações de trabalho desse profissional, sendo imperativo que novos olhares sejam dirigidos para que se possa compatibilizar a forma como esses interagem com as famílias, através das atribuições para eles estabelecidas junto à equipe de saúde da família, bem como voltar a atenção para o próprio Técnico, reconhecendo suas possibilidades e limites ante o processo de trabalho na ESF.

Ao invés de se continuar pensando e atuando, tomando como base o modelo de atenção organizada basicamente por ações curativas, desenvolvidas depois que a doença está instalada, e, principalmente, tendo como referência o ambiente hospitalar, é oportuno, que se opte por uma atuação profissional, norteada pela concepção da promoção à saúde e da prevenção de doenças onde o Técnico em Enfermagem possa atuar, de forma articulada com os demais membros da equipe, rumo ao projeto de trabalho coletivo.

Almeja-se que a atenção prestada pelos profissionais de nível médio de enfermagem se direcione para um processo de transição, ou seja, de um modelo tecnicista e de relação de poder, devendo marchar para um modelo que busque satisfazer as necessidades do usuário, sem se limitar especificamente a procedimentos técnicos. Além disso, deve criar e participar de ações de promoção, prevenção e cura dos agravos da saúde do indivíduo/família/comunidade, no contexto de suas realidades; manter uma relação entre usuário/profissional, em que não haja um referencial teórico reducionista, mas que permeie acolhimento, afetividade e respeito, adotando práticas integralizadoras e acolhedoras, tanto referente ao usuário quanto aos próprios profissionais de saúde.

Também espera-se que novos olhares sejam direcionados, pelos gestores e profissionais da ESF, principalmente, enfermeiros, no sentido de rever e redimensionar as competências previstas para a categoria estudada, oportunizando a ampliação das fronteiras de

atuação do Técnico em Enfermagem, a fim de aproveitar melhor a sua qualificação profissional, visando a uma melhoria do atendimento oferecido à população.

Faz-se necessário, portanto, que sejam abertas oportunidades no processo de trabalho das equipes de saúde da família, para que o Técnico em Enfermagem possa se articular com o projeto coletivo, na utilização de ferramentas e tecnologias que a ESF disponibiliza.

Torna-se imprescindível, a existência de espaços nos serviços de saúde, nos quais o Técnico em Enfermagem participe ativamente das discussões coletivas de casos, do processo de trabalho, da formulação e adequação das normas, protocolos e orientações, de acordo com a realidade local. Também é de suma importância a sua contribuição para romper com um modelo baseado apenas na oferta de serviços, visando contribuir com a construção de um modelo que tenha como eixo o usuário e suas necessidades.

A Instituição deve, assim, favorecer o acesso à informação e a evolução técnica/científica que se vivencia hoje na área da saúde. Para tanto, deve implementar uma estratégia de qualificação de pessoal, através da política de educação permanente, hoje em vigor, a fim de que, por meio de estímulos estes profissionais sejam capazes de desempenhar suas funções na AB de forma competente e resolutiva, e que possam participar ativamente da construção do SUS.

Desse modo, espera-se que, além das expectativas que o Técnico possa ter em relação ao reconhecimento de outrem, no que se refere à sua atuação, ele venha a extrapolar os limites impostos pela pouca visibilidade que tem, de si mesmo, ou pela inércia, ora vigente no meio do trabalhador do serviço público. Que cada um possa rever e acreditar que, enquanto profissional de nível médio da enfermagem, a sua ação constitui importante elo na cadeia da atenção à saúde prestada à população, e, principalmente, que pode contribuir para fortalecer a ESF, enquanto estratégia de saúde vigente no país.

Além disso, é necessário que ocorram mudanças no processo de formação/qualificação dos profissionais, em particular dos Técnicos em Enfermagem, a fim de que se possa garantir as bases conceituais para a construção de novas práticas, no sentido de responder ao modelo de atenção que está sendo construído. Visto que esta é uma necessidade para o desenvolvimento de uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde, que requer uma visão e uma ação ampliada, exigindo a incorporação de novos saberes

e práticas, dando, assim, ao Técnico todas as ferramentas necessárias para desenvolver a sua prática, de acordo com o seu perfil profissional e com as necessidades impostas pela ESF.

Por fim, sabendo que a reorientação do modelo de atenção, entre outras coisas, pressupõe mudanças no processo de trabalho dos profissionais, na perspectiva do enfrentamento dos problemas, da integralidade e da promoção à saúde, faz-se mister o redirecionamento da atuação do Técnico em Enfermagem a fim de que, possa exercer de acordo com as habilidades e competências técnico-científicas, políticas e éticas, que lhe são próprias, para intervir na atenção à saúde nos aspectos de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, quer seja na USF ou em outros níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira (org). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 117-137
- ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago, 2004.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência, Saúde Coletiva**, [on line]. v.11, n.1/2, 1997. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/textos_seminarios/transdisciplinaridade_e_saude_coletiva.pdf>. Acesso em: 10 jan 2008.
- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, p. 150-153, ago, 2001.
- ALMEIDA, M.C.P.; MELLO, D. F.; NEVES, L. A. S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.44, n.2/3, p.64-75, abr/set, 1991.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. 128p.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 61.
- ALMEIDA, M.C.P.; A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, out/dez, 1986. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez 2007.
- ALVES, V.F. Um modelo de atenção em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação Saúde e Educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004 / fev. 2005.
- AMÂNCIO FILHO, Antenor. Cenários e situações da formação em saúde no Brasil. **Boletim Técnico do Senac**. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.11-25, set/dez, 1997.
- ANSEMI, Maria Luiza et al. Análise do perfil da clientela do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). **Revista Formação**, Brasília, v. 7, p. 89-111, jan. 2003.
- ARAÚJO M. B. S. **A Equipe de Saúde no PSF: mudando práticas?** Estudo de caso no município de Natal/RN. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Natal, 2004.

ARAÚJO, M. F. S. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade. **Política Trabalho**, n.19, p.115-27, 2003. Disponível em: <http://www.adufpb.org.br/publica/conceitos/11/art04.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2008.

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-464, mar./abr. 2007.

AZAMBUJA, E. P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.16, n.1, p.71-79, jan./mar.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 ago. 2008.

BARALDI, S.; CAR, M. R. O sentido do trabalho em um projeto de formação de profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.555-562, dez. 2006.

BARDIN, Laurend. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BERNARDINO, Elizabeth; OLIVEIRA, Elda de; CIAMPONE, M. H. T. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.1, p.36-40, jan. 2005.

BERTONCINI JH. **Da intenção ao gesto**: uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BRASIL. **Lei n. 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, [on-line], Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 22 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, mar. 2006.

_____. Ministério da Educação **Lei 9.394** de 20 de dezembro de 1996. Estabelece Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: MEC, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução 196/96** do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996. Brasília: MS, 1996.

_____. **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2006. Acesso em: 25 maio 2008. Disponível em: [://www.portalcofen.gov.br/2007/materias](http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias).

_____. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: MS, 2005. 36p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) (Educação na Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação. **Competência**. Dezembro/2005. Disponível em: <www.Dtr2004.saude.gov.br>. Acesso em: 15 nov. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, 2001. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde**: Enfermagem. Brasília: Núcleo Estrutural, 2003. p 67.

_____. Ministério da Saúde. **O CNS e a construção do SUS**: Referências estratégicas para melhoria do modelo de atenção a saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde**: enfermagem. Brasília: Núcleo Contextual, 2003. p102.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica – SUS 01/1996**. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde da População. Portaria MS/GM n. 2.203. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

_____. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n.1, 29 mar. 2006. Disponível em: <www.Dtr2004.saude.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2007.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, Brasília, v.34, n.3, p.316-319, jun. 2000.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Revista Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, ago., 2001, p. 134. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2007.

CAMPOS, F. E., et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.25, n. 2, maio/ago. 2001. Disponível em: <<http://www.epidemioufpel.org.br/proesf/13%20Campos%202001.pdf>. >Acesso em: 05 jan. 2008.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.5, p. 219-230, 2000.

CARTA de Ottawa, In.: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa, Anais Eletronicos...Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <<http://dtr2001.saúde.gov.br/sps/areastecnicas/promoção/cartas/carta%20de%20ottawa.htm>> Acesso em: 21 abr 2004.

CECCIM, R. B. educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação Saúde e Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004 / fev. 2005.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI E. A.; SOUSA, M. F. Enfermagem, academia e saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, v.2, n.4, p.52-59, jan.2002.

CHRISTÓFARO, M. A. C.; MELO, C. M. M.; GUSSI, M. A. **Relatório Final**: perfil de ações do técnico de enfermagem no Brasil. Brasília: Assoc. Bras. Enfermagem; Ministério da Saúde, 2003.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.esp., p.143-147, dez, 2000.

COLOME, Isabel Cristina dos Santos; LIMA, Maria Alice D. S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 27, n. 4, p.548-556, dez.2006, Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69332006000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311 de 8 de fevereiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, fev. 2007. Seção 1, p.81-83.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (BR). Parecer CNE/CEB nº 16 de 26 de novembro de 1999. Diretrizes Curriculares para Educação Profissional de Nível Técnico. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.8, 5 out. 1999.

COSTA NETO, M. M. (org). **A implantação da unidade de saúde e secretaria de políticas de saúde**. Brasília: Departamento de atenção Básica, 2000. cad. 1.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p.7-18, set.2006.

CREVELIM, M. A; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.223-331, abr/jun. 2005.

CHRISTÓFARO, M. A. C.; MELO, C. M. M.; GUSSI, M. A. **Relatório Final**: perfil de ações do técnico de enfermagem no Brasil. Brasília: Assoc. Bras. Enfermagem; Ministério da Saúde, 2003.

CUTOLO, L. R. A. Bases Epistemológicas da Interdisciplinaridade. In: SAUPE, Rosita; WENDHAUSEN, Águeda L. P. **Interdisciplinaridade e saúde** (org). Itajaí:Universidade do Vale do Itajaí, 2007. 190 p.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem Brasileira. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 25-32, abr. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13458.pdf> .> Acesso em: 05 jan. 2008.

DELUIZ, N. Formação do trabalhador em contexto de mudança tecnológica. **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.19, jan./abr., 1994.

DELUIZ, N. **Formação do trabalhador:** produtividade e cidadania. Rio de Janeiro: Shape, 1995.

DEMO, Pedro. Educação profissional: desafios da competência humana para trabalhar. In: BRASIL. Ministério do Trabalho. **Educação profissional: o debate da(s) competência(s)**. Brasília: MTE, SEFOR, 1997.

DEMO P. Pesquisa qualitativa. Busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p.89-104, abr.1998.

DESLANDES, S. F.; Gomes, R.; MINAYO, M. C. S. (org); **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 25 ed. Revista e atualizada. Petrópolis: Vozes, 2007.

DRUCKER, P. F. **Sociedade pós-capitalista**. 6. ed. São Paulo: Pioneira; 1996, p. 163.

EGRY, E. Y. (Org.); CUBAS, Márcia Regina (Org.). **O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC:** Guia para pesquisadores. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Paraná, 2006. 181 p.

EGRY, E. Y.; et al. O processo de trabalho da enfermagem na rede básica do SUS. Parte 1. In: GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. de. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem:** um trabalho coletivo. João Pessoa: SUS, 2000, p. 67-74. (Série Didática Enfermagem no SUS).

EGRY, E. Y.; ANTUNES, M. J. M. O programa saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 98-107, jan/mar, 2001.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n.3, p. 233-9, set. 2000.

FAUSTINO, Regina Lúcia Herculano; et al. O trabalho de enfermagem em saúde da família na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde. REME. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 4, p. 464-469, out/dez. 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERTOMANI, HP. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde:** reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FONSECA, A. F., STAUFFER, A. B. (Org). **O processo histórico do trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida:** notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. Integralidade na assistência à saúde: a organização nas linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo, HUCITEC, 2003. Cap. 4, p. 125-134.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. cap. 3, p. 55-124.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, D. M. V. **A Criança Inserida no Currículo de Graduação:** o ensino da assistência de enfermagem. 1990. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GERMANO, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GERMANO, R. M.; et al. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: CASTRO, Janete Lima de. (Org.). **Gestão do Trabalho no SUS** (entre o visível e o oculto). 37 ed. Natal/RN: Editora Observatório RH NESC/UFRN, 2007, v. 1, p. 105-132.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto: enfermagem,** Florianópolis, v. 15, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas; 1994.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.357-363, abr./jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232005000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 03 março 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 04 jul. 2008.

JORGE, M. S. B. et al. Concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua prática no Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p.809-815, fev. 2005. Disponível em: [http:// WWW.fsp.usp.br.rsp](http://WWW.fsp.usp.br.rsp). Acesso em: 02 fev. 2008.

KALOUSTIAN, S. M. & Ferrari M. Introdução, pp. 11-15. In SM Kaloustian (org.). **Família Brasileira, a base de tudo**. Ed. Cortez-Unicef, São Paulo-Brasília. 1994.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, p.221-227, mar./abr. 2004.

KOBAYASHI, R. M.; OKANE, E. S. H., LEITE, M. M. J. Atribuições do técnico de Enfermagem sob o ponto de vista do técnico de Enfermagem. In.: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ABEn, 2001.

KOSTER, I. “Toolkit” para o trabalho na estratégia saúde da família (ESF). **Informe-se em promoção da saúde**, Juazeiro, v.2, n.2.p.11-12. 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>. Acesso em: 17 mar. 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 270 p.

LEFRÈVE F, Lefrève AMC. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul, RS: EdUCS, 2003. 256p.

LEITE, J. C. A. **O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família**: em busca da interdisciplinaridade. 2001, 234 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2001.

LONGARAY, Vanessa Kenne; ALMEIDA, Miriam de Abreu; CEZARO, Paula de. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. **Texto contexto: enferm.**, Santa Catarina, v.17, n.1, p. 150-157, jan./mar. 2008.

LUNARDI FILHO, Wilson D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições a organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 1, p.77-92, jan./mar. 1997.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

- MARIOTTI, H. O Viver. In: ZAUHY, C. (org) **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2002. 144 p.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-16, set./out. 2004.
- MATTOS, R. A. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.77-108, nov. 2002.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001. p. 39-64.
- MATUMOTO, Silvia, MISHIMA, Silvana Martins and PINTO, Ione Carvalho. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.233-241, jan./fev. 2004.
- MEDEIROS, S. M. et al. Condições de trabalho, riscos ocupacionais e trabalho precarizado: o olhar dos trabalhadores de enfermagem. In: CASTRO, Janete Lima de. (Org.). **Gestão do Trabalho no SUS** (entre o visível e o oculto). 37. ed. Natal/RN: Observatório RH NESC/UFRN, 2007, v. 1, p. 161-200.
- MENDES, E. V. (coord.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.
- MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica**. Belo Horizonte, PUC/FINEP, 1985.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de saúde de São Paulo. São Paulo; 1992. **Cadernos CEFOR**, 1 – Séries Textos.
- 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.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1982. **Cadernos do CEFOR**, série textos 1.
- MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. 296 p.
- MERHY, E. E. Em busca de da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar editorial, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social Teoria, método e criatividade**. 25. ed. rev. e atual. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p.

MIOTO, Odilamar Lopes. **Formação profissional e trabalho: aspectos relativos aos técnicos de Enfermagem**. Campinas: [s.n.], 2004.

MIRANDA, Alexandro et al. Percepção de auxiliares de enfermagem acerca da prática profissional das unidades básicas de saúde do município de Gandu (BA). **Sitientibus**, Feira de Santana, n.33, p.115-128, jul./dez. 2005.

MISHIMA, S. M.; CAMPOS, A. C. O trabalho no Programa de Saúde da Família: perfil das equipes. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.7, n.2, p.124-133, abr./jul. 2003.

MISHIMA, S.M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.137-156.

MISHIMA, Silvana Martins et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Semírames Melani. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251-296.

NATAL. **Lei complementar nº 062**, de 06 de outubro de 2005. Dispõe sobre a reorganização do Programa Saúde da Família no Município do Natal e dá outras providências, 2005. Disponível em: <http://www.natal.rn.gov.br/legislacao/arquivos_anexos/leiComplementar_062.pdf>. Acesso em: 21 out. 2008.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. **(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde de Natal, 2007. 124 p.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2006-2009**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde de Natal, 2006. 114 p.

NERY, Sonia Regina. **O Acolhimento no Cotidiano dos Profissionais das Unidades de Saúde da Família em Londrina**. 2006.124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina – PR, Londrina, 2006.

NOGUEIRA, R. P. o trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA J. P., (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPAS/Representação do Brasil, 2000.

NOGUEIRA, R. P. **Relações de Trabalho em Saúde: Aspectos Jurídicos e Estatísticos**, componente do Plano Diretor 2006. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp>>. Acesso em: 11 out. 2008.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Política de Recursos Humanos em Saúde e a Inserção dos Trabalhadores de Nível Técnico: uma Abordagem das Necessidades. **Revista Formação: Ministério da Saúde: Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem**, Brasília, v.2, n.5, p.53, ago. 2002.

OHARA, E. C. C. SAITO, R. X. S. (Org) **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008. 424p.

OKANE, E. S. H.; KOBAYASHI, R. M.; TAKAHASHI, R. T. Atribuições do técnico de Enfermagem sob o ponto de vista do enfermeiro. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ABEn-Seção, 2001. 1 CD-ROM.

OLIVEIRA, Eliana et al. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n.9, p.11-27, maio/ago. 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. Apresentação. **Interface: Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004 / fev. 2005.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.3, p.303-311, jun. 2001.

PEDROSO, G. C.; VENTURA, R. N. **Programa de Visita Domiciliar**, 2004, 1p. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dped/disciplinas/pedcom/pcembvd.html>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

_____. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 71-91, fev. 2002.

_____; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem. **Revista Formação**. Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde. Brasília, v. 3, n. 7, p. 73, jan./ abr. 2003.

_____; ANSEMI, M. L. O Auxiliar e o Técnico de Enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 57, n. 4, p. 425-429, maio / set. 2004.

PEDUZZI, M.; et al. Características do contexto de trabalho da enfermagem. **Revista Formação**, Brasília, v. 7, p. 5-21, out. / dez. 2003.

PEDUZZI, M. et al. Qualidade no desempenho de técnicas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio. **Revista. Saúde Pública**, Brasília, v.40, n.5, p.843-850, out.2006.

PEDUZZI, M. Avaliação do impacto da profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem na qualidade dos serviços de saúde. **Revista Formação**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 83-90, jan./abr. 2001.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. O trabalho em equipe. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde/Representação no Brasil, 2000. p. 45-57.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. BARROS, M. E. B. (org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: CEPESC, ABRASCO, 2007. 208 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001.

PIRES, D. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: EPSJV (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 92-97.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem, **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, n.1/2, p. 83-92, abr. / out. 2000.

PIRES, D., GELBCKE, F. L., MATOS, E. A organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2 n. 2, p. 311-326, set. 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

PRADO, Maria José de Melo. O trabalho do enfermeiro no Programa de Saúde da Família – PSF: autonomia e reconstrução da identidade profissional. **Revista Terra e Cultura**. Goiânia, ano 22, n.43, p.99, jul./dez. 2006.

RAMOS, M. A pesquisa sobre educação profissional em saúde no MERCOSUL: uma contribuição para políticas de integração regional referentes à formação de trabalhadores técnicos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, sup. 2, p. S282 – S291, abril, 2007.

REIS, M. A. S.; et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, Brasília, v.11, n.23, p.655-66, set/dez 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, mar./abr. 2004.

ROCHA, N. S. D. **Análise do Programa Saúde da Família no município de Natal-RN: inovações assistenciais?** 2000. 172 f. Dissertação (Mestrado em política planejamento e administração em saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

ROCHA, Semiramis Melani Melo; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2008.

SÁ, L. D. de. E a enfermagem no século XXI? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.3, p.357-384, ago. 1999.

SAITO, R. X. S. **Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito.** São Paulo: Martinari, 2008. 160p.

SANTANA, J. P. (Coord.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família.** Brasília: Organização Pan – Americana da Saúde, 2000. p.45-49.

SAUPE, Rosita; WENDHAUSEN, Águeda L. P. **Interdisciplinaridade e saúde.** Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2007. 190 p.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. **Cadernos Fundap.** São Paulo: v.19, p.108-125, jan./abr. 1999.

SHIMIZU, Helena Eri; et al. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p.713-720, set./out. 2004.

SILVA, Edilene Rodrigues da. **O cidadão técnico em enfermagem: analisando as mudanças na sua profissionalização.** 2003. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

SOUSA MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2000; 53(N Esp):25-30.

SOUSA, M. F. (org.). **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 148).

SOUSA, M. F. **A coragem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA R. A.; CARVALHO A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estud Psicol.**, Natal, v.8, n.3, p. 515-523, set./dez.2003.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1-11, jun. 2007.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1-11, jun. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. et al. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n.3, p.185-194, jun. 1992.

TEIXEIRA, R. A., Mishima SM, Pereira MJB. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, p.193-206, jul./set. 2000.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, p.193-206, jul./set. 2000.

TIMOTEO, R. P. S.; MONTEIRO, A. I.; UCHOA, S. A. C. Saúde da Família e Projetos Políticos e Pedagógicos: intenção e gesto na inserção do tema no cotidiano dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. In: CASTRO, Janete Lima de (Org.). **Gestão do Trabalho no SUS** (entre o visível e o oculto). 37. ed. Natal/RN: Observatório RH NESC/UFRN, 2007, v. 1, p. 41-103.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 429-435 abr./jun. 1998.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VIEIRA, Adilson M. et al. Trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família: integração para integralidade da assistência. In: SAITO, Raquel X. S. **Integralidade da atenção**: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008. 160p.

VILLA, T. C. S. et al. Reforma sanitária: implicações para ensino de administração de serviços de enfermagem na comunidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.10, n.1, p. 60-70, 1989.

VILLAS BÔAS, L M F M. **O saber/fazer da Enfermagem no Cotidiano do PSF na Perspectiva de Construção de sua autonomia**: um estudo de caso no Distrito Sanitário Norte de Natal/RN. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Natal: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

VILLAS BÔAS, L. M. F. M.; ARAUJO, M. B. S.; TIMOTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1355-1360, jul./ago. 2008.

WESTPHAL, MF, Santos JLF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n.35, p.71-88, jan./abr.1999.

XIMENES NETO, F. R. G.et al. Auxiliares e Técnicos de Enfermagem na Saúde da Família: perfil sociodemográfico e necessidades de qualificação. **Revista Trabalho, Educação e Saúde** (on line), Rio de Janeiro, v. 6, n. 1. p. 51-64, mar./jun.2008.

XIMENES NETO, F. R. G.; COSTA, Márcio Clébio Fonseca . Percepções dos auxiliares e técnicos de enfermagem sobre os avanços e mudanças ocorridas com a implantação da Estratégia Saúde da Família. **Cuidados de Salud en Iberoamérica**, v. 4, p. 1-6, 2008.

ZERBETTO, Sonia Regina and PEREIRA, Maria Alice Ornellas. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.112-117, jan./fev. 2005.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data ___/___/___ Entrevista nº _____ Local: _____
 Início da entrevista _____ Término da entrevista _____ Duração: _____

I - IDENTIFICAÇÃO

Idade:	Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	DN ___/___/___
Estado civil <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a)		
Grau de instrução <input type="checkbox"/> Nível médio <input type="checkbox"/> Nível superior		
Ano de conclusão do curso Técnico em Enfermagem		
Instituição onde cursou o Técnico em Enfermagem <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada		
Em que escola cursou o Técnico em Enfermagem		
Tempo de serviço no PSF		
Unidade de Saúde (atual)	Equipe	
Realizou atualizações/treinamentos no PFS <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, quais?		

II - QUESTÕES

1. Descreva o seu cotidiano na ESF.
2. Quais as atividades que você realiza como Técnico em Enfermagem na ESF?
3. Como são estabelecidas as atividades que você realiza?
4. Em sua opinião, o que facilita a sua atuação na ESF?
O que dificulta a sua atuação na ESF?
5. O que mais contribuiu para a sua atuação na ESF? Por quê?
6. O que é a ESF para você? Como você se vê nessa Estratégia?

COMENTÁRIOS E OBSERVAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Prezado (a) Sr. (a),

O objetivo deste é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado: “ENTRE FLORES E ESPINHOS: a atuação do Técnico em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família.”, o qual objetiva analisar a atuação do Técnico em Enfermagem, na Estratégia Saúde da Família (ESF), levando em consideração a formação profissional e as atribuições previstas para estes trabalhadores na Atenção Básica.

A coleta das informações será efetivada pela pesquisadora por meio de um formulário de entrevista com questões norteadoras e enfatizando a atuação do Técnico em Enfermagem na ESF. Dessa forma, será necessária a sua prévia autorização para o uso do gravador e anotações de todas as informações obtidas. A entrevista será posteriormente transcrita e seu conteúdo utilizado especificamente no estudo.

Por este motivo, esta pesquisa oferece riscos mínimos aos envolvidos. Sendo os benefícios esperados: colaborar com os debates que já ocorrem em nível local e nacional sobre o tema, elucidando e sistematizando posicionamentos e opiniões sobre a atuação do Técnico em Enfermagem na ESF, visando contribuir com a melhoria da formação e maior adequabilidade desses profissionais, bem como na reorganização da atenção básica em saúde na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Salientamos que as informações prestadas pelo(a) Sr(a) serão usadas apenas com o propósito científico, havendo o compromisso por parte da equipe de pesquisa em manter a confidencialidade, o sigilo e o anonimato de sua participação.

Ressaltamos, ainda, que o Sr.(a) poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos. A sua participação deverá ser espontânea e voluntária mediante os esclarecimentos sobre objetivos, procedimentos metodológicos, resultados, conclusões e divulgação. A equipe da pesquisa se responsabilizará por ressarcimento, em caso de possíveis despesas, bem como por indenizações por possível ocorrência de danos decorrentes de sua participação na pesquisa, desde que fique comprovada legalmente sua necessidade.

Esta pesquisa terá a coordenação da Profa. Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timoteo, professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e da enfermeira pesquisadora Francisca Idanésia da Silva, COREN-RN: 17045, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFRN.

Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP-UFRN pelo telefone 3215-3135 ou pelo endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Cep. 59072-970.

Desde já agradecemos a sua atenção e colaboração em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, concordo em participar da pesquisa realizada pelo grupo coordenado pela Prof^a. Rosalba Pessoa de Souza Timóteo do Departamento de Enfermagem da UFRN.

Autorizo o uso dos dados obtidos através da entrevista, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho. Concedo também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos.

Declaro ter ciência que o referido trabalho será desenvolvido através do preenchimento do instrumento previamente apresentado.

Fui informado(a) dos objetivos do estudo, estando ciente que minha participação é voluntária e que posso a qualquer momento me desligar da pesquisa sem nenhum constrangimento ou penalização.

DE ACORDO,

Assinatura do(a) Participante

Endereço: _____

Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Natal, ____ de _____ de 2008.

Pesquisador(a)

Telefone: _____

E-mail: _____

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO