

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**JUDITE HENNEMANN BERTONCINI**

**ENTRE O PRESCRITO E O REAL: RENORMALIZAÇÕES  
POSSÍVEIS NO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS  
2011**



**JUDITE HENNEMANN BERTONCINI**

**ENTRE O PRESCRITO E O REAL: RENORMALIZAÇÕES  
POSSÍVEIS NO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra Denise Elvira Pires de Pires  
Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

**FLORIANÓPOLIS  
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

B547e Bertoncini, Judite Hennemann  
Entre o prescrito e o real [tese] : renormalizações  
possíveis no trabalho da enfermeira na Saúde da Família /  
Judite Hennemann Bertoncini ; orientadora, Denise Elvira Pires  
de Pires. - Florianópolis, SC, 2011.  
147 p.: quadros

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,  
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem familiar. 2. Família - Saúde e higiene.  
3. Enfermagem do trabalho. 4. Qualidade de vida no trabalho.  
5. Acolhimento. I. Pires, Denise Elvira Pires de. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

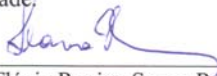
JUDITE HENNEMANN BERTONCINI

**ENTRE O PRESCRITO E O REAL: RENORMALIZAÇÕES  
POSSÍVEIS NO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

**Doutor em Enfermagem**

E aprovada na sua versão final em 15/02/2011, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

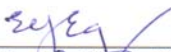


Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

**BANCA EXAMINADORA**



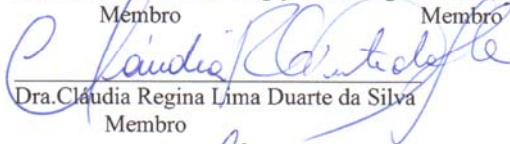
Dra. Denise Elvira Pires de Pires  
Presidente



Dra. Emiko Woshikawa Egry  
Membro



Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer  
Membro



Dra. Cláudia Regina Lima Duarte da Silva  
Membro



Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha  
Membro



***Dedico esta conquista a vocês...***

*À minha mãe, Zélia, pela mulher maravilhosa que és, por me apoiar, apostar em mim, viabilizar minha especialização. Pela tua lucidez, pela sabedoria de amar e acolher.*

*Ao meu pai que me ensinou o prazer da leitura, dizia que a única herança que podia deixar era o “estudo”. A herança se multiplicou, sei que hoje irias ficar bem orgulhoso.*

*Aos meus amores, Pedro e Guilherme, pela torcida e por me ensinarem, diariamente, cada um a seu jeito, do amor incondicional. Vocês me atualizam no mundo.*

*Ao meu amor (e marido) Marco que me acompanha na vida desde a graduação, com muito afeto, cuidado e infra-estrutura para que eu chegasse até aqui.*

*À minha irmã Fabiana que cuidou dos meus filhos com muito carinho, sem reservas e pelo chá de mostarda e alecrim que me animava e me fazia continuar.*

*Aos meus irmãos e amigos, Sabine, Fabiana, Angelo e Adelaide e suas famílias, pelo amor e por todas as gargalhadas que rimos juntos, a vida fica melhor.*

***AMO VOCÊS!***





## AGRADECIMENTOS

A caminhada até aqui foi longa e, mesmo nos momentos que pareciam mais solitários, vocês estavam em mim: a amiga, a família, a professora, a secretária... são muitos os acompanhantes que apoiaram esta trajetória, de todas as formas. A todos, Muito obrigada!

À minha orientadora Denise Pires, quem eu admiro muito e que continua dividindo seu patrimônio comigo desde a graduação. Por me “salvar” dos dados com carinho, pelas contribuições na (re)composição do nosso trabalho com renormalizações permanentemente transitórias. Obrigada.

À Universidade Federal de Santa Catarina, ao Curso de Enfermagem e ao Programa da Pós-Graduação que possibilitaram a minha formação desde a graduação até o doutorado.

Às coordenações e aos professores do Programa de Pós-Graduação por contribuir com muita qualidade para meu aprendizado.

Aos membros da Banca de Qualificação pelas contribuições num momento fundamental do caminho.

Aos membros da Banca Examinadora pela disponibilidade em tempo exíguo, de dividir comigo suas valiosas contribuições.

Às funcionárias da Pós-Graduação pela disposição com que sempre me atenderam.

À FURB/Universidade de Blumenau que viabilizou meu afastamento, sem o que não teria sido possível buscar esta qualificação.

Ao Departamento de Enfermagem da FURB e à coordenação que trabalham pela qualidade do Curso e pelo apoio que me concederam durante esses quatro anos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau que me autorizou a realização da pesquisa.

Às enfermeiras e ao enfermeiro que me acolheram e me abriram o seu mundo do trabalho e me ajudaram a decifrar alguns enigmas da nossa profissão. Sem vocês não teria esta Tese, mas o importante é que vocês fazem a diferença na Saúde das Famílias, e mostraram que podemos protagonizar um mundo melhor para todos, cuidados e

cuidadores. Eu admiro cada um de vocês. Obrigada.

Aos colegas do Doutorado, alguns mais próximos, outros mais distantes, por dividir esse trecho do caminho, aprendizagens e consolos mútuos.

Aos professores e colegas do Grupo Praxis pelas contribuições na minha formação, pela curiosidade e seriedade em fazer ciência.

À Luzia que me ajudou muito com a formatação e apresentação do trabalho.

As minhas amigas champagneir@s pelas muitas risadas, pela amizade, por deixar tudo mais leve e colorido.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário  
AG – Ambulatório Geral  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
Cofen – Conselho Federal de Enfermagem  
Coren – Conselho Regional de Enfermagem  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
LEP – Lei do Exercício Profissional da Enfermagem  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PSF – Programa de Saúde da Família  
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SUS – Sistema Único de Saúde  
THD – Técnico em Higiene Dental  
UAS – Unidade Avançada de Saúde  
USF – Unidade de Saúde da Família



BERTONCINI, Judite Hennemann. **Entre o prescrito e o real:** renormalizações possíveis no trabalho da enfermeira na Saúde da Família. 2011. 147p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Denise Elvira Pires de Pires.

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

## RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com objetivo de analisar o governo do trabalho da enfermeira no que diz respeito a tomada de decisão e gestão das atividades cotidianas, na Estratégia de Saúde da Família, a partir do discurso expresso em suas ações, na relação dialética entre o trabalho prescrito e o trabalho real. O estudo foi realizado em um município de médio porte da região sul do Brasil com amostra constituída por 10 enfermeiras. Utilizou-se o critério de saturação para encerrar a amostra. Os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aderiram voluntariamente à pesquisa que atendeu todas as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados de março a agosto de 2010 através de estudo documental, observação e entrevistas de auto-confrontação. Para a coleta e análise dos dados utilizou-se o recurso da triangulação metodológica e o referencial do Materialismo Histórico e Dialético e da Ergologia, relacionado os dados obtidos à totalidade histórica e social, incluindo o contexto político e institucional e as normas prescritas; e, sob inspiração da Ergologia, definiu-se, como categoria central de análise, as situações de trabalho. Para tratamento e análise dos dados foram usados os recursos do software Atlas-Ti – 5 (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*). Após a realização das observações que orientaram as entrevistas de auto-confrontação, os vinte documentos obtidos foram colocados no Atlas.ti onde foi realizada a codificação e as idéias relevantes articuladas em categorias de análise, que foram conformadas em três grandes temas: a) o trabalho das enfermeiras na Saúde da Família – renormalizações possíveis entre o prescrito e o real; b) as dramáticas do uso de si e os valores que as enfermeiras utilizam na gestão do acolhimento; e c) influência das condições de trabalho na renormalização das atividades suspensas, contrariadas ou impedidas das enfermeiras na Saúde da Família. Os

resultados mostraram que as enfermeiras transitam entre as exigências das prescrições da política de produtividade e resolutividade ou eficácia e as necessidades dos usuários de acesso aos serviços em busca de alívio de seus sofrimentos e, mais timidamente, orientam-se pelas prescrições da profissão. Encontrou-se, também, que condições de trabalho inadequadas como força de trabalho insuficiente e precariedade nos instrumentos de trabalho, contrariam ou impedem o alcance dos objetivos de promoção da saúde e integralidade prescritos pela Saúde da Família. Com vistas a gerir diferentes prescrições as enfermeiras (re)normalizam suas atividades com base nos valores de direito à saúde, acesso e integralidade acarretando sobrecarga de trabalho. Os resultados sustentam a tese de que em cenários complexos nos quais se desenvolve o trabalho na ESF, as enfermeiras tomam decisões em relação ao seu trabalho considerando as normas e políticas institucionais prescritas, as condições concretas de trabalho e as necessidades dos usuários e, em menor intensidade, a regulação profissional. Estas prescrições interagem entre si, assim como são interpretadas pelos diferentes sujeitos considerando-se valores e características individuais. Essas renormalizações têm potencial para contribuir com o desenvolvimento profissional e promover cuidado de enfermagem com qualidade, fundado em valores do bem comum. Mas, pode predominar a perspectiva de auto-preservação, atendendo aos objetivos institucionais, além do sentido de produção do cuidado integral. Conclui-se que os ingredientes da competência utilizados pelas enfermeiras podem ser investidos para propiciar maior visibilidade ao seu trabalho, produzir (re)normalizações que fortaleçam a perspectiva da integralidade e contribuam com o desenvolvimento da profissão.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Condições de Trabalho. Papel do profissional de Enfermagem. Gestão em Saúde. Acolhimento.

BERTONCINI, Judite Hennemann. **Between prescribed and real:** possible Family Health nursing work renormalizations. 2011. 147p. Dissertation (Doctorate in Nursing) – Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Adivisor: Dra. Denise Elvira Pires de Pires.

### **ABSTRACT**

The objective of this qualitative study was to analyze Brazilian nurse work governance with respect to decision-making and daily-activity management within the Family Health Strategy, based on the expressive discourse of nursing work actions in the dialectic relationship between prescribed work and real work. The study was carried out in a medium-sized municipality in southern Brazil, with a sample size involving 10 nurses. These professionals signed the Term of Free and Clarified Consent and voluntarily adhered to the research gathered, which satisfied all the demands of Brazilian Resolution 196/96 of the National Health Council. The data was collected from March to August of 2010 through documental research, observation, and self-confronting interviews. Methodological triangulation was used to collect and analyze the data with reference to Historical and Dialectic Materialism and Ergology, relating the data obtained to its historical and social totality, including its political and institutional context and pertinent prescribed norms. Under the inspiration of Ergology, Work Situations was defined as the central category of analysis of this study. The Atlas-Ti software (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*) was used to treat and analyze the data. After completing the observations which oriented the self-confronting interviews, the twenty documents obtained were submitted to Atlas-Ti and codified, with relevant articulated ideas categorized according to such analysis, resulting in three grand themes: a) Nursing work in Family Health – possible renormalizations between the prescribed and real; b) drama of using one's self and the values which nurses use in welcome management; and c) the influence of work conditions in renormalizing suspended, contradicted, or impeded activities from Family Health nurses. The results have shown that nurses transit between the prescribed demands of the policy for productivity and resolution or efficacy and the needs of users with access to services who seek relief from their suffering. More timidly, nurses are oriented by the profession's prescriptions. It was also found

that inadequate work conditions or precariousness among work instruments contradict or hinder achieving the objectives of health promotion and integrality, as prescribed in Family Health. Seeking to generate different prescriptions, nurses (re)normalize their activities based on values such as the right to health and access to integrality, which leads to overloads of work. These results support the thesis that in complex scenarios in which Family Health Nursing work is developed, nurses make decisions related to their work considering the prescribed norms and institutional policies, the concrete work conditions, user needs, and professional regulation to a lesser degree. These prescriptions interact, just as they are interpreted by different subjects considering individual values and characteristics. These renormalizations have the potential to contribute to professional development and promote quality nursing care, based on common values. The self-preservation perspective may dominate, attending institutional objectives beyond the sense of integral care production. This study concludes that the ingredients of competence utilized by nurses may be invested to provide greater visibility to nursing work, to produce (re)normalizations which strengthen the perspective of integrality, and to contribute to professional development.

**Keywords:** Family Health. Work Conditions. Role of nursing professional. Health management. Welcoming.



BERTONCINI, Judite Hennemann. **Entre lo prescrito y lo real: re-normalizaciones posibles en el trabajo de la enfermera en la Salud de la Familia.** 2011. 147p. Tesis (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Denise Elvira Pires de Pires.

## RESUMEN

Este es un estudio de naturaleza cualitativa con el objetivo de analizar el gobierno del trabajo de la enfermera en lo que concierne a tomada de decisión y dirección de las actividades cotidianas, en la Estrategia de Salud de la Familia, a partir del discurso expresado en sus acciones, en la relación dialéctica entre el trabajo prescrito y el trabajo real. El estudio se realizó en un municipio de medio porte de la región sur del Brasil con una muestra constituida por diez enfermeras se utilizó el criterio de saturación para encerrar la muestra. Los profesionales citados firmaron una constancia de Consentimiento Libre y Claro y se adhirieron voluntariamente a la investigación, que logró cumplir con todas las exigencias de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. Los datos fueron colectados entre marzo y agosto de 2010 por medio de estudio documental, observación y entrevistas de auto confrontación. Para la colecta y análisis de los datos se utilizó el recurso de triangulación metodológica y el referencial del Materialismo Histórico y Dialéctico y de la Ergología, relacionado a los datos obtenidos de la totalidad histórica y social, incluyendo el contexto político e institucional y las normas prescritas; y bajo inspiración de la Ergología, se definió como categoría central de análisis, las situaciones de trabajo. Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizaron los recursos de Software Atlas-Ti-5 (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*). Después de haber realizado las observaciones sobre lo orientado en las entrevistas de auto confrontación, los veinte documentos obtenidos se colocaron en el Atlas-Ti donde se realizó la codificación y las ideas relevantes articuladas en categorías de análisis, que fueron conformadas en tres grandes temas: a) El trabajo de las enfermeras en la Salud de la Familia – re-normalizaciones posibles entre lo prescrito y lo real; b) las dramáticas del uso de si mismo y los valores que las enfermeras utilizan en la dirección de acogimiento; y c) influencia de las condiciones de

trabajo en la re-normalización de las actividades suspendidas, contrariadas o impedidas de las enfermeras en la Salud de la Familia. Los resultados mostraron que las enfermeras transitan entre las exigencias de las prescripciones de la política de productividad y la resolución o eficacia y las necesidades de los usuarios de acceso a los servicios en busca de alivio de sus sufrimientos y, más tímidamente, se orientan por las prescripciones de la profesión. También se encontró que en presencia de condiciones de trabajo inadecuadas como fuerza de trabajo insuficiente y precariedad en los instrumentos de trabajo, van en contra o impiden el logro de los objetivos de promover la salud y la integralidad prescritos por la Salud de la Familia. Con enfoque en la administración de diferentes prescripciones las enfermeras (re)normalizan sus actividades en base a los valores de derecho a la salud, acceso e integralidad acarreado sobrecarga de trabajo. Los resultados sostienen la tesis de que en escenarios complejos en los cuales se desarrolla el trabajo en la ESF, las enfermeras toman decisiones en relación a su trabajo considerando las normas y políticas institucionales prescritas, las condiciones concretas de trabajo y las necesidades de los usuarios y, en menor intensidad, la reglamentación profesional. Estas prescripciones interactúan entre si, así como son interpretadas por los diferentes sujetos considerando valores y características individuales. Esas re-normalizaciones tienen potencial para contribuir con el desarrollo profesional y promover el cuidado de la enfermería con calidad, fundamentado en valores del bien común. Sin embargo, puede predominar la perspectiva de auto-preservación, visando los objetivos institucionales, además del sentido de producción del cuidado integral. Se concluye que se puede hacer una inversión en los ingredientes de las capacidades provenientes de las enfermeras para propiciar mayor visibilidad a su trabajo, producir (re)normalizaciones que fortalezcan la perspectiva de integralidad y contribuyan con el desarrollo de la profesión.

**Palabras claves:** Salud de la Familia. Condiciones de Trabajo. Papel del profesional de la Enfermera. Dirección en Salud. Acogimiento.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Sujeitos do estudo, experiência de trabalho e formação, Blumenau SC, 2011 .....	<b>61</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>11</b>
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	<b>19</b>
<b>1 APRESENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA</b> .....	<b>23</b>
1.1 OBJETIVOS .....	29
1.1.1 Geral .....	29
1.1.2 Específicos .....	29
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>31</b>
2.1 O TRABALHO HUMANO SOB O OLHAR DO MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO .....	31
2.2 O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA – A VISÃO DA ERGOLOGIA .....	34
2.3 O TRABALHO DA ENFERMAGEM .....	39
<b>2.3.1 O trabalho das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família sob o olhar da ergologia</b> .....	<b>44</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b> .....	<b>51</b>
3.1 OS SUJEITOS DO ESTUDO .....	53
3.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	54
3.3 PROCESSO DE ENTRADA NO CAMPO E SELEÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO .....	55
3.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	56
3.5 QUESTÕES ÉTICAS .....	57
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>59</b>
4.1 O MUNICÍPIO E OS SUJEITOS DO ESTUDO .....	59
4.2 ARTIGO 1: O TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA: RENORMALIZAÇÕES ENTRE O REAL E O PRESCRITO .....	65
4.3 ARTIGO 2: ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DRAMÁTICAS E VALORES NA GESTÃO DA ATIVIDADE DAS ENFERMEIRAS .....	88
4.4 ARTIGO 3: CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENORMALIZAÇÕES NAS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	109
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>129</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>141</b>

## 1 APRESENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Esta pesquisa foi motivada pelo interesse em compreender o processo vivido no cotidiano do trabalho de enfermagem no contexto da atenção básica, especificamente na Estratégia de Saúde da Família/ESF.

Nas minhas experiências de prática assistencial e de formação de novos profissionais de enfermagem, vivenciei programas verticalizados antes e depois do Sistema Único de Saúde/SUS, programas descentralizados e “vazios de programas”. Assim, percebi que nós, profissionais da enfermagem, tecemos nossas ações, com muito trabalho técnico, braçal e intelectual. Criamos e, às vezes, obedecemos as regras prescritas, modificando programas e normas, permeadas por afetos e conflitos, ora instituídos, ora instituintes, sujeitos e sujeitados pelos gestores. Uns aos outros, em relação, objetivamos nossos conhecimentos e desejos nos atos de trabalho.

Ao avaliar a implantação da ESF com todas as equipes existentes no final dos anos 1990, em um município de médio porte da região Sul do Brasil, por ocasião de elaboração da minha Dissertação de Mestrado, encontrei diferenças nas atividades realizadas pela equipe de enfermagem, independente das condições materiais e objetivas de trabalho. Por exemplo, uma unidade que não tinha sala de vacina, mantinha a cobertura vacinal adequada da população de sua área de abrangência; em outra unidade a enfermeira realizava trabalho com grupos em uma sala emprestada pela escola, enquanto uma de outra equipe relatou não fazer trabalho em grupo, pois não dispunha desse espaço em sua unidade.

Foram várias situações tanto de resignação com a situação instituída quanto de movimentos instituintes no sentido de criar novas formas de realizar as ações. Estas constatações não foram exploradas pelos limites da Dissertação, mas a inquietação que me provocaram tem me acompanhado desde então. O que motivava aqueles profissionais a fazer ou não fazer, ou fazer de outra maneira o seu trabalho? Como fazem estas escolhas?

Por outro lado, a maioria das instituições de saúde parece não considerar a satisfação e necessidades de profissionais e usuários ao planejar o seu trabalho. Além disso, os gestores implantam novos projetos, ou simplesmente suprimem outros, sem um processo de discussão com o coletivo dos agentes do trabalho em saúde. A gestão parece restringir-se a prescrições institucionais como se estas pudessem ser implementadas sem a contribuição dos agentes do trabalho.

Um projeto de trabalho é gerado a partir de necessidades para atingir uma finalidade projetada. Neste caso então, qual necessidade o trabalho da enfermagem tenta satisfazer? E qual finalidade é projetada pelo profissional e /ou equipe de enfermagem para o seu trabalho?

Na análise do trabalho real, diversos autores (FIGUEIREDO; ATHAYDE, 2004; SCHWARTZ et al., 2007; BRITO, 2004; TELLES; ALVAREZ, 2004; MATOS; PIRES; SOUZA, 2010) têm mostrado que tanto o processo de implantação quanto o de suspensão de novos programas/novas formas de organizar o trabalho são atravessados por conflitos, resistências e adesões dos trabalhadores o que ocorre, também, na saúde e na enfermagem.

Tenho observado, ao longo desses anos trabalhando na rede de atenção primária e secundária nos serviços públicos de saúde, tanto no nível municipal quanto estadual, grande permeabilidade do trabalho da enfermagem aos objetivos institucionais. Parece que os profissionais de enfermagem pouco se apresentam com um projeto assistencial próprio, contribuindo de forma consciente para a construção de um projeto coletivo de trabalho no âmbito da saúde.

Nas últimas décadas no Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde/ SUS tem suscitado intenso debate sobre novas práticas em saúde nas instituições ambulatoriais, hospitalares e domicílios, com vistas à expansão da cobertura e abrindo novos espaços e arranjos para assistir e organizar o trabalho em saúde e enfermagem.

No processo da Reforma Sanitária Brasileira destacou-se, dentre seus objetivos, o de enfrentar o modelo biomédico fundado na assistência médica especializada e hospitalar, com uso intensivo de equipamentos, exames e medicamentos e com alto custo para a sociedade. Vários países (Canadá, EUA, Inglaterra, Espanha, Brasil, França, Itália, Chile) elaboram modelos alternativos para seus sistemas de saúde, com diferentes orientações, mas todos buscando a racionalização em saúde (MENDES, 1996).

O governo do Canadá divulgou em 1974 um relatório (conhecido como Informe Lalonde) sobre o seu sistema de saúde afirmando as áreas que deveriam ser objeto de intervenção da política pública de saúde: a biologia humana, meio ambiente, estilos de vida, organização da atenção e preocupação com o entorno ambiental (LALONDE, 1974).

Em 1978 ocorre a Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde em Alma Ata (URSS) que foi sucedida por Conferências de Promoção da Saúde a partir de 1986 (1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde – Ottawa, Canadá), todas recomendando o



desenvolvimento de ações nas áreas já apontadas pelo Informe Lalonde. Assim, foi construído um consenso político de que a promoção da saúde poderia ser um paradigma válido para responder às necessidades e problemas de saúde da população e dos sistemas de saúde dos países.

A Atenção Primária em Saúde é uma estratégia de organização dos serviços de saúde, uma forma de integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como prerrogativa as necessidades de saúde da população. É a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela coordenação do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2007).

A partir daí, a Organização Mundial da Saúde (OMS) difunde os princípios de universalização, integralidade da atenção e controle social como norteadores das propostas de reorganização dos serviços de saúde.

O Brasil se insere nesse contexto de necessidade de reformular seu sistema de saúde e, com ampla participação dos movimentos sociais, de profissionais de saúde e de entidades do setor, realiza a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujo relatório serviu de base para o texto da Constituição Brasileira, que institui e aprova o SUS.

Esses fatos históricos situam as origens dos princípios e diretrizes orientadores da atual política de saúde do Brasil, configurados na Estratégia de Saúde da Família/ESF, na Política de Promoção da Saúde/PNPS e na Política Nacional de Atenção Básica/PNAB.

O Programa Saúde da Família/PSF foi implantado no Brasil em 1994, inicialmente como uma ação estatal dirigida às populações mais pobres, num contexto mundial de construção das agendas de reformas dos Sistemas de Saúde fortemente influenciadas pelo Fundo Monetário Internacional/FMI, que sugeria uma ação estatal focalizada nos grupos mais pobres para a reorganização do setor de saúde dos países em desenvolvimento (CONILL, 2002).

Não obstante a discussão teórica se o PSF seria instrumento de uma política focalizada excludente (FAVERET; OLIVEIRA, 1990) ou orientação para reorganização dos serviços de saúde, o mesmo expandiu-se assumindo, a partir de 2006, o caráter de estratégia prioritária para reorganização do modelo assistencial em saúde, com vistas a viabilizar os princípios do SUS (BRASIL, 2006).

A literatura nacional e internacional, especialmente nos últimos dez anos tem apresentado muitos estudos a respeito da Política de Saúde no Brasil, especificamente sobre Atenção Básica e a Saúde da Família. A OMS em seu V Relatório sobre Atenção Primária recomenda a adoção da Atenção Primária de Saúde em todos os países e destaca o

Brasil como exemplo dessas iniciativas, especialmente pela implantação da ESF. Esta estratégia é vista com potencial positivo para proporcionar melhorias na qualidade da assistência em saúde (WHO, 2008).

Há inúmeros trabalhos avaliando a ESF, a sua implantação e desenvolvimento como política, os processos de gestão, estrutura e funcionamento (BERTONCINI, 2000; PERET, 2001; CONILL, 2002; MACINKO; SOUZA, 2006; FREITAS; MANDÚ, 2010) . Os estudos também se proliferaram na dimensão das práticas realizadas na ESF, investigando os processos de trabalho com foco nas equipes ou nos trabalhadores (FERTONANI, 2003; SCHERER, 2006).

Há ainda, muitos estudos sobre a prática e as ações que as enfermeiras desenvolvem na ESF, centrados na percepção destas profissionais/trabalhadoras. A maioria dos estudos estão vinculados à atuação da enfermeira em uma área específica no contexto da saúde da família, abordando assistência de enfermagem (consulta de enfermagem ao hipertenso, ao diabético, à criança, à gestante, à mulher e outros), a educação em saúde ou a dimensão gerencial do seu trabalho (KAWATA et al., 2009).

Pode-se dizer que uma parte das pesquisas trata do trabalho prescrito, como o trabalho deveria ser, sejam prescrições emanadas das autoridades, instituições, níveis hierárquicos da gestão ou, das próprias enfermeiras.

Outros investigam o trabalho real, o que as enfermeiras efetivamente fazem e alguns analisam o que elas fazem e o que deveriam fazer, usando como referência a prescrição institucional. (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; TAVARES, 2006; WEIRICH et al, 2009; ARAÚJO; SILVA LEITE, 2008; RIBEIRO et al., 2007; SILVA et al., 2009; MACHADO; SILVA, 2007; COSTA; MIRANDA, 2008; MARIN et al, 2009).

Destaca-se o estudo de Kawata et al. (2009) que analisa os atributos mobilizados pelas enfermeiras para o planejamento, a coordenação e a supervisão, através da observação e aponta a necessidade de discutir com as enfermeiras para compreender os determinantes de suas ações e o contexto da política municipal de saúde em que essas práticas se realizam.

Mas são escassos os estudos que avaliam a enfermeira em ato, a partir da perspectiva da Ergologia. A análise do trabalho em curso como atividade permite captar, em parte, a forma como a enfermeira enfrenta as singularidades nas situações de trabalho que as prescrições não comportam (SCHWARTZ et al., 2007).

Esta nova abordagem teórico-metodológica surgiu na França, na Universidade de Provence em 1983, em contextos de estudos sobre a análise pluridisciplinar das situações de trabalho, com a criação do Departamento de Ergologia nesta Universidade em 1999. A Ergologia se inspirou na Ergonomia, no Modelo Operário Italiano e na obra de Georges Canguilhem (ATHAYDE; BRITO, 2007).

Na década de 1990 iniciou-se uma parceria de pesquisadores daquela Universidade com pesquisadores brasileiros que passaram a frequentar a Universidade de Provence sob a liderança do Professor Yves Schwartz. No Brasil, os estudos têm sido profícuos nas áreas da Educação, Linguística, Psicologia Social, Ergonomia, Engenharia de Produção, Saúde Pública, Processo de Trabalho em Saúde e Saúde do Trabalhador (ATHAYDE; BRITO, 2007).

Nesta produção, destaca-se o estudo de Muniz, Vidal e Vieira (2004) que analisam os ingredientes da competência utilizados na gestão da assistência em uma enfermagem hospitalar. Os autores relatam que a passagem do plantão de enfermagem era realizada cada dia de forma singular, apesar do aparente ritual de repetição, pois era atravessada de acontecimentos que a vida impunha cotidianamente aos profissionais.

O materialismo histórico dialético é uma abordagem clássica para estudar o trabalho e tem sido bastante utilizado na área da saúde para estudar o processo de trabalho em saúde e de enfermagem (MATOS; PIRES; SOUZA, 2010; PIRES, 2009a; PIRES, 2009b; EGRY, 2009; ALMEIDA, 1997; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007; KAWATA et al, 2009; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

No entanto, pesquisas na área do trabalho em saúde e do trabalho em enfermagem que articulem o referencial do materialismo histórico dialético com a perspectiva ergológica são bem recentes.

Neste campo, é significativa a pesquisa de Scherer (2006) que estudou as possibilidades de construção da interdisciplinaridade nas práticas dos profissionais na ESF usando o referencial teórico da Ergologia e da dialética marxista. A autora analisou a interdisciplinaridade prescrita e as dramáticas do uso de si dos profissionais na vivência da interdisciplinaridade. Sugere que é necessário o desenvolvimento de competências a fim de enfrentar a complexidade dos problemas e do trabalho em saúde, requisitando dos trabalhadores negociação e gestão da atividade na articulação de seus saberes e fazeres.

Outra autora analisou a Política Nacional de Humanização com foco nos trabalhadores a partir do referencial da Ergologia mostrando o baixo estímulo à participação dos trabalhadores como ponto crítico do

seu desenvolvimento.

[...] a gestão dos processos de trabalho como parte vital da política de humanização em saúde faz pressupor o conhecimento e a consideração das questões não só macrossociais, políticas e econômicas, mas também de saberes e fazeres produzidos e legitimados no cotidiano dos trabalhadores da saúde e na concretude de suas práticas, neste espaço microtransgressor, fonte de criatividade e também de resistência (HENNINGTON, 2007, p.560).

Minha intenção, ao considerar o ponto de vista da atividade é ultrapassar a visão de como o trabalho da enfermeira na atenção básica deve ser, no sentido de idealização referida pela regulação profissional ou pelas prescrições institucionais (Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde).

O referencial teórico da Ergologia contribui para o entendimento de que o ser humano em qualquer atividade de trabalho (e também na saúde) vive um constante “debate de normas” entre sua experiência e valores e regras institucionais e profissionais (SCHWARTZ, 2004; SCHWARTZ et al., 2007). Através desse debate, o trabalhador renormaliza o trabalho prescrito e produz o que resulta no trabalho real, ou seja, a atividade real(izada) guarda, invariavelmente, uma distância do trabalho prescrito. A atividade (real)izada é sempre permeada por, mais ou menos, contradições e coincidências.

Considerando o trabalho das enfermeiras na ESF, cabe questionar que valores entram em cena no momento em que o trabalho é realizado? Como é decidido o trabalho da enfermagem? As renormalizações realizadas pelas enfermeiras na gestão/organização do seu trabalho orientam-se no sentido da autonomia, contribuindo para o desenvolvimento profissional, e para a promoção de um cuidado integral?

No contexto desta problemática, formulou-se o seguinte **problema de pesquisa**: como se dá o governo do trabalho das enfermeiras no que diz respeito a tomada de decisão e gestão da atividade no cotidiano de trabalho na ESF?

A **tese** defendida ficou assim formulada: Em cenários complexos nos quais se desenvolve o trabalho na ESF, as enfermeiras tomam decisões em relação ao seu trabalho considerando as normas e políticas

institucionais prescritas, as condições concretas de trabalho e as necessidades dos usuários e, em menor intensidade, a regulação profissional. Estas prescrições interagem entre si, assim como são interpretadas pelos diferentes sujeitos com base em valores e características individuais. Essas renormalizações têm potencial para contribuir com o desenvolvimento profissional e promover cuidado de enfermagem com qualidade, fundado em valores do bem comum. Mas, pode predominar a perspectiva de auto-preservação, atendendo aos objetivos institucionais, além do sentido de produção do cuidado integral.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Geral

Analisar o governo do trabalho da enfermeira no que diz respeito a tomada de decisão e gestão das atividades cotidianas, na Estratégia de Saúde da Família, a partir do discurso expresso em suas ações, na relação dialética entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

### 1.1.2 Específicos

1. Identificar o trabalho das enfermeiras, no contexto da atenção básica, quanto as normas antecedentes e o trabalho real.
2. Analisar os ingredientes da competência que as enfermeiras utilizam na realização do seu trabalho: normas antecedentes, experiência, articulação do saber com a situação singular, dramáticas do uso de si, debate de valores e competência coletiva.
3. Analisar os valores que influenciam nas suas escolhas na microgestão da atividade de trabalho de enfermagem na atenção básica.



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para analisar a gestão do trabalho das enfermeiras e o que orienta o processo de tomada de decisão parte-se do referencial do materialismo histórico-dialético, especialmente a concepção de trabalho desenvolvida por Marx, os elementos constitutivos do trabalho e as características do trabalho da enfermagem no contexto do trabalho em saúde.

A esta abordagem foi associado o aporte da Ergologia para o estudo do trabalho vivo como atividade humana, com vistas a compreender o trabalho prescrito e o trabalho real na atividade de trabalho das enfermeiras.

### 2.1 O TRABALHO HUMANO SOB O OLHAR DO MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO

Para Marx (1988, p. 202),

[...] o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, (...) em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (...) Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza.

Nesta relação com a natureza, homens e mulheres colocam a sua força, energia dos braços, pernas, mente, para transformá-la, a fim de satisfazer uma necessidade. O trabalho parte de uma necessidade percebida pelo ser humano que, por sua consciência e racionalidade, é capaz de antecipar um projeto mental, selecionar e usar instrumentos adequados e imprimir sua força ao objeto para alcançar uma finalidade (MARX, 1988).

Porém, a necessidade que vai gerar uma finalidade e um projeto de trabalho, pode ser do trabalhador com um valor de uso ou do capitalista, que, além do valor de uso, tem um valor de troca. Para prolongar e potencializar a sua força, o trabalhador utiliza-se de instrumentos de trabalho, que devem ser adequados a finalidade de cada trabalho ou atividade de trabalho. Ao transformar a natureza, além de

obter um produto do seu trabalho, o trabalhador/a está transformando a si próprio/a. Então, o ser humano é produtor e produto do seu trabalho, produzindo e reproduzindo sua existência. Neste processo modifica, também, a sua condição subjetiva, satisfazendo mais ou menos as suas aspirações e desejos.

Os elementos do processo de trabalho para Marx (1988) são:

- o próprio trabalho: a atividade adequada a um fim;
- o objeto de trabalho: que consiste na matéria sobre a qual se aplica o trabalho, seja um objeto fornecido pela natureza, seja um objeto que já passou por um processo de transformação, denominado matéria-prima. Ao final do processo de trabalho o objeto sobre o qual nos debruçamos está modificado;
- os meios de trabalho: uma coisa ou instrumento (incluindo todas as condições materiais) que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho com a função de dirigir sua atividade sobre este objeto. São elementos utilizados para prolongar o corpo/mente do trabalhador, interpondo-se entre este e o objeto de trabalho, tendo relação direta com a finalidade do trabalho.

O próprio trabalho são as ações realizadas sobre um objeto de trabalho e, por sua intencionalidade, o trabalho não se limita a movimentos manuais repetitivos, mesmo que rotineiros, mas implica um trabalho intelectual mais ou menos planejado e controlado pelo trabalhador/agente. A finalidade é o que confere sentido ao trabalho. É a partir de uma finalidade que se constrói um projeto de trabalho para atender a uma necessidade. Parece não ser possível construir projeto de ação sem ter uma finalidade e não há forma de definir a finalidade de uma ação sem saber da necessidade que a gerou (LEOPARDI, 2006). Por fim, o agente é o ser humano que realiza o trabalho com a intenção de transformar o objeto em um produto ou serviço.

É a atividade humana operando que anima o trabalho morto latente nos instrumentos ou matéria prima. A matéria-prima, que traz em si trabalho morto, para ter efetivado seu valor de uso necessita do trabalho vivo, da própria atividade humana. “Uma máquina que não serve ao processo de trabalho é inútil [...] o trabalho vivo tem de apoderar-se dessas coisas, arrancá-las de sua inércia, transformá-las de valores de uso possíveis em valores de uso reais e efetivos” (MARX, 1988, p. 207). Assim como o trabalho morto carrega valores de uso possíveis, o trabalho prescrito que enseja possibilidades, necessita da



atividade para tornar-se real e cumprir sua eficácia.

Esta é uma perspectiva filosófica sobre o trabalho, mas é importante considerar o trabalho em uma realidade histórica e concreta e quando se analisa um determinado setor, é necessário contextualizar as transformações ocorridas no mundo do trabalho em um dado momento histórico.

Para Marx (1988) o modo capitalista de produção deforma o trabalho na medida em que trata o trabalhador como mais uma parte da máquina, tenta separar a concepção da execução e aliena o/a trabalhador/a dos resultados do seu trabalho.

Algumas conseqüências do desenvolvimento do modo de produção capitalista especialmente após o advento da revolução industrial foi a perda de controle do processo de produção pelos trabalhadores, o parcelamento e a hierarquização do trabalho.

Frederick W. Taylor criou a Teoria da Administração Científica, investindo na fragmentação e na separação entre trabalho manual e intelectual, introduzindo o gerente (que detém a concepção do trabalho) para supervisionar o operário na execução de uma parcela dele, a fim de aumentar a produtividade (MOTTA, 1995).

Henry Ford associa os princípios do taylorismo à intensa utilização de máquinas, introduzindo linhas de montagem e esteiras rolantes de modo a intensificar o controle sobre os tempos e movimentos, aperfeiçoando a divisão do trabalho com perda de autonomia e limitando a capacidade de intervenção e criação no trabalho. Esse modelo de organização taylorista/fordista se destaca na produção industrial ao longo de todo o século XX e produziu efeitos nefastos sobre os trabalhadores com a divisão do trabalho entre concepção e execução, o controle gerencial e a hierarquia rígida, provocando a alienação dos trabalhadores (MATOS; PIRES, 2006).

Entretanto, essa execução de uma prescrição heterodeterminada idealizada por Taylor mostrou-se impossível, pois mesmo num trabalho de natureza repetitiva e planejado nos seus mínimos detalhes, não acontece a completa expropriação da concepção do trabalho, segundo a perspectiva da Ergologia (SCHWARTZ et al., 2007) que adota o conceito de atividade humana ou atividade de trabalho e evidencia os limites do taylorismo.

Assim, a atividade de trabalho não é pura execução, porque “o ambiente é sempre infiel e o trabalhador gere essa infidelidade, mas como uso de si, não como uma execução” (SCHWARTZ, 2007, p.191-192).

Segundo Schwartz et al. (2007), a atividade humana é portadora de quatro atributos: sempre há uma distância entre o trabalho prescrito e

o real, mesmo que tenha sido pensado pela mesma pessoa que o vai realizar; esta distância é invariavelmente ressingularizada pelo trabalhador; o sujeito que gere esta distância não é separado em corpo e alma, usa a racionalidade do conhecimento e a sabedoria (economia) do corpo para contornar os imprevistos e tornar a situação vivível; essa gestão/ arbitragem mobiliza valores, conformando o espaço de trabalho em encontro de valores.

Diante disso, pensamos ser bastante pertinente associar a abordagem do materialismo histórico dialético e a perspectiva da Ergologia para produzir conhecimento sobre o trabalho com vistas a transformá-lo.

## 2.2 O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA – A VISÃO DA ERGOLOGIA

Iniciou-se abordando, brevemente, o trabalho na concepção do materialismo histórico dialético, então cabe perguntar o que, o ponto de vista da Ergologia, acrescenta para pensar o trabalho?

O conceito de atividade de trabalho envolve, de um lado, as exigências sociais, finalidades impostas, heterodeterminadas (uso de si por outros) e, de outro, atividade vital como “oposição à inércia, à indiferença” (uso de si por si). Então, trabalhar é gerir este debate de normas, é um destino a viver, isto quer dizer que não pode ser completamente antecipável (SCHWARTZ, 2004b, SCHWARTZ et al., 2007).

Para Cunha (sd, p.11) “toda atividade de trabalho é segmento de um protocolo experimental de um lado e, de outro, é experiência e encontro”, é patrimônio coletivo e, por mais prescritivo que seja, não é “completamente previsível” (SCHWARTZ, 2004a) nem pelo sujeito que trabalha. Schwartz et al. (2007, p. 70) acrescenta que o trabalho é a aplicação de um protocolo, ao mesmo tempo é aplicá-lo sempre de forma singular.

A atividade é sempre singular, pois os indivíduos são singulares e variáveis (desde dimensões fisiológicas até culturais), realizada em contextos singulares e variáveis (dimensões materiais, organizacionais e sociais) e tem uma finalidade, cuja construção compete ao trabalhador (BÉGUIN, 2006; SCHWARTZ et al., 2007).

Béguin (2006) ao caracterizar a atividade de trabalho na abordagem da Ergologia refere que o centro da atividade é a pessoa

como ator humano/sujeito e não como fator humano ou somente mais um componente do sistema, o ator humano regula o seu funcionamento e o desenvolve.

Os problemas que os trabalhadores têm que resolver em sua atividade não são completamente previsíveis e prescritíveis; para resolver e operar o trabalho vivo, o trabalhador concilia o uso de si por si e o uso de si pelos outros (SCHWARTZ, 2004a); os problemas encontrados em uma situação determinada só podem ser identificados a partir da compreensão da estrutura interna da atividade, tal como são pensados pelo trabalhador. Neste sentido, identificar a atividade significa identificar o trabalho real.

Desta perspectiva, o real é aquele que se encontra e se constitui na atividade e do qual só uma pequena parte é observável. Em sua atividade os trabalhadores efetuam compromissos entre diferentes esferas de interesse: os seus próprios relativos aos valores/subjetividade e os da instituição/produção. Esses interesses podem ser contraditórios, mas a atividade é integradora, pois articula e recompõe um conjunto de interesses/determinantes muitas vezes diversos (BÉGUIN, 2006, tradução nossa).

O conceito de trabalho real confunde-se com o de atividade, sendo uma resposta do trabalhador às imposições do meio para realizar o trabalho prescrito. Isto pressupõe que as prescrições são recursos incompletos, uma defasagem entre o que foi antecipado pela prescrição e as situações encontradas no cotidiano de trabalho (SCHWARTZ et al., 2007; BRITO, 2008).

Segundo Telles e Alvarez (2004, p.71), a atividade de trabalho consiste na realização do trabalho prescrito, considerando-se as restrições e as vantagens dispostas pelas variabilidades. “[...] a maneira pela qual as pessoas se engajam na gestão dos objetivos do trabalho, num lugar e num tempo determinados, servindo-se dos meios disponíveis ou inventando outros meios”.

As prescrições seriam as ordens emanadas da hierarquia, os procedimentos e normas técnicas, as diretrizes, os objetivos transmitidos aos trabalhadores relativos aos prazos, produtividade e incluem também as condições dadas para a realização do trabalho, como uma atadura de gaze que não absorve, por exemplo.

O conceito de trabalho prescrito, oriundo da Ergonomia foi ampliado por Schwartz ao desenvolver a noção de normas antecedentes. Para ele, as normas antecedentes integram concepções científicas e limites de execução heterodeterminados, mas legitimadas socialmente, e passam a ser consideradas normais. Assim, pode parecer estranho que

um outro profissional que não o médico, realize uma atividade como a solicitação de um exame complementar, reconhecida histórica e socialmente como exclusivamente sua. Este é outro aspecto das normas antecedentes, elas se configuram histórica e coletivamente, resultando na constituição de patrimônio cultural, científico e conceitual, são os saberes-fazer e ainda, como esses saberes são comunicados (SCHWARTZ, 2004a).

As normas antecedentes ainda têm uma dimensão político-jurídica, que traduzem valores referidos ao bem comum, dimensionados e negociados nos espaços de trabalho.

O trabalho prescrito tem sido objeto de amplo debate e Brito (2008) sintetiza os seus componentes: a. os objetivos, metas e resultados a serem atingidos; b. os métodos e procedimentos pré-determinados; c. as ordens e instruções (oralmente ou por escrito) oriundas da hierarquia; d. os protocolos, normas técnicas e de segurança a serem seguidos; e. os meios técnicos disponíveis; f. a divisão do trabalho predefinida; g. os prazos e tempos previstos e; h. as condições socioeconômicas (como qualificação exigida e salário).

A renormalização é um retrabalho permanente das normas antecedentes e uma produção de outras normas na própria atividade. É importante salientar que o prescrito, engendrado pelas pessoas em atividade e transformado em patrimônio, pode ser valioso, mas não está isento de virar uma norma, no sentido taylorista do termo, a ser aplicada sem conexão com a especificidade de cada situação (DURRIVE, 2007). Por isto, do ponto de vista do trabalho torna-se imprescindível considerar o debate de normas e valores, no momento da atividade e a gestão dessas defasagens pode ser uma manifestação de vitalidade como uma tentativa de escapar à simples sujeição à prescrição.

A Ergologia se situa no caminho cujas margens se constituem do lado da norma, o prescrito e do lado da atividade, a renormalização (DURAFFOURG, 2007). Portanto, não se trata de executar as normas, elas são preciosas no desenvolvimento do trabalho, sem o que não teria sentido a produção de conhecimento acumulado e compartilhado socialmente.

Para Abrahão (2000) a realidade de trabalho é o cenário onde se confrontam as características do indivíduo, as exigências da produção e a organização do trabalho. A autora afirma que a resposta dos trabalhadores às variabilidades/ inovações tecnológicas, incluindo novos projetos e objetivos institucionais, era entendida como afastamento do trabalho prescrito, e conseqüente prejuízo à produção. Atualmente, é

entendida como forma de gestão da variabilidade diante dos problemas que o trabalhador tem que solucionar.

“Como a dimensão histórica perpassa os protocolos do trabalho, assegurando que todo trabalho seja, em certa medida, encontro entre homens portadores de experiência, de saber, contingência,” (CUNHA, sd, p.13) não permite que os gestores padronizem totalmente o trabalho, que é marcado por variabilidades em suas múltiplas dimensões. No trabalho vivo, é o produtor que opera utilizando ingredientes heterogêneos como sua experiência e seus valores.

Para Marx (1988. 207) “uma máquina que não serve ao processo de trabalho é inútil. Além disso, deteriora-se sob a poderosa ação destruidora das forças naturais [...]”. O trabalho vivo tem de apoderar-se dessas coisas, e arrancá-las de sua inércia e transformá-las de valores-de-uso possíveis em valores-de-uso reais e efetivos. Isto é, o trabalhador de enfermagem tem que “emprestar vida” para um protocolo ou um pacote de curativo (trabalho morto), pois sem a sua ação (experiência, saber, habilidade), esses materiais continuam sem valor-de-uso e não cumprem a finalidade do cuidado. Schwartz (2004a, p. 66) considera trabalho vivo como a ação de trabalho ou atividade situada, no momento em que é realizada, que inclui a experiência, os valores, o conhecimento e as normas antecedentes.

A variabilidade do trabalho entre a prescrição e a realidade, abrange dimensões como a característica do trabalhador, inter e intraindividual e a organização do trabalho, condições/variabilidade dos materiais, equipamentos e procedimentos, os protocolos de trabalho (ABRAHÃO, 2000).

Para nos conduzir à reflexão, Schwartz et al (2007) apontam três tipos de dificuldades na constituição deste espaço de dramáticas gestórias onde opera o trabalho vivo.

A primeira dificuldade diz respeito a organização das gestões individuais que podem mover-se entre dois pólos: o pólo da eficácia, o ato referido aos seus objetivos e o pólo da eficiência, que visa o produto da atividade segundo os meios disponíveis para produzi-lo. Geralmente há uma negociação entre esses dois pólos. Se uma enfermeira tem o objetivo de aliviar a dor de uma pessoa, vai negociar entre o compromisso de redução das contraindes<sup>1</sup> posturais, sob a ótica da

---

<sup>1</sup> *Contrainte* designa pressão moral ou psíquica exercida sobre alguém; obrigação criada por regras ou necessidades; mal estar em função de ter que cumprir ações indesejáveis; esforço exercido sobre um corpo, por uma força exterior ou devido a forças internas a esse corpo (SCHWARTZ, 2004a).

eficiência, e o uso econômico do corpo no trabalho e decidir o procedimento a ser realizado, aplicar compressa de calor e/ou frio ou estimular a auto-aplicação, o que demoraria mais.

A segunda dificuldade se refere aos valores intrínsecos às escolhas e arbitragens que são dimensionados pelas gestões incluídas nas atividades, valores relacionados e retrabalhados pela experiência de trabalho vivida. Esses valores podem ainda voltar ao ator da atividade de forma externa (heterogênea) e institucional, nos serviços de saúde, de uma Secretaria de Saúde, uma chefia ou um hospital. Estas decisões podem mostrar as discordâncias e contradições entre valores sem dimensão, eficácia e eficiência, e as relações de subordinação que protagonistas da atividade e agências gestoras podem conflituosamente gerar. É o lugar das relações políticas e sociais na gestão do cotidiano. No trabalho em saúde, os agentes da enfermagem se deparam com escolhas entre o cuidado com qualidade e demandas (valores) institucionais de produtividade, muitas vezes com deficiências administrativas e de recursos.

A terceira dificuldade nos remete à idéia de que a negociação de eficácias é uma negociação de negociações. Ajudar uma pessoa a fazer sua higiene ou deixar que ela própria o faça pode resultar de um cálculo entre o conteúdo do valor tempo e o conteúdo do valor cuidar, ou ainda *contraintes* individuais ou de equipes (SCHWARTZ, 2004a).

De forma geral, as instâncias negociantes são construídas coletivamente, compartilham valores, mas não estão nas mesmas posições para fazer sua negociação de eficácias. As relações de poder, as relações hierárquicas dão pesos desiguais às negociações e umas em relação a outras (SCHWARTZ, 2004a).

Essas instâncias de negociações de eficácias, eficiências, valores sem dimensão, contraditórios e compartilhados, são materializados nas atividades de trabalho em situações reais.

Schwartz (2004a, p. 25) localiza o trabalho vivo como lugar de negociações do uso de si, “sempre lugar de uma dramática” e sempre gestão, um espaço que pode inclusive, ser dilatado.

Mas o que vai arbitrar estas escolhas? Trabalhar dessa ou daquela forma, resistir, obedecer ou transgredir? Schwartz et al.(2007, p.24), definem [...] “este alguém que trabalha como o corpo-si, um centro de arbitragens que governa a actividade” [...], que ultrapassa os limites do corpo físico, é uma entidade constituída de corpo biológico, mas atravessado por história, pelo social, institucional, psíquico, as normas e os valores (do contexto e retrabalhados), é uma entidade enigmática que resiste

às tentativas de ser objetivado (SCHWARTZ et al., 2007, p. 199).

### 2.3 O TRABALHO DA ENFERMAGEM

A enfermagem profissional tem como foco central o cuidado aos seres humanos, em toda sua complexidade e é sobre esse cuidado que a enfermagem produz conhecimentos e tecnologias que vão sustentar o campo disciplinar que fundamenta a profissão (PIRES, 2009; LEOPARDI, GELBCKE, RAMOS, 2001).

O trabalho da enfermagem tem sido caracterizado na literatura (PIRES, 2008; SANNA, 2007; PIRES, KRUSE, SILVA, 2006; LEOPARDI, GELBCKE, RAMOS, 2001) como portador de quatro dimensões: 1- cuidado direto à indivíduos ou grupos, da concepção à morte; 2- dimensão educativa, constituída por processos de formação profissional, de educação permanente e de educação em saúde com o cliente ou usuário; 3- dimensão administrativo-gerencial, de coordenação e organização do trabalho de enfermagem e participação na gestão da assistência em saúde; e 4- dimensão investigativa, com a produção de conhecimentos para fundamentar e orientar os processos de cuidar, gerenciar e educar em saúde.

Quanto à finalidade do trabalho em saúde, Leopardi (2006) sugere três, que podem convergir ou não: a primeira é a finalidade formal, própria das instituições de saúde, que usa um discurso científico, legal e moral e está materializada em normas e técnicas para atender demandas definidas pelo serviço; a segunda seria a finalidade informal, que corresponde a do sujeito subjetivo com sua necessidade também singular, que deveria ser a razão do trabalho nas instituições e dos profissionais de saúde; e a terceira é a finalidade real, seria uma síntese das duas primeiras, porém realizada pelo profissional, podendo polarizar para a finalidade formal ou informal, de acordo com a escuta que faz ou não das necessidades do indivíduo. É comum o trabalhador pensar que já conhece as necessidades da pessoa, fazendo-as coincidir com as necessidades gerais da instituição.

No âmbito assistencial o objeto de trabalho da enfermagem é o indivíduo ou grupo com sua singularidade necessitando ações curativas, para promover ou preservar a saúde ou prevenir doenças e a organização da Assistência que demanda ações administrativas, planejamento e organização dos espaços do assistir em saúde (PIRES, 1999; LEOPARDI, 2006).

Os meios de trabalho que a enfermagem usa são os instrumentos, saberes e condutas interpostos entre si e o seu objeto e que orientam a atividade sobre o indivíduo, grupo ou espaços da assistência.

O produto final do trabalho em enfermagem “é a própria prestação da assistência que é produzida no mesmo momento em que é consumida” (PIRES, 1999, p.32).

Os agentes do trabalho da enfermagem são a(o) enfermeira(o), a(o) técnico de enfermagem, a(o) auxiliar de enfermagem e a parteira, segundo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - LEP No 7.498/86. Os atendentes de enfermagem que não têm formação específica na área, mas que estavam exercendo tarefas de enfermagem antes da aprovação da lei foram autorizados por outra Lei No 8.967 de 28 de dezembro de 1994 a exercer atividades elementares de enfermagem (COFEN, 2010).

Segundo o Decreto n. 94.406/87, artigo 8o, são atribuições privativas do enfermeiro direção, planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de enfermagem; consultoria e auditoria de enfermagem; consulta e prescrição da assistência de enfermagem; e cuidados diretos de maior complexidade e cuidados a pacientes graves com risco de vida. (COFEN, 2010).

Ainda cabe ao enfermeiro, como integrante de equipe de saúde, a participação na elaboração, planejamento, execução e avaliação de planos e programas de saúde; prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição; assistir a gestante, parturiente, puérpera e recém-nacido; participar da educação continuada de pessoal de saúde; prestar assistência obstétrica e executar parto sem distócia; participar na elaboração e operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente; participar das ações de vigilância epidemiológica; na prevenção e controle de danos físicos ao paciente; cooperar no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde; participar em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem para contratação de enfermeiro, ou técnico e auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2010).

Mais recentemente, O COFEN aprova a Resolução 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem/SAE e a implementação do processo de enfermagem, em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. No artigo 1o refere que o Processo de Enfermagem, quando realizado em espaços extra-hospitalar (ambulatórios, domicílios, unidades de saúde e



outros), corresponde a Consulta de Enfermagem. Essa resolução estabelece que o Processo de Enfermagem deve ser constituído em cinco etapas: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; a prescrição de enfermagem e implementação das intervenções; e avaliação de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem e a prescrição das ações são atividades privativas do enfermeiro (COFEN, 2010).

Os artigos 10 e 11 do Decreto 94.406/87 descrevem as atividades a serem desenvolvidas pelo técnico de enfermagem e pelo auxiliar de enfermagem, respectivamente. O técnico de enfermagem deve assistir ao enfermeiro: no planejamento, programação, orientação e supervisão da assistência; nos cuidados diretos a pacientes graves; nas ações de vigilância epidemiológica; no controle de infecção hospitalar; na prevenção e controle de danos físicos ao paciente; e executar assistência de enfermagem exceto as privativas do enfermeiro.

Ao auxiliar de enfermagem compete executar atividades auxiliares de nível médio; preparar o paciente para exames, consultas e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar tratamentos prescritos ou de rotina (administração de medicamentos, controle hídrico, curativos, desinfecção e esterilização e outros); participar de atividades de educação em saúde; prestar cuidados de higiene e conforto.

A enfermeira/o como descrito na LEP/86 e no Decreto 94.406/87 é parte da equipe de saúde e, no âmbito da profissão, tem definidas as ações que especificam o seu fazer no conjunto da assistência de enfermagem e no campo da assistência em saúde.

A referida Lei do Exercício Profissional da Enfermagem brasileira reafirma a separação entre concepção e execução do trabalho que acompanha a estruturação da profissão, desde meados do século XIX quando Florence Nightingale estrutura as bases deste trabalho como um campo profissional. O modelo nightingaleano formava dois tipos de enfermeiras: as que eram preparadas para realizar o cuidado direto às pessoas, trabalho manual e a obedecer o decidido e as que aprendiam administração/organização, gerência e liderança e eram responsáveis pelo ensino e supervisão (PADILHA; MANCIA, 2005). Isto é, umas pensam, concebem o trabalho e, portanto antecipam o processo e o resultado esperado e outras obedecem e executam os procedimentos.

Na 2ª metade do século XIX, o modelo proposto por Florence Nightingale na Inglaterra, influenciado pela lógica de organização capitalista do trabalho, institui a divisão entre trabalho intelectual e

manual e a hierarquização no trabalho da enfermagem, ainda tão presente em nossos dias. Nesse modelo a enfermeira desempenha a função de gerente centralizador do saber, que domina a concepção do processo de trabalho de enfermagem e delega atividades parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem (MATOS; PIRES, 2006, p.512).

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem brasileira foi orientada por esses preceitos reproduzindo a divisão do trabalho e atribuindo à enfermeira atividades complexas, de planejamento, supervisão e o cuidado assistencial a pacientes graves, isto é, ações que exigem conhecimento científico e tomada de decisão. Aos técnicos cabe assistir o enfermeiro nessas ações mais complexas e ao auxiliar a execução de procedimentos simples que estejam prescritos ou de rotina. Desta forma, reforça a divisão técnica do trabalho (ALMEIDA, 1987; PIRES, 1999).

A enfermagem profissional é influenciada pela divisão parcelar (ou técnica) do modo capitalista de produção, reafirmada com a formulação dos princípios da organização científica do trabalho por Taylor nas primeiras décadas do século XX nos Estados Unidos. Estes princípios, inicialmente aplicados no setor industrial influenciaram o setor de serviços incluindo a saúde e enfermagem. Caracteriza-se pela fragmentação do trabalho na qual cada trabalhador realiza uma parte da tarefa e todos são supervisionados por um gerente (MATOS, PIRES, 2006).

No entanto, acompanhando as formulações de Schwartz et al (2007) o trabalho é sempre um problema a resolver engendrado em uma situação concreta, que pressupõe escolhas feitas a partir de um debate de normas, incluindo as prescrições, as normas antecedentes e valores. Este debate em torno do trabalho intelectual e manual tomou fôlego nos anos 1960, com estudos ergonômicos que analisavam o trabalho estruturado em linhas de montagem, sob a organização tipicamente taylorista, acabando com a crença na possibilidade de padronizar completamente um método de trabalho (BRITO, 2008). Neste mesmo sentido, Pires (2008, p. 34) acrescenta que “a repetição de trabalhos parcelares não é capaz de eliminar totalmente, do conjunto dos trabalhadores, a percepção sobre a globalidade do processo de trabalho e sobre os problemas do processo de produção”.

Na perspectiva da Ergologia os problemas referentes às condições de trabalho, aos meios, às relações hierárquicas, estão todos contidos na atividade. Trata-se de reconhecer que toda atividade de trabalho, por mais simples que pareça, enseja atividade intelectual e não pode ser

totalmente previsível, pois é imbuída da subjetividade do trabalhador, depende do contexto, da experiência anterior, das normas prescritas e das regras institucionais (RAMOS, 1999; PIRES, 1999; 2008; SCHWARTZ et al., 2007).

Na atividade do trabalho, além das negociações entre a subjetividade/valores do trabalhador e a instituição, acontece uma negociação com outro sujeito- desejante, o próprio objeto de trabalho que deveria ter o estatuto de impulsionar qualquer projeto de cuidado ou organização do trabalho em saúde e enfermagem. São valores do bem comum negociados dialeticamente com valores econômicos de eficiência e eficácia, em uma atividade de trabalho.

No trabalho de enfermagem, por exemplo, quando a instituição compra um gaze mais barata, com baixa capacidade de absorção, vai requisitar decisões (gestão da atividade) quanto ao seu uso, tanto da enfermeira gerente que deve supervisionar e controlar o trabalho do auxiliar, quanto deste, ao realizar, ou não, o curativo com este material. Vejamos quantas decisões estão em jogo nesta tarefa, aparentemente simples. Se vai usar o gaze ou substituir por outro material para alcançar a eficácia de tratar o ferimento (é uma prescrição); se vai usar, mesmo sabendo que o material não é adequado (é uma prescrição que contradiz a anterior); poderia ainda, relatar à chefia ou até ao usuário, sobre a inadequação do material; enfim, a tomada de decisão envolve conhecimento, questões éticas, objetivos da instituição e do trabalhador.

No processo de trabalho em saúde, a variabilidade tende a ser maior, já que o seu objeto de trabalho é o ser humano, sujeito subjetivo e via de regra não tem um padrão de ação.

A divisão do trabalho, quando não considera as variabilidades do trabalhador/valores e das normas e meios, na concepção de um projeto, pode exacerbar a dicotomia entre o trabalho prescrito e o real.

A concepção de atividade de trabalho, segundo a Ergologia, tem conseqüências decisivas, na medida que o trabalhador, sabendo alguma coisa do conteúdo existente entre as prescrições do meio e aquilo que o faz retrabalhar a norma para renormalizá-la, pode se posicionar melhor para negociar o seu espaço num coletivo, aprender com a experiência, antecipar os problemas a resolver, transmitir aquilo que o confronto com o real ensina e, de forma geral, aparecer como uma força de proposição para avançar. A criatividade necessária para gerir esse processo permite que cada um reconheça os outros e a si próprio como produtores de saberes e, portanto, produtores de história. (DEPARTAMENTO DE ERGOLOGIE apud SCHERER, 2006, p. 71).

### **2.3.1 O trabalho das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família sob o olhar da ergologia**

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994, a fim de reorientar o modelo assistencial vigente, com vistas ao atendimento dos preceitos do SUS.

Desde então, esta política vem se aprimorando tanto nos aspectos legais quanto no âmbito das práticas de cuidado a fim de promover, recuperar e preservar a saúde dos brasileiros.

Nesse processo histórico, o Programa se consolidou como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica e passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família desde 1998. Em 2006, foi lançada a Política Nacional da Atenção Básica (Portaria no 648/GM de 28 de março de 2006), fundada nos pilares transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão e estabelecendo as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, incluindo a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) prescreve um conjunto de ações, individuais e coletivas, que contemplam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Requer práticas gerenciais, assistenciais e sanitárias orientadas pelos princípios de integralidade, acessibilidade, universalidade, coordenação do cuidado, continuidade e vínculo, equidade, humanização, responsabilização, e participação social (BRASIL, 2006).

Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve substituir as unidades da rede de Atenção Básica tradicional. Deve atuar cadastrando a população de um território definido; realizar diagnóstico situacional, planejamento e programação; realizar ações dirigidas aos problemas de saúde de forma pactuada com a comunidade; cuidar dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; atuar com foco na família e comunidade; desenvolver parcerias com organizações sociais; ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006).

Para desenvolver o novo processo de trabalho proposto na ESF está prevista uma equipe mínima composta pelo auxiliar ou técnico de enfermagem, a enfermeira, o médico e o agente comunitário de saúde (ACS). A inclusão de outras categorias profissionais como cirurgião

dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD), técnico em higiene dental (THD), fica a critério do gestor municipal.

No que diz respeito as ações de cada membro da equipe, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) define as atribuições comuns e atribuições específicas, as quais devem ser objeto de normatização do gestor municipal, considerando as prioridades pactuadas com os níveis estadual e federal.

As atribuições comuns a todos os profissionais, descritas na Portaria 648/GM de 2006 são: territorialização, mapeamento e atualização do cadastramento da área de atuação da equipe e priorizar situações de risco a serem acompanhadas no planejamento local; realizar o cuidado em saúde da população adscrita, na unidade de saúde, no domicílio e demais espaços comunitários; realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população, e as previstas nas prioridades e protocolos da gestão municipal; garantir a integralidade da atenção através de atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, atendimento da demanda espontânea, das ações programáticas e de vigilância à saúde; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, promovendo atendimento humanizado e estabelecimento do vínculo; responsabilizar-se pela população adscrita, manter a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema; planejar e avaliar as ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; promover a participação da comunidade, efetivando o controle social; buscar parcerias intersetoriais; e manter a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica.

Os meios técnicos de trabalho disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde para a realização destas prescrições constam de uma equipe mínima de profissionais, de uma Unidade de Saúde da Família/USF com estrutura física, materiais e equipamentos adequados e em quantidade suficiente de acordo com o tamanho e perfil da população adscrita, e uma rede de serviços especializados de média e alta complexidade, de referência.

Para uma equipe composta por uma enfermeira, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um médico e cinco a oito agentes comunitários de saúde, e pela abrangência e complexidade dos problemas de saúde que acometem a população brasileira, pode-se dizer que garantir a integralidade em saúde é uma prescrição infinita.

Vejamos então, as atribuições específicas da enfermeira, segundo

a Portaria 648/GM: realizar atenção integral aos indivíduos e famílias na USF e, quando necessário, no domicílio e outros espaços comunitários em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, idade adulta e terceira idade); realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou federal, observada a legislação profissional; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico em higiene dental (THD); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Pelo exposto até o momento, observa-se uma aproximação bastante coerente entre as prescrições oriundas da profissão (enfermagem) e as emanadas das políticas de saúde do nível nacional.

Entretanto, para viabilizar a sua implementação, a prescrição de uma política mesmo que decomposta em tarefas, não é suficiente para assegurá-la. A gestão, na abordagem da Ergologia, que ocorre no nível micro, abrange arbitragens baseadas no debate de valores e normas vivido pelo trabalhador, que vai formatar suas atividades. Assim, para atingir mudanças no modelo assistencial é necessário construir um processo de co-responsabilidade entre profissionais, usuários e gestores (institucionais) na formulação e nas práticas da atenção à saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2008; HENNINGTON, 2008).

No nível local, a enfermeira trabalha sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde que normatiza os processos de trabalho, abrangendo as atribuições de cada profissional, que pode coincidir, complementar ou contradizer as prescrições do gestor federal e as emanadas da regulamentação profissional.

O desempenho dessas atribuições vai exigir o desenvolvimento de competências por parte da enfermeira, ao fazer uso de si por si ou pelo outro, em cada atividade de trabalho, isto é, gerir o seu trabalho no nível micro, o que envolve permanentemente decisões, relações e escolhas. Schwartz (2004a, p. 25) refuta a tese de que a gestão do trabalho ocorre somente no nível dos especialistas “todo trabalho é sempre uso de si, considerando-o, simultaneamente, uso de si por outros (o que vai das normas econômico-produtivas às instruções operacionais) e uso de si por si (o que revela compromissos microgestionários)”.

Paradoxalmente, a complexidade do trabalho em saúde, muito bem configurada na ESF, requisita do profissional, mais iniciativa e tomada de decisões e simultaneamente impõe mais restrições e procedimentos a serem seguidos, como caracterizado por DURRIVE (2007) para outras situações complexas do trabalho, em virtude das transformações ocorridas no mundo do trabalho com a intensificação do uso de novas tecnologias.

Para Schwartz (1998), a competência é a composição de ingredientes utilizados na atividade de trabalho a fim de alcançar uma finalidade (atingir um objetivo).

O primeiro ingrediente é constitui-se das normas antecedentes, dos protocolos, operações e modelos que podem ser repetidos em diversas situações, com vistas a controlar a variabilidade do meio. O uso deste ingrediente é uma tentativa de anular a dimensão histórica da atividade e prever os resultados de determinada intervenção (técnica). Este ingrediente também permite os processos de formação teórica e técnica dos profissionais (educação formal e informal) (SCHWARTZ, 1998).

O segundo ingrediente é a dimensão da experiência, o que há de singular nas situações de trabalho. São os saberes impregnados nos corpos das pessoas, que foi apreendido pela vivência nas situações concretas da atividade. Por isto, para avaliar o trabalho real, a Ergologia propõe analisar o corpo-si do ser humano na atividade situada de trabalho.

A capacidade de articular os conceitos e técnicas aprendidos (dimensão do saber) com as situações singulares que requerem adequações e transformações dos meios de trabalho disponíveis é o terceiro ingrediente.

O quarto ingrediente é a qualidade das dramáticas do uso de si, a dialética entre os (dois primeiros pólos) pólos da eficiência e eficácia, e os valores válidos para cada um como meio de trabalho. É o momento privilegiado da gestão (de si), implicando em decisões políticas sobre a atividade.

O debate de valores (ingrediente 4) entre o conhecimento científico (ingrediente 1) e a singularidade de cada situação (ingrediente 2) é permanente e se caracteriza no quinto ingrediente da competência. Este questionamento recorrente sobre a validade do conhecimento acumulado (ingrediente 1), pode incentivar o trabalhador a buscar atualização científica e técnica para realizar suas ações, enquanto os aspectos singulares já vividos (o ingrediente 2) podem se constituir em um patrimônio de experiências, que deu certo, a ser usado em novas

situações de trabalho.

Quando os saberes, os fazeres e os valores são vividos, compartilhados e aceitos por mais pessoas, passando a ser atribuídos à determinado grupo, tem-se o sexto ingrediente, que é a competência coletiva. Vale ressaltar que os grupos são instáveis e nem sempre correspondem às equipes formais de um local de trabalho.

Na ESF existem outros trabalhadores que exercem atividades administrativas, de promoção da saúde e de apoio à equipe de saúde, que estão subordinados técnica e administrativamente ao enfermeiro, como o auxiliar administrativo e a(o) agente comunitária(o) de saúde que, segundo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem não são profissionais de enfermagem (BRASIL, 1986. LEP 7.498/86).

Entretanto, o Ministério da Saúde atribui à enfermeira, a supervisão, coordenação e educação permanente do ACS. No âmbito municipal, o auxiliar administrativo da USF fica sob a supervisão da enfermeira, conforme descrito nas atribuições do coordenador da Equipe de Saúde da Família (PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU, 2010). Somente sob este aspecto, diariamente a enfermeira é requisitada a gerir esta dramática do uso de si (usar o quarto ingrediente da competência) e decidir que valores vai adotar, entre os da eficácia e eficiência, os do bem comum, vai seguir as normas legais da profissão ou as normas, também legais, do Ministério da Saúde ou do Secretário Municipal de Saúde?

Estes “diferentes registros, esses valores e todas estas questões reenviam à si-mesma: como fazer uso de si, se colocar disponível para tornar compatíveis estas gestões heterogêneas?” (SCHWARTZ, 2004a, p. 24). São microdecisões que resultam inevitavelmente, de escolhas feitas a partir de valores econômicos e valores sociais, muitas vezes contraditórios, que constituem os atos de trabalho.

Schwartz (2004b) insiste, devido às dramáticas inerentes ao trabalho, nas dialéticas do micro e do macro, reciprocamente estruturantes entre valores sociais, patrimônios históricos, valores humanos, mais ou menos discriminantes ou solidarizantes e a realização da atividade. Identifica-se uma negociação de contornos não definíveis de eficácia para as operações, associada à dialética do programa e da atividade, ligada à eficácia para os efeitos, isto é, aos objetivos sociais esperados e submetida a arbitragem de valor.

Desta forma, as questões de eficácia e eficiência do serviço estão ligadas às modalidades do uso de si, à própria eficácia do uso de si, que vai combinar ou hierarquizar exigências dos dois pólos.



A eficácia é entendida aqui como o grau de alcance de um objetivo e a eficiência, como economia nos meios, ambas podem ser “sem dimensão ou dimensionadas”, assumindo quando sem dimensão, a condição de valor como “valor promoção da saúde”, por exemplo. Interessa-nos esse debate a medida que a realidade concreta de trabalho pode subordinar a eficácia à eficiência, gerando conflitos e hierarquias entre esses dois coeficientes e estruturar a lógica da atividade.

“Os valores dimensionados são aqueles cujos limites são conhecidos, que correspondem a medidas, [...] do [...] mercado mas também através das avaliações, critérios e indicadores quantitativos.[...] os valores não dimensionados são os do político, do “bem comum” (a saúde, a educação) num “mundo de valores” onde não há nem limitação interna clara entre eles, nem hierarquização possível” (SCHWARTZ, et al., 2007, p.28).

A atividade se constitui no ponto de cruzamento entre o conteúdo desses dois coeficientes num contexto social, no caso a ESF, em que os profissionais (enfermeira, médico, auxiliar de enfermagem, agente de saúde, etc) têm a mesma capacidade de questionar a eficiência e eficácia heterodeterminadas, porém, com experiências, poder, hierarquia e possibilidades diferentes, para colocar em prática outras formas de trabalhar neste interstício que denomina de “margens de micro-manobras”, as renormalizações.

Esta tensão que permeia as negociações de eficácia se opera em relação com o macro contexto social, os critérios econômicos dominantes e as definições socioprofissionais da atividade (SCHWARTZ, 2004b).



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

*Para que o geral possa ser apreendido e para que se descubram novas unidades, parece necessário apreendê-lo não diretamente, de uma só vez, mas através de exemplos, diferenças, variações, particularidades – aos pouquinhos, caso a caso. Num mundo estilhaçado, devemos examinar o estilhaço (GEERTZ, 2001).*

O presente estudo foi desenhado como uma pesquisa do tipo qualitativa, guiada pelo Materialismo Histórico-Dialético e pela Ergologia. Para a primeira abordagem, a realidade é um todo dinâmico, em permanente desenvolvimento, em unidades de contrários, cujo conhecimento é um processo de conquistas de verdades relativas.

A abordagem do materialismo histórico-dialético orienta para a compreensão dos fenômenos na sua relação com a totalidade social, mas entendendo-a como histórica e em permanente transformação.

Para Egry (1996) [...] cada fenômeno só pode vir a ser compreendido como um momento definido em relação a si e em relação aos outros fenômenos. [...] o fenômeno referido só se ilumina quando referido à essência, ou seja, àqueles elementos que definem sua própria natureza no processo de produção. A totalidade, então, só é apreensível através das partes e das relações entre elas (EGRY, 1996, p. 83).

Neste sentido a investigação sobre a atividade das enfermeiras precisa considerar o contexto político e institucional das unidades onde as mesmas trabalham assim como os contexto municipal e da macro política de saúde que prescreve normas para o seu fazer e para a organização institucional.

A dialética é o estudo da oposição das coisas entre si. O método dialético trabalha com os seguintes princípios: a) cada pessoa é um vir a ser, contém em si o passado, mas está em plena realização, em processo; b) esses processos (das pessoas e também das coisas) estão encadeados, vão se transformando em espiral, um ir e vir que não volta ao mesmo ponto de partida; c) no interior das totalidades dinâmicas e vivas se encontra a união dos contrários, a realidade é inacabada, provisória, e contém conflito e contradição de forma permanente, uma síntese de sua afirmação e sua negação; d) nos processos de transformação, as mudanças são qualitativas e quantitativas ao mesmo tempo, a qualidade

não é um atributo fixo e está presente nas quantidades, e a quantidade é uma qualidade do objeto (MINAYO, 2007, p. 340).

A opção pela Ergologia possibilita a análise de situações complexas de trabalho e tem como categoria central a atividade de trabalho, que não separa o sujeito, com sua história e experiência, da atividade. Inclui as normas antecedentes, protocolos e condições de trabalho, pois uma situação de trabalho contém as questões macro-sociais e, ao realizar seu trabalho de determinada maneira, o indivíduo toma posição nestes debates da sociedade, reconstituindo essas questões no seu micro ambiente (SCHWARTZ et al., 2007).

A perspectiva ergológica refere a necessidade de ultrapassar o reconhecimento da relação dialética entre a prática e o contexto, acreditando na possibilidade de intervenção nas condições de trabalho. Assim, propõe enxergar o trabalho como atividade para transformá-lo (DURAFFOURG, 2007).

A dialética entre o geral e o singular faz com que as pessoas produzam novas normas permanentemente, num esforço de antecipação da atividade e, este cotejo pode ser gerido pelo trabalhador ao renormatizar considerando as normas do ambiente (DURRIVE, 2007). Assim, não se pode nem confundir, nem separar a vida singular (micro) e o contexto (macro) (DURAFFOURG, 2007).

A análise da atividade tem o propósito de confrontar os saberes necessários para compreender o trabalho, com a experiência daquele que trabalha em uma situação concreta, provocando o debate de normas e valores. Desta forma, a pesquisa com abordagem ergológica, cria lugares para a emergência desses debates, que podem fundar políticas de bens comuns (saúde, educação, por exemplo) no nível micro, em relação dialética com o nível mais geral político, numa via de mão dupla (SCHWARTZ et al., 2007).

A relação dialética presente entre as diversas formas de atividade incluída na análise situada do trabalho, possibilita pensar as novas convocações/ validações dos trabalhadores, propostas de políticas públicas, articulações intersetoriais ou até mudanças na legislação, no âmbito local e global simultaneamente (SCHWARTZ et al., 2007).

Segundo Vieira (2004, p. 215) métodos de autoconfrontação são um recurso metodológico para contribuir nas análises complexas nas situações de trabalho, “considerando a pessoa do trabalhador como indissociável do coletivo de trabalho do mundo social”. O próprio trabalhador pratica a confrontação de si mesmo diante do seu trabalho e cria dispositivos práticos, permitindo uma análise detalhada da sua

atividade. O objetivo é que o trabalhador compreenda o que faz e o que pensa fazer na situação real de trabalho.

Assim, a atividade pode ser considerada na sua complexidade “buscando-se recuperá-la por diversos níveis de produção de sentido: o ambiente, os recursos tecnológicos, a organização; a finalidade, os procedimentos prescritos, as normas antecedentes, as escolhas, com os “comentários do trabalhador nas afirmativas, negativas, contradições, silêncios e não-ditos” (VIEIRA, 2004, p.215).

Para compreender a atividade, que é mais abrangente que a ação, foi necessário analisar também as atividades suspensas, contrariadas ou impedidas e suas contra-atividades. Desta forma, este pode ser um espaço de debate de normas em busca de uma renormalização (VIEIRA, 2004).

### 3.1 OS SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um município de médio porte da região sul do Brasil com amostra constituída por 10 enfermeiras, que foi encerrada após haver saturação dos dados, de modo a tipificar o trabalho das enfermeiras na ESF. Para compor a amostra, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: trabalhar em Unidades de Saúde da Família em diferentes regiões do município; atuar, no mínimo, há um ano na ESF; e consentir em participar da pesquisa.

Amostra é uma parte da população, mas a sua seleção, na abordagem qualitativa, se baseia na “busca do aprofundamento e de compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação” (MINAYO, 2007, p. 102).

Alguns autores sugerem os seguintes critérios e parâmetros para compor a amostra em pesquisas qualitativas: definição do grupo social a ser abordado; considerar a possibilidade de inclusões a partir das descobertas do campo ampliando o corpus, assim como a possibilidade de triangulação de instrumentos na coleta de dados; selecionar sujeitos que possuem os atributos que se deseja conhecer; e o tamanho da amostra é suficiente quando não há mais variedade de representações (saturação), mas não se despreza informações singulares; os informantes devem ser suficientemente diversificados para apresentarem semelhanças e diferenças nas suas crenças, atitudes, hábitos e práticas; a escolha do campo e dos grupos contenham o conjunto das experiências que se pretende captar (MINAYO, 2007; DENZIN; HAGUETTE, 1987).

Considerando o objetivo do estudo, optou-se pela triangulação na coleta e análise dos dados, incluindo: informações contidas nas prescrições profissionais e nas políticas federais e municipais relativas a ESF e a profissão de Enfermagem; o captado na observação de campo e os dados obtidos em entrevistas de autoconfrontação. Neste sentido, utilizou-se da abordagem metodológica da Ergologia que propõe o diálogo do pesquisador com os entrevistados, de modo a captar as justificativas e explicações do processo de tomada de decisão na gestão da atividade. Desta forma pretendeu-se apreender a complexidade do agir das enfermeiras no manejo das dramáticas do uso de si, considerando o trabalho prescrito e o que é objetivado como trabalho real.

O tamanho da amostra foi considerado suficiente, pois tanto nas observações quanto nas entrevistas os dados mostraram-se saturados no décimo sujeito.

### 3.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados de março a agosto de 2010, através de estudo documental, observação sistematizada e entrevista de autoconfrontação, coerente com os procedimentos teórico-metodológicos da Ergologia na qual o trabalhador

[...] exercita a confrontação de si mesmo diante do seu trabalho e instituem dispositivos práticos que possibilitam uma análise minuciosa da atividade. O objetivo é compreender o que se faz na situação concreta de trabalho, por meio de observação da atividade (como filmagem, descrição, notas de campo), contraposto ao que se pensa que se faz nessa mesma situação (como entrevista, comentário e discussão) (VIEIRA, 2004, p. 215).

Essa perspectiva prevê o olhar para a atividade considerando o trabalho prescrito e o real e associando as explicações dos trabalhadores para as suas escolhas. A ela associou-se a estratégia da triangulação que é utilizada para aumentar a validade e confiabilidade da pesquisa, pois os métodos não são a verdade, são somente ferramentas, procedimentos e modos de armar a teoria para investigar um problema, com a intenção de

facilitar o seu entendimento (DENZIN; HAGUETTE, 1987).

No estudo documental foram analisados documentos referentes à Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde, especificamente da série Pactos pela Saúde, volume 4; Ato Portaria no 648/GM de 28 de março 2006 que trata das atribuições dos profissionais da equipe de Saúde da Família; documentos de normatização para a Estratégia Saúde da Família, normas e protocolos assistenciais para a enfermagem, no nível municipal; a Lei do Exercício Profissional De Enfermagem No 7.498 de 25 de Junho de 1986, o Decreto No 94.406 de 08 e Junho de 1987 (regulamenta a LEP) e a Resolução COFEN No 358 de 15 de Outubro de 2009 (dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes em que ocorre o cuidado).

### 3.3 PROCESSO DE ENTRADA NO CAMPO E SELEÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Os enfermeiros foram contatados e convidados pessoalmente pela pesquisadora na reunião da categoria que realizam mensalmente, na qual foi apresentada a proposta de pesquisa. Após a adesão voluntária, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi lido com cada profissional em contato individual, posterior à reunião, no qual foram esclarecidas as dúvidas apresentadas.

Considerou-se os critérios de inclusão para compor a amostra e iniciou-se pela observação de campo, acompanhando as atividades realizadas pelas/os enfermeiras/os durante diferentes dias da semana no período da manhã e tarde, conforme agenda de cada Unidade e as observações foram registradas em diário de campo, perfazendo uma média de 16 horas por enfermeira/o. Esses registros feitos pela pesquisadora foram submetidos à análise de cada enfermeira, sendo utilizados como base para entrevista, em uma sessão específica para propiciar a autoconfrontação da enfermeira com a prática observada. Ao apresentar-lhe o relato sistematizado da observação, a pesquisadora solicitava que a mesma comentasse e explicasse suas escolhas em vários momentos de sua atividade. As entrevistas de autoconfrontação foram gravadas e, posteriormente, transcritas e enviadas ao entrevistado para validação, obtendo-se vinte documentos para análise (dez de observação e dez entrevistas).

Ao chegar em uma das USFs para iniciar a observação do

trabalho da enfermeira e me deparar com a falta do médico na equipe há 2 meses, inicialmente fiquei em dúvida se poderia incluí-la na amostra da pesquisa, pois corria o risco de captar uma distorção no trabalho das enfermeiras que não fosse representativo para o objeto de estudo (o governo do trabalho das enfermeiras na ESF).

Então fui buscar informações sobre a totalidade das equipes da ESF no município e identifiquei que várias equipes estavam sem médico e que uma grande fragilidade da ESF em todo o Brasil, apontada amplamente por vários estudos, é a rotatividade do profissional médico na equipe. Realidade também verificada no local desta pesquisa. Assim, coerente com a abordagem ergológica que permite compreender o debate de valores que referencia a gestão do trabalho das enfermeiras nas singularidades das situações concretas, decidi pela sua inclusão na amostra.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise iniciou-se durante a coleta dos dados, utilizando como recurso para organização e tratamento dos dados o software Atlas-Ti – 5 (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*). Este software é utilizado para análise de dados qualitativos permitindo o armazenamento, codificação e integração de grande quantidade de dados complexos, bem como possibilita reunir dados e realizar interpretações relevantes (ESTEBAN, 2006).

Os documentos da observação e entrevistas foram inseridos no Atlas-ti em vinte arquivos individuais denominados “documento primário” cada um e, numerados de 1 a 20, conformando uma unidade hermenêutica. Em cada documento os dados foram decompostos em ‘códigos’ e selecionados os fragmentos (falas ou notas de observação) do texto que ilustram o referido código. Os códigos foram construídos a partir do referencial teórico adotado – especialmente a concepção de atividade situada de trabalho (normas antecedentes, renormalizações, dramáticas do uso de si), com a identificação de coerências e contradições nas falas e práticas das enfermeiras – e ‘memorandos’ com interpretação das pesquisadoras. Os códigos que apresentavam um mesmo sentido foram agrupados e formaram ‘famílias’, articuladas, após exaustiva leitura e interpretação, em categorias de análise. Com a



orientação do Materialismo Histórico Dialético e da Ergologia, as categorias de análise que mais se destacaram possibilitaram a construção das estruturas semânticas que foram conformadas em três grandes temas: a) o trabalho das enfermeiras na Saúde da Família – renormalizações possíveis entre o prescrito e o real; b) as dramáticas do uso de si e os valores que as enfermeiras utilizam na gestão do acolhimento; e c) influência das condições de trabalho na renormalização das atividades suspensas, contrariadas ou impedidas das enfermeiras na Saúde da Família.

### 3.5 QUESTÕES ÉTICAS

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC, Parecer Consubstanciado N<sup>o</sup> 454/09, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que trata de Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996), assim como todos os cuidados em relação a garantia da informação, do anonimato, direito de escolha no que diz respeito a participação na pesquisa foram respeitados.

Na reprodução de falas dos participantes da pesquisa, optou-se pela identificação com a letra E, seguida da numeração de 1 a 10, a fim de preservar a confidencialidade e o anonimato.



## 4 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em quatro partes, iniciando pelo contexto do estudo, seguido por três artigos em consonância com a Resolução Normativa 01/ PEN/ 2008 que dispõe sobre o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

### 4.1 O MUNICÍPIO E OS SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um município com uma população de trezentos mil habitantes, localizado na região litorânea do Sul do Brasil.

A rede de serviços de saúde do município conta com quatro hospitais gerais, sendo um localizado na área rural, todos são hospitais privados, sendo três conveniados ao SUS. Além destes, o município dispõe de uma rede de serviços privados que não atendem pelo SUS, dentre eles destaca-se: um hospital-dia (sem internação) e um pronto-atendimento pertencentes a cooperativa médica; e diversos hospitais e clínicas especializadas (de olhos, do pulmão, trauma e ortopedia, cardiologia, etc).

A rede pública, de atenção primária e secundária é composta de duas Unidades Avançadas de Saúde/UAS; 55 equipes de Saúde da Família alocadas em 45 Unidades de Saúde da Família/USF, sendo dois na área rural; sete Ambulatórios Gerais/AG que ofertam serviços de enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição, pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica geral e pequenas cirurgias; 1 hemocentro; 1 policlínica de especialidades e 1 ambulatório de especialidades da Universidade da região, e serviços específicos de referência em saúde do trabalhador, na atenção à pessoas com fissuras lábio-palatal e oncologia.

Há clínicas de hemodiálise e oncologia, laboratórios e clínicas de imagem que são prestadores de serviços para o SUS.

Ainda tem os serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, laboratório de análises clínicas e uma Escola Técnica de Saúde filiada a RETSUS (Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS).

Os serviços de referência em atenção secundária e terciária são acessados pela população somente mediante agendamento prévio (on line pelo SISREG- Sistema Nacional de Regulação) realizado pelas

unidades do nível primário (Unidade Avançada de Saúde e Unidade de Saúde da Família). Os serviços de saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial/CAPS geral, CAPS álcool e drogas e CAPS infantil), ambulatório de amamentação e banco de leite humano, ambulatório DST/HIV/AIDS, também aceitam os usuários sem encaminhamento.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no município em fevereiro de 1996 com 17 equipes, distribuídas nas regiões de maior carência social e econômica e que não contavam com serviços básicos de saúde. Nessa época havia onze Unidades Avançadas de Saúde no município que foram sendo substituídas por Unidade de Saúde da Família, caracterizando o caráter substitutivo desta estratégia, na direção de mudar o modelo assistencial. Atualmente, a ESF conta 55 equipes, cobrindo em torno de 65% da população do município. Aproximadamente 20% da população possui algum plano de saúde para atenção básica, mas continua necessitando dos serviços do SUS em algum momento do seu itinerário terapêutico ou ciclo de vida (PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU, 2010).

Os sujeitos da pesquisa foram nove enfermeiras e um enfermeiro que trabalham nas Unidades de Saúde da Família, distribuídas nas regiões administrativas do município, exceto na área rural.

O quadro abaixo apresenta a caracterização dos sujeitos do estudo, incluindo idade, tempo de formado, experiência de trabalho e formação acadêmica.

Idade	Tempo de Formada (em anos)	Trabalho antes ESF (em anos)			Tempo de Trabalho na ESF (em anos)	Pós-Graduação (Especialização)
		Saúde Pública	Hospital	Enfermagem do Trabalho		
56	26	-	02	10	14	Enfermagem do Trabalho. Saúde Pública. GERUS. Saúde da Família.
55	30	04	-	10	07	Saúde do Trabalhador. GERUS
47	24	03	-	-	11	Saúde Pública. GERUS. Saúde da Família
45	05	01	10	-	04	Enfermagem do Trabalho. Saúde da Família
44	22	02	-	06	14	Enfermagem do trabalho. Saúde Pública. Administração Hospitalar. Vigilância Epidemiológica. Saúde da Família
44	15	06	04	-	02	Administração Hospitalar. Saúde da Família (cursando).
43	21	09	08	-	06	Gestão em Saúde Pública
40	14	-	-	-	14	Metodologia do Ensino Superior
36	14	-	-	-	14	Saúde Pública. Saúde da família. GERUS.
36	8	07	-	-	08	Saúde Pública.

**Quadro 1:** Sujeitos do estudo, experiência de trabalho e formação, Blumenau SC, 2011

A/os enfermeira/os que fizeram parte do estudo estavam com idade entre 36 e 56 anos. O tempo de formado variou de 5 a 30 anos, sendo que 5 enfermeiras estão formadas há mais de 21 anos, 3 enfermeiras têm entre 10 a 15 anos de formada e 2 enfermeiras terminaram a graduação há menos de 9 anos. Dos 10 sujeitos, um enfermeiro e uma enfermeira foram auxiliares de enfermagem antes e durante o curso de graduação.

Quanto a experiência de trabalho anterior ao ingresso na ESF, 3 enfermeiras trabalharam uma média de 9 anos na área de Enfermagem do Trabalho em empresas da região; 6 enfermeiras exerceram a profissão na saúde pública, em atividade assistencial e 4 destas atuaram no nível da gestão; e 4 enfermeiras trabalharam em hospital por um período de 2 a 10 anos. Como auxiliar de enfermagem, uma enfermeira trabalhou durante 7 anos na saúde pública e o enfermeiro trabalhou 10 anos no hospital até concluir a graduação.

Em relação ao tempo de trabalho na ESF, 4 enfermeiras iniciaram há 14 anos junto com a implantação do programa no município, 2 destas eram recém formadas e foi o primeiro emprego; 1 enfermeira está há 11 anos neste trabalho; 3 enfermeiras completaram 8, 7 e 6 anos; uma outra trabalha há 4 anos e a mais recente estava há quase 2 anos exercendo suas atividades na ESF.

Todos os sujeitos do estudo têm pós-graduação no nível de especialização, sendo que 5 enfermeiros possuem 1 título de especialista, e dois destes, justamente os que têm menor tempo de trabalho na ESF (2 e 4 anos), iniciaram o segundo curso (especialização em Saúde da Família) na época desta pesquisa; uma enfermeira refere não ter feito mais que uma especialização porque os cursos são ofertados aos sábados, dia que não trabalha devido à sua religião. Entre os sujeitos envolvidos, 4 apresentam 3 ou mais cursos de especialização.

A maioria das especializações cursadas encontram-se na área da saúde pública ou afim: Saúde da Família (6); Saúde Pública (5); GERUS- Gerência de Unidades Básicas de Saúde (4); Enfermagem do trabalho (4); Vigilância Epidemiológica (1); Gestão em Saúde Pública (1); Administração Hospitalar (2) e Metodologia do Ensino Superior (1).

No município pesquisado, a/o enfermeira/o é a coordenadora da equipe de Saúde da Família, por norma do gestor municipal. Há muitos anos exercendo esta função de forma acumulada com a assistência, as enfermeiras vinham reivindicando o reconhecimento desse cargo. Em 2010 foi criado e aprovado o cargo de Coordenador/a da Unidade de Saúde da Família que deve ser ocupado pela/o enfermeira/o da equipe,

passando a receber uma gratificação para isso.

Assim, a enfermeira sendo a gerente da USF, a composição e o processo de trabalho de toda a equipe tem implicações no trabalho da/o enfermeira/o.

Nesse sentido, a partir das situações observadas pela pesquisadora nas atividades das enfermeiras, foi necessário investigar a composição da equipe correspondente aos sujeitos do estudo.

A composição da equipe de saúde da família no município estudado tem uma conformação diferente da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, sendo composta por uma enfermeira, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem, um/a médico/a, cinco ACS, um auxiliar administrativo e uma auxiliar de serviços gerais.

Mas, no período de coleta dos dados da pesquisa, encontrou-se diferentes configurações de pessoal nas equipes em que as enfermeiras desse estudo participam.

A equipe 1 contava com uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco ACS, um auxiliar administrativo, uma auxiliar de serviços gerais, um cirurgião-dentista, uma técnica em saúde bucal. Esta equipe está há quatro meses sem médico que está sendo substituído por um médico que vem na unidade duas manhãs por semana para atender os usuários de duas equipes.

A equipe 2 estava constituída de uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, um médico, uma auxiliar de serviços gerais, nenhum ACS e uma estagiária no lugar do auxiliar administrativo, trabalhando 4 horas por dia para atender duas equipes. Nesta unidade tem acadêmicos de enfermagem, psicologia e medicina durante o período letivo. Uma professora acompanha os alunos de enfermagem enquanto os de medicina são supervisionados pelo médico da própria unidade e os de psicologia realizam o estágio sem supervisão direta.

A equipe 3 contava com uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, um médico, um ACS, um auxiliar administrativo, uma auxiliar de serviços gerais e acadêmicos de enfermagem com uma professora supervisora.

Na equipe 4 estavam trabalhando uma enfermeira, um médico, cinco ACS, nenhum auxiliar administrativo, uma auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar de enfermagem e uma atendente de enfermagem. A auxiliar de enfermagem concluiu a graduação em enfermagem e continua contratada como auxiliar; a atendente de enfermagem está se aposentando e não faz atividades de enfermagem, faz atividades administrativas, com restrições, por dificuldades com as tecnologias de informação. Há estagiários de nutrição e psicologia, ambos sem

supervisão direta do professor.

A equipe 5 era composta por uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, quatro ACS e uma auxiliar de serviços gerais. O médico estava em licença para tratamento de saúde há três meses e voltou ao trabalho no final da coleta dos dados. Dos quatro ACS, 1 trabalha há 10 anos, 2 foram contratados há 4 meses e 1 foi contratado há um mês. A enfermeira redefiniu a área de abrangência, mudando de cinco para quatro micro-áreas, de modo a ter toda cobertura de acordo com o número de ACS. A enfermeira e as auxiliares de enfermagem se revezam nas tarefas administrativas.

Na equipe 6 estavam trabalhando uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, um médico, uma auxiliar de serviços gerais, cinco ACS e um auxiliar administrativo para realizar o trabalho de duas equipes.

A equipe 7 contava com uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, um médico, nenhum ACS, uma auxiliar de serviços gerais e uma estagiária para realizar o trabalho do auxiliar administrativo por quatro horas. Ainda estavam realizando estágio, estudantes de enfermagem com a professora supervisora e acadêmicos de medicina sob a supervisão do médico da USF.

Estavam atuando equipe na equipe 8, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, um médico, cinco ACS e uma auxiliar de serviços gerais. A enfermeira fez uma escala dos ACS para se revezarem nas funções do auxiliar administrativo que está afastado até que o mesmo seja substituído.

A equipe 9 estava conformada com uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, um médico, dois ACS, uma auxiliar de serviços gerais. Estudantes de graduação na área de nutrição e psicologia realizam atendimento uma vez por semana com supervisão indireta, por solicitação da/o enfermeira/o. Os dois ACS estavam trabalhando dentro da unidade, substituindo o auxiliar administrativo que está em falta.

A equipe 10 configurava-se com uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco ACS, um auxiliar administrativo, uma auxiliar de serviços gerais, um cirurgião-dentista, uma técnica em saúde bucal. Esta equipe está há quatro meses sem médico, o mesmo está sendo substituído por um médico que vem na unidade duas manhãs por semana para atender os usuários de duas equipes.

No que concerne à composição das equipes, o município apresentou uma estabilidade dos profissionais de enfermagem, sendo que o número de auxiliares por equipe é maior que o prescrito pelo



gestor federal. No entanto, em cinco equipes estava faltando o ACS, em mais de 50% delas não tinha o auxiliar administrativo e três equipes estavam sem médico.

As enfermeiras e as equipes tipificam o município estudado. A alta rotatividade do profissional médico é um problema existente em vários municípios brasileiros e considerado uma fragilidade na consolidação da ESF (BERTONCINI, 2000).

As enfermeiras, as auxiliares de enfermagem e os médicos são concursados. Parte dos ACS são concursados e parte deles tem um contrato temporário de trabalho. Estes, são demitidos de seis em seis meses e são submetidos à novo processo seletivo, do qual a enfermeira participa. Os auxiliares administrativos podem ser concursados, mas uma parcela deles é estagiário e as auxiliares de serviços gerais são terceirizadas.

A/o enfermeira/o enquanto coordenadora da equipe realiza muitas renormalizações para solucionar os problemas com os quais se depara no seu cotidiano.

A composição das equipes da ESF apresentou defasagens tanto em relação à equipe mínima prescrita pelo Ministério da Saúde evidenciadas pela falta do médico e do ACS, quanto à sua própria normatização com a falta do auxiliar administrativo.

A/o enfermeira/o é requisitada diariamente à gerir essas defasagens considerando as prescrições heterogêneas dos gestores, a regulação profissional e valores para tomar decisões e fazer escolhas.

#### 4.2 ARTIGO 1: O TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA: RENORMALIZAÇÕES ENTRE O REAL E O PRESCRITO

## **O TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA: RENORMALIZAÇÕES ENTRE O REAL E O PRESCRITO**

Judite Hennemann Bertoncini  
Denise Elvira Pires de Pires

### **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo identificar o trabalho da enfermeira, na saúde da família quanto aos procedimentos prescritos, as normas antecedentes e o trabalho real. Trata-se de um estudo qualitativo realizado em um município do Sul do Brasil, envolvendo uma amostra de dez enfermeiras que foi encerrada pelo critério de saturação. Utilizou triangulação metodológica com dados colhidos através de estudo documental, observação e entrevistas de auto-confrontação. Para tratamento e análise dos dados usou-se recursos do software Atlas-Ti – 5 (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*) e os fundamentos do materialismo histórico dialético e da Ergologia. Os resultados mostraram que as enfermeiras transgridem normas e (re)criam o trabalho com base nos valores de direito à saúde, acesso e integralidade para conciliar o trabalho assistencial e gerencial pautado pelas diferentes prescrições e gerir as defasagens entre o prescrito e o real. Assim, transitam entre as exigências das prescrições da política de produtividade e resolutividade ou eficácia e as necessidades prementes demandadas pelos usuários, de alívio de seus sofrimentos e, mais timidamente, permanecer nos contornos legais da profissão.

**Descritores:** Gestão em saúde. Saúde da Família. Papel do Profissional de Enfermagem.

### **NURSING WORK IN FAMILY HEALTH: RENORMALIZATIONS BETWEEN REAL AND PRESCRIBED WORK**

#### **ABSTRACT**

The objective of this study is to characterize nurse work in family health as to prescribed procedures, existing norms, and real work. It is a qualitative study carried out in a southern municipality in Brazil, involving an intentional sample of ten nurses. We used methodological triangulation with data collected through documentary study, observation, and self-confrontation interviews. We used resources from Atlas-Ti – 5 software (*Qualitative Research and Solutions – Non-*

*numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*) as well as the fundamentals of historical dialectic materialism and those of Ergology in order to treat and analyze the data. The results show that nurses to transgress established norms and (re)create work based on the values of the right to health care, access to integrality in order to conciliate the care and managerial work based on different prescriptions, as well as to generate the lapses between prescribed and real work. Thus, they transit between the demands of productivity policy and resolution or efficiency prescriptions and the pressing needs demanded by users for alleviating their suffering and more timidly remain in the legal contours of the profession.

**Keywords:** Health management. Family health. Role of the Nursing professional.

## **EL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN LA SALUD DE LA FAMILIA: READECUAR NORMAS ENTRE LO REAL Y LO PRESCRITO**

### **RESUMEN**

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el trabajo de la enfermera, en la salud de la familia con respecto a los procedimientos prescritos, las normas previas y el trabajo real. Se trata de un estudio cualitativo realizado en un municipio del sur de Brasil, incluyendo una muestra intencional de diez enfermeras. Se utilizó la triangulación metodológica con datos colectados a través de estudio documental, observación y entrevistas de auto confrontación. Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizaron recursos del software Atlas-Ti – 5 (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*) y los fundamentos del materialismo histórico dialéctico y de la Ergología. Los resultados mostraron que las enfermeras transgreden normas y (re) crean el trabajo con base en los valores de derecho a la salud, acceso e integralidad para conciliar el trabajo asistencial y gerencial pautado por las diferentes prescripciones y dirigir los desfases entre lo prescrito y lo real. Así, transitan entre las exigencias de las prescripciones de la política de productividad, resolución y eficacia y las necesidades primordiales demandadas por los usuarios, de alivio de sus sufrimientos y, más tímidamente, permanecer en los límites legales de la profesión.

**Palabras claves:** Gerencia en salud. Salud de la Familia. Papel del Profesional de Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A implantação da Saúde da Família no Brasil a partir de 1994 (inicialmente como Programa) e, em especial pós 1996 quando assume a denominação de Estratégia de Saúde da Família/ ESF tem suscitado intenso debate sobre novas práticas em saúde. Sua implantação tem expandido a cobertura assistencial e aberto novos espaços e arranjos para assistir e organizar o trabalho em saúde e enfermagem.

A enfermagem profissional tem como foco central o cuidado aos seres humanos, em toda sua complexidade e é sobre esse cuidado que a enfermagem produz conhecimentos e tecnologias que vão sustentar o campo disciplinar que fundamenta a profissão (PIRES, 2009; LEOPARDI, GELBCKE, RAMOS, 2001).

O trabalho da enfermagem pode ser exercido nas dimensões: do cuidado direto à indivíduos ou grupos; educativa, constituída por processos de formação e educação profissional, e de educação em saúde; administrativo-gerencial, de coordenação e organização do trabalho de enfermagem e participação na gestão da assistência em saúde; e dimensão investigativa, com a produção de conhecimentos para fundamentar e orientar os processos de cuidar, gerenciar e educar em saúde (PIRES, 2008; SANNA, 2007; PIRES, KRUSE, SILVA, 2006; LEOPARDI, GELBCKE, RAMOS, 2001).

Segundo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem/LEP 7.498/86 são atribuições privativas do enfermeiro direção, planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de enfermagem; consultoria e auditoria de enfermagem; consulta e prescrição da assistência de enfermagem; e cuidados diretos de maior complexidade e cuidados a pacientes graves com risco de vida (COFEN, 2010). Ainda cabe ao enfermeiro, como integrante de equipe de saúde, a participação na elaboração, planejamento, execução e avaliação de planos e programas de saúde; prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição; assistir a gestante, parturiente, puérpera e recém-nacido; participar da educação continuada de pessoal de saúde; prestar assistência obstétrica e executar parto sem distócia; participar na elaboração e operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente; participar das ações de vigilância epidemiológica; na prevenção e controle de danos físicos ao paciente; cooperar no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde; participar em bancas examinadoras, em matérias específicas de

enfermagem para contratação de enfermeiro, ou técnico e auxiliar de enfermagem (COFEN, 2010).

O Ministério da Saúde/MS prescreve um conjunto de ações, individuais e coletivas, que contemplam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Requer práticas gerenciais, assistenciais e sanitárias orientadas pelos princípios de integralidade, acessibilidade, universalidade, coordenação do cuidado, continuidade e vínculo, equidade, humanização, responsabilização, e participação social. A serem realizadas por uma equipe mínima composta por uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um médico e Agentes Comunitários de Saúde/ACS em número suficiente para cobrir 100% da população adscrita (BRASIL, 2006)

No âmbito da equipe, segundo o MS são atribuições específicas da enfermeira, na ESF: realizar atenção integral aos indivíduos e famílias na USF e, quando necessário, no domicílio e outros espaços comunitários; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos estabelecidos pelo gestor municipal ou federal, observada a legislação profissional; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico em higiene dental (THD); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Schwartz (2004) coloca que a organização das gestões individuais na atividade de trabalho, pode mover-se entre dois pólos: o pólo da eficácia, o ato referido aos seus objetivos e o pólo da eficiência, que visa o produto da atividade segundo os meios disponíveis para produzi-lo. Geralmente há uma negociação entre esses dois pólos, com mais ou menos contradições e coincidências.

Essa negociação é permeada por valores intrínsecos às escolhas que são dimensionados pelas gestões incluídas nas atividades, valores relacionados e retrabalhados pela experiência de trabalho vivida. Esses valores podem vir ao trabalhador de forma externa (heterogênea) e institucional, nos serviços de saúde, de uma Secretaria de Saúde, de uma chefia ou da regulação profissional.

O conceito de trabalho real confunde-se com o de atividade, sendo uma resposta do trabalhador às imposições do meio para realizar o trabalho prescrito. Isto pressupõe que as prescrições são recursos

incompletos, uma defasagem entre o que foi antecipado pela prescrição e as situações encontradas no cotidiano de trabalho (SCHWARTZ et al., 2007; BRITO, 2008).

Segundo Schwartz et al. (2007), a atividade humana é portadora de quatro atributos: sempre há uma distância entre o trabalho prescrito e o real, mesmo que tenha sido pensado pela mesma pessoa que o vai realizar; esta distância é invariavelmente ressingularizada pelo trabalhador; o sujeito que gere esta distância usa a racionalidade do conhecimento e a sabedoria (economia) do corpo para contornar os imprevistos e tornar a situação vivível; essa gestão mobiliza valores, conformando o espaço de trabalho em encontro de valores.

O trabalho prescrito, conforme Brito (2008), envolve: os objetivos, metas e resultados a serem atingidos; os procedimentos pré-definidos; as regras (oralmente ou por escrito) emanadas da estrutura hierárquica; os protocolos, normas técnicas; os meios técnicos disponíveis; a divisão do trabalho; os prazos previstos; condições sócio-econômicas como qualificação exigida e salário.

Considerando a importância que o trabalho da ESF tem para a política de saúde no Brasil, no sentido de reestruturação do modelo assistencial com vistas às diretrizes do Sistema Único de saúde /SUS de universalidade, integralidade, considerando também a importância do papel das enfermeiras para a implementação da referida estratégia, o presente estudo teve o objetivo de caracterizar o trabalho da enfermeira na Saúde da Família, quanto aos procedimentos prescritos, as normas antecedentes e o trabalho real.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, guiada pelo materialismo histórico dialético e pela Ergologia. O materialismo histórico dialético orienta para a compreensão dos fenômenos na sua relação com a totalidade social, entendendo-a como dinâmica e histórica. O estudo sobre a atividade das enfermeiras precisa considerar o contexto político e institucional das USF onde trabalham incluindo o contexto municipal e da macro política de saúde que prescreve normas para o seu fazer e para a organização institucional, assim como as normas da regulação profissional.

A Ergologia segundo Schwartz et al, (2007) possibilita a análise de situações complexas de trabalho e tem como categoria central a atividade de trabalho. A análise da atividade tem o propósito de

confrontar os saberes necessários para compreender o trabalho, com a experiência de quem trabalha em uma situação concreta, provocando o debate de normas e valores. Desta forma, cria lugares para a emergência desses debates, que podem fundar políticas coletivas (saúde) no nível micro, em relação dialética com o nível mais geral político (SCHWARTZ et al., 2007).

O estudo foi realizado em um município do sul do Brasil com amostra constituída por 10 enfermeiros que atenderam os seguintes critérios de inclusão: enfermeiras trabalhando em USF em diferentes regiões do município; enfermeiras atuando há pelo menos um ano na ESF; e consentir em participar da pesquisa. Para compreender, em profundidade a gestão da atividade de trabalho das enfermeiras usou-se a triangulação metodológica (DENZIN, HAGUETTE, 1987) com dados coletados através de estudo, observação e entrevistas de auto-confrontação (VIEIRA, 2004). Os dados mostraram-se saturados antes do décimo sujeito (MINAYO, 2007).

Os profissionais foram convidados pessoalmente em reunião, na qual foi apresentada a proposta de pesquisa. Após a adesão voluntária, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido com cada profissional e esclarecidas as dúvidas, em contato individual, posterior à reunião. Os dados foram coletados de março a agosto de 2010. Foram analisados os documentos referentes à Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde, que tratam das atribuições dos profissionais na ESF; documentos de normatização para a ESF, normas e protocolos assistenciais para a enfermagem, no nível municipal; a Lei do Exercício Profissional N<sup>o</sup> 7.498 de 25 de Junho de 1986, o Decreto N<sup>o</sup> 94.406 de 08 e Junho de 1987 e a Resolução COFEN N<sup>o</sup> 358 de 15 de Outubro de 2009 que normatiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem/SAE (COFEN, 2010).

A pesquisadora acompanhou as atividades realizadas pelas enfermeiras durante diferentes dias da semana no período da manhã e tarde, conforme agenda de cada Unidade e registrou as observações em diário de campo, perfazendo uma média de 16 horas por enfermeira/o. As anotações da pesquisadora foram submetidas à análise da enfermeira, sendo utilizados como base para entrevista, em sessão de autoconfrontação da enfermeira com a prática observada. A partir do relato sistematizado na observação, a pesquisadora principal solicitava que as enfermeiras comentassem e explicassem suas escolhas, em vários momentos de suas atividades. Essa entrevista de autoconfrontação (VIEIRA, 2004) foram gravadas e, posteriormente, transcritas e enviadas às entrevistadas para validação, obtendo-se vinte documentos para

análise (dez de observação e dez entrevistas).

Para organização e tratamento dos dados foi utilizado um software para análise de dados qualitativos, Atlas-Ti – 5 (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - Índex, Searching and Theorizing*), que permite o armazenamento, codificação e integração de grande quantidade de dados complexos (ESTEBAN, 2006). As entrevistas e observações foram exaustivamente lidas e codificadas, sendo articuladas em quatro categorias de análise, guiadas pelo materialismo histórico dialético e Ergologia: a enfermeira nas atividades gerenciais e administrativas; a enfermeira nas atividades de cuidado; a enfermeira nas atividades de vigilância em saúde, controle social e intersetorialidade; conciliar a assistência de enfermagem e a coordenação da USF: uma dramática.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC, Parecer Consubstanciado N<sup>o</sup> 454/09, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que trata de Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996), assim como todos os cuidados em relação a garantia da informação, do anonimato, direito de escolha no que diz respeito a participação na pesquisa foram respeitados.

Na reprodução de falas dos participantes da pesquisa, optou-se pela identificação com a letra E, seguida da numeração de 1 a 10, a fim de preservar a confidencialidade e o anonimato.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No município estudado, a equipe da ESF era composta de: uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um médico, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais e cinco ACS. Em algumas unidades do município havia cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e acadêmicos de enfermagem, medicina, psicologia e nutrição (BLUMENAU, 2010).

Em relação à composição das equipes, o município apresentou uma estabilidade dos profissionais de enfermagem, e o número de auxiliares por equipe era maior que o prescrito pelo gestor federal para a equipe mínima (Brasil, 2006). No entanto, em 50% das equipes estava faltando o ACS, e duas equipes não contavam com nenhum deles. Em mais de 50% das equipes não havia auxiliar administrativo e 30% das equipes estavam sem médico.



## A enfermeira nas atividades gerenciais e administrativas

Este estudo mostrou que as enfermeiras desenvolvem atividades gerenciais e administrativas inerentes à profissão, organizando a assistência bem como os espaços de trabalho. Neste município, a enfermeira da USF recebe gratificação para o cargo de coordenadora da equipe para desenvolver atividades gerenciais e assistenciais. Além das atribuições descritas na ESF, há um rol de desempenhos esperados da coordenadora da equipe, definido pelo gestor municipal, composto de 35 itens, abrangendo os aspectos gerenciais, administrativos de gestão e planejamento.

A enfermeira coordena a equipe, coordena a assistência em saúde e de enfermagem e supervisiona os agentes de saúde e os auxiliares administrativos. Delega aos Agentes Comunitários de Saúde/ACS e ou auxiliar de enfermagem para substituir o auxiliar administrativo; media relações de trabalho e as relações da equipe com os usuários; convoca e coordena reunião de equipe; faz contato com a supervisora, calcula previsão de horas-extra, fecha folha ponto; realiza pedido, controle e manutenção de equipamentos e medicamentos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) o ACS desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, e vigilância em saúde por meio de visitas domiciliares e na comunidade; e só deve trabalhar dentro da USF em ações relacionadas às suas atribuições como confecção de mapas e relatórios, reunião, capacitação. Às enfermeiras cabe coordenar e planejar as ações dos ACS.

Encontrou-se alguns ACSs trabalhando na unidade substituindo o auxiliar administrativo em sistema de rodízio. Nas equipes que não tem nenhum ACS, essas tarefas administrativas foram distribuídas entre a enfermeira e as auxiliares de enfermagem, revezando-se.

Algumas enfermeiras dedicam tempo à marcação de consultas e exames para outros níveis de atenção pelo SISREG/Sistema Nacional de Regulação, outras delegam esta atividade ao auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem ou ao ACS, conforme sua realidade.

*O SISREG toma muito tempo da enfermeira. Ficamos somente com uma auxiliar administrativo, 4 horas por dia, para atender as duas equipes, quando a outra estava de férias [...] pedi para as auxiliares de enfermagem ajudarem na recepção e no SISREG e elas se negaram alegando que não era atribuição. Solicitei à*

*supervisora uma auxiliar administrativa do Ambulatório Geral/AG para fazer hora-extra. Mas tive que dispensar muito tempo com o SISREG e até com marcação de consultas na recepção [...] para facilitar o acesso das pessoas. Está na cartilha da ESF, inclusive que o auxiliar de enfermagem deveria fazer o trabalho administrativo, porque o auxiliar administrativo nem faz parte da equipe mínima da ESF, aqui no município é que tem em todas as equipes, as auxiliares de enfermagem são muito engessadas nisto [...] dizem que eu faço para agradar a Secretaria, mas eu faço para ajudar os usuários e o trabalho da equipe andar (E3).*

*O SISREG sempre foi o operador, por enquanto é o ACS concursado, que está fazendo o trabalho do auxiliar administrativo (E9).*

Estas renormalizações da enfermeira visam atender o prescrito pelo MS de universalização do acesso, mediando prescrições do gestor federal e do municipal. Para isso providencia a substituição dos servidores que faltam a fim de garantir a continuidade da oferta dos serviços de saúde à população, conforme estabelecido em documento da Secretaria de Saúde do município estudado. Nessas ações fica evidente o formulado Schwartz et al. (2007) de que a atividade de trabalho consiste como um espaço de debates e incertezas e caracteriza-se pela transgressão, mediação e contradição.

A enfermeira organiza a agenda das atividades de toda a equipe, em demanda espontânea e programada (hipertensão, diabetes, crianças, gestantes e outros) em conjunto com a equipe, mas mantém a responsabilidade de avaliar se a forma como a agenda funciona facilita o acesso dos usuários ao serviço. Os idosos e portadores de deficiência podem marcar consulta por telefone. Nas unidades há um cartaz com esse comunicado e o número da lei, para justificar o “privilegio” junto aos usuários não beneficiados.

Algumas equipes ainda utilizam o critério de ordem de chegada para agendar a consulta médica para os dez primeiros usuários e deixam algumas vagas (em torno de quatro) para emergência. Esta demanda espontânea, que não conseguiu vaga para consulta médica dentre as disponíveis para o dia (ou quer outro serviço), é acolhida pela enfermeira, que assumiu esta responsabilidade perante a equipe. Mas

algumas enfermeiras usam julgamento clínico na avaliação de quem vai para consulta médica conforme preconizado pelo MS (BRASIL, 2004b). A avaliação de risco é acordada verbalmente entre a enfermeira e o médico e a experiência vivenciada no trabalho.

*Nós abrimos as 7h e quando a gente chega as 6h50 tem 6 ou 7 pessoas, e os outros começam a chegar depois, porque eles já sabem e a gente orienta que abre as 7h, mas fila não tem [...] acaba sendo cansativo pra nós, principalmente neste momento que estamos sem o auxiliar administrativo, mas a gente trabalha mais realizada, tem uma resolutividade maior, não tem tanta reclamação de usuário [...] por exemplo, eu vejo que a pessoa da ficha número 8 tá com conjuntivite, eu trago para a minha sala e no intervalo entre uma consulta e outra eu [...] já passo toda a história clínica [para a médica] e [registro] no prontuário [...] tem uma conjuntivite assim, ela vem e já libera e aquela ficha 8 eu já aproveito para outra pessoa (E5).*

Mantém agenda aberta do atendimento de enfermagem e negocia com o médico da equipe a flexibilidade na agenda médica.

*Eles já são orientados quando é solicitado o exame para passar em consulta primeiro com a enfermeira, [...] se tiver alguma coisa urgente eu dou uma olhada e já converso com a médica e vejo se precisa passar imediatamente em consulta com ela (E9).*

*E se for considerada na nossa avaliação algum caso que mereça atenção médica a gente fica com 4 vagas. Se bem que essas 4 vagas, conforme o médico, a gente até extrapola um pouco porque ele também tem a responsabilidade e entende, mas geralmente ficam 4 vagas de emergência (E1).*

O conhecimento clínico é o critério usado para decidir sobre o tempo que o usuário pode demorar para receber consulta médica. Utiliza o ingrediente da competência, articulando o saber com a singularidade da situação e produzindo novas normas na atividade.

A enfermeira não se sente a única responsável, mas precisa

negociar com o médico, porque ele mantém a prerrogativa de decidir quantos usuários vai atender. A enfermeira tem pouco controle sobre o processo de trabalho do médico, trazendo implicações ao seu trabalho, na dimensão gerencial e assistencial. É ela que vai dar um encaminhamento ao usuário, independente se o médico atender ou não.

### **A enfermeira nas atividades de cuidado**

A atividade assistencial que mais ocupa a agenda das enfermeiras é o acolhimento, realizado todos os dias, exceto na 5ª feira de tarde que a USF fecha para capacitação ou planejamento, e em menor intensidade estão as ações programáticas. Estas são ações mais estruturadas por protocolos do MS, nas quais a divisão do trabalho está melhor definida e são realizadas em cooperação com a auxiliar de enfermagem e o médico. Diferente dos problemas que as pessoas trazem no acolhimento, geralmente complexos, multideterminados e imprevistos.

Alguns estudos sobre a prática das enfermeiras na saúde da família registram que as atividades assistenciais desenvolvidas em maior frequência são ações programáticas pré-estabelecidas pelo MS como saúde do adolescente, mulher, criança, adulto, idoso, saúde mental, tuberculose, entre outros (KANTORSKI, et al, 2006; SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010). No mesmo sentido, um estudo realizado em São Paulo sobre o acolhimento mostra a baixa resolutividade desta ação quando realizado pelos auxiliares de enfermagem e que as enfermeiras se dedicam mais às ações programáticas e gerenciais (TAKEMOTO; SILVA. 2007).

Diferente da literatura, na presente pesquisa predominou a realização da atividade de acolhimento e as enfermeiras apresentaram alto grau de resolutividade nesta atividade, aproximando-se do prescrito nas normas da regulação profissional que atribuem à enfermeira funções que exigem julgamento clínico e tomada de decisão.

As enfermeiras denominam esta escuta qualificada de acolhimento, avaliação ou consulta de enfermagem, sendo que algumas diferenciam o acolhimento da consulta por não usarem os preceitos metodológicos previstos nas diretrizes de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2010).

*Eu não posso chamar essa avaliação de consulta porque não faço exame físico, não tem espaço [as duas enfermeiras fazem o acolhimento na mesma sala, no mesmo horário] (E9).*

*Eu sempre faço tudo [histórico, exame físico,*

*plano de intervenção], mas anotar, eu só anoto a queixa, as alterações encontradas no exame físico e os encaminhamentos [...] o SOAP<sup>2</sup> como a gente aprendeu na faculdade [...], ah, não dá tempo (E1).*

As outras enfermeiras realizam o acolhimento (como chamam) usando uma sequência de procedimentos, porém não utilizam diagnóstico de enfermagem ou instrumento específico que caracterize a profissão. As enfermeiras investem muita energia e conhecimento na atividade assistencial, mas a forma como é realizada contribui pouco para dar visibilidade ao que é o trabalho de enfermagem (núcleo profissional) e o impacto que poderia causar na produção da saúde.

Antunes e Guedes (2010, p. 26) colocam que:

[...] o enfermeiro precisa usar um método de trabalho para planejar, executar e avaliar suas ações, substituindo o modo de fazer empírico, desordenado, por registros que demonstrem como, de fato, as pessoas sob sua responsabilidade profissional foram cuidadas em qualquer ambiente do sistema de saúde. Assim, os enfermeiros precisam perceber que a sistematização da assistência é um meio para aplicar seus conhecimentos na prática de cuidar e para caracterizar sua prática profissional. Ao utilizar a sistematização da assistência, esse profissional desenvolverá competências e habilidades para ver a pessoa sob seus cuidados de modo holístico, colaborando para a integralidade da atenção à saúde.

Nesta perspectiva, as enfermeiras estão transgredindo as normas da profissão, que institui a Sistematização da Assistência de Enfermagem, através da Consulta de Enfermagem em todos os ambientes, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Deve constar de histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; prescrição de enfermagem e implementação das intervenções; e avaliação de enfermagem, sendo que o diagnóstico de enfermagem e a prescrição das ações são atividades

---

<sup>2</sup> SOAP – metodologia de assistência orientada por problema, com as etapas Subjetivo, Objetivo, Avaliação/ Análise, e Plano, que podem corresponder às etapas propostas para a Consulta de Enfermagem.

privativas do enfermeiro (COFEN, 2010).

As ações do núcleo profissional (CAMPOS, 1997) têm menor peso como valor orientador das ações das enfermeiras. Parece que neste debate de normas, os valores de direito à saúde e acessibilidade bem como as prescrições emanadas do gestor municipal de atender a todos, têm supremacia para orientar as escolhas dos usos de si da enfermeira.

Cubas et al (2006) ao avaliar a implantação do CIPESC na rede de serviços de saúde em Curitiba /PR, consideram que utilizar um sistema de classificação das práticas de forma sistematizada promove a visibilidade e autonomia profissional.

Assim, a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva/CIPESC pode ser um instrumento do processo de trabalho das enfermeiras. Além disso, ela possibilita visibilizar como se estrutura o trabalho da enfermagem e ser instrumento de avaliação do processo, resultados e impactos da atividade de enfermagem, nas dimensões da assistência, gerência e investigação (CUBAS; EGRY, 2009).

Outra atividade assistencial frequente na agenda das enfermeiras é o atendimento à mulher para realizar o exame papanicolaou e mamografia de rastreamento.

As enfermeiras trabalham além da jornada de 8 horas, organizando e realizando ações para aumentar a cobertura do exame papanicolaou, da mamografia e das vacinas.

*Para aumentar a cobertura vacinal dos adultos, vacinamos durante 2 meses até as 20h de segunda a sexta-feira, isto facilitou muito para o pessoal que vinha do trabalho e aumentou bastante a cobertura (sujeito 9). Reservo a segunda-feira para o preventivo das cabelereiras porque é o dia que elas não trabalham (E3). Sábado que eu fiz preventivo, a auxiliar [de enfermagem] fez vacinação para tentar melhorar a cobertura. Estamos chamando fora do horário, mesmo que não seja época de campanha, para que os trabalhadores não precisem faltar ao trabalho (E4)*

No município estudado os trabalhadores que faltam ao trabalho não recebem gratificação, mesmo que apresentem atestado médico à empresa. Em decorrência disso, as usuárias faltam muito quando se trata de atividades agendadas de prevenção ou promoção da saúde, como o exame papanicolaou e vacinas, o que é bem significativo entre as

mulheres. Aqui o horário de funcionamento da unidade se constitui em uma barreira para o acesso da população ao serviço. Por conhecer a realidade da população adscrita, as enfermeiras programam horários alternativos com vistas a viabilizar o acesso e aumentar a cobertura. Esta atividade traduz a realidade do trabalho da enfermeira, pois integra as dimensões assistencial (atende a mulher), gerencial (programar, planejar e avaliar a ação) e educativa (informar, comunicar a equipe e a população).

Em relação ao trabalho com grupos, está estruturado e sofre as determinações das condições de trabalho e da gestão das enfermeiras, mas não se configura como prioridade. Os grupos de gestante, puericultura, portadores de diabetes e hipertensão e o dos portadores de diabetes insulino-dependentes são os mais estruturados e seguem os protocolos do MS e da gestão municipal.

As enfermeiras coordenam e programam as atividades com os grupos, mas dividem a execução com o médico, a auxiliar de enfermagem e os estudantes de psicologia e nutrição. As atividades com o grupo de portadores de diabetes insulino-dependentes, as enfermeiras dividem com o médico, não delegando a outros trabalhadores. Parecem decidir pelo que consideram ser mais complexo.

Em algumas USF estão suspensas as atividades com grupos por falta de espaço físico e uma enfermeira deliberadamente não trabalha com grupos, argumentando a sobrecarga e questionando essa prescrição.

*Quem disse, onde está escrito, que é a enfermeira que tem que coordenar, programar, preparar os temas, avisar a população e fazer o grupo, tudo sozinha? Eu fazia, mas o médico e as auxiliares só participavam quando queriam, cansei e parei de fazer [...]. Agora eu falei com as auxiliares que a responsabilidade é da equipe, se elas me ajudarem eu volto a fazer, elas disseram que vão ajudar (E10).*

O uso de si por si orientado pela economia do corpo, que parece ter estruturado esta escolha de não trabalhar com os grupos, não submeteu a necessidade de cuidado dos usuários, porque a enfermeira negociou e os usuários da sua área de abrangência participam das atividades de grupo desenvolvidas pela enfermeira da outra equipe.

As visitas domiciliares são agendadas para um período da semana, de acordo com a disponibilidade de carro e é realizada pelo profissional conforme o tipo de problema. As enfermeiras também

realizam visita domiciliar não programada, por demanda dos ACS ou da família, utilizando seu carro ou solicitam para a família ou dirigem-se ao domicílio a pé.

### **A enfermeira nas atividades de vigilância em saúde, controle social e intersetorialidade**

As ações de vigilância em saúde, que extrapolam o espaço físico da USF, estão bastante associadas à presença do ACS na equipe e à forma de trabalho que a enfermeira estabelece.

Atividades como coleta do preventivo, imunização do adulto e mamografia de rastreamento, estamos divulgando bastante, porque temos governabilidade, não depende muito do serviço, temos domínio e podemos desenvolver com facilidade, só fazer a busca (E5).

Nas equipes em que não há ACS, a busca ativa de todas as condições previstas (dos portadores de hipertensão, diabetes ou outra condição crônica, das crianças, das gestantes, dos sintomáticos respiratórios, a prevenção do câncer de colo uterino e de mama) e o acompanhamento dos marcadores do Sistema de Informações da Atenção Básica/SIAB, é realizado somente a partir dos usuários que comparecem à USF e por telefone.

A gente tem do cadastro de todas as mulheres que estariam na idade de fazer o preventivo, a única busca ativa é feita aqui dentro mesmo (E2; E7).

As enfermeiras buscam apoio dos acadêmicos de enfermagem e medicina, envolvendo-os em projetos prioritários e nas ações de vigilância em saúde. O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica não é conhecido pela maioria das enfermeiras.

*Eu sei da existência do Pacto porque sempre entramos no site do Ministério da Saúde, sei que tem o do município, mas não sabemos quais são as nossas metas (E7). O que também foi mencionado por E2 e E1.*

No que diz respeito à cobertura vacinal, a prescrição do MS e do gestor municipal é alcançar boa cobertura, mas há uma enorme defasagem na medida que o ACS teria uma parcela de trabalho nesta atividade, captando e informando os usuários para a necessidade da



vacina ou outra ação. A enfermeira usa a lista e o telefone como estratégia orientada para a eficiência (ter uma alta cobertura), mas também para eficácia no sentido de imunizar a comunidade (coletividade) e ter impacto, porém limitado.

Quanto ao controle social todas as enfermeiras participam ativamente do Conselho Local de Saúde desde a sua estruturação. Discutem o funcionamento da USF e questões da comunidade percebidas pelos profissionais ou usuários. Duas pessoas (um usuário e um profissional de saúde) representam este Conselho no Conselho Regional de Saúde.

Para diminuir a sobrecarga de trabalho da enfermeira, os profissionais da equipe fazem rodízio na reunião do Conselho Regional, contrariando o prescrito pelo gestor municipal. Os profissionais são apoiados pelos usuários nesta decisão e, depois que as equipes de uma região instituíram o rodízio a despeito da norma do conselho regional, todas as outras passaram a fazer o mesmo.

Houve a produção de uma renormalização das normas antecedentes na própria atividade, que já transformaram em patrimônio. A gestão dessas defasagens pode ser uma manifestação de vitalidade como uma tentativa de escapar à simples sujeição à prescrição (DURRIVE, 2007).

Também desenvolvem trabalho com escolas, creches, Secretaria de Obras e Transporte, Secretaria de Assistência Social e da Família de acordo com os problemas da comunidade. Em parceria com a Secretaria de Assistência Social e da Família, a enfermeira é responsável pelo preenchimento e fornecimento da Declaração de Vínculo do usuário com a USF, necessária para solicitar moradia definitiva para quem foi vítima da enchente e perdeu a casa em 2008.

### **Conciliar a assistência de enfermagem e a coordenação da USF: uma dramática**

Acumular a função gerencial e assistencial acarretou em sobrecarga de trabalho para as enfermeiras que parecem viver uma dramática, enquanto se voltam para o cuidado, responsabilizando-se pelo acolhimento, assumiram a coordenação da USF, após anos reivindicando remuneração pelas atividades que já realizavam. A despeito de ser uma conquista, a remuneração é irrisória e teve um aumento do volume de trabalho que anteriormente era dividido com os auxiliares de enfermagem. Porém, as atividades assistenciais e de contato direto com o usuário são relacionadas à satisfação no trabalho e

paradoxalmente, ao cansaço físico e mental. Na fala de uma enfermeira,  
*O tiro saiu pela culatra, eu prefiria ter mais tempo para a assistência, com o acolhimento ficou muito pesado (E8).*

Outros estudos também sinalizam que o enfermeiro desenvolve atividades simultâneas de assistência e de gerência (KANTORSKI, 2006; WEIRICH et al, 2009; MARIN; STORNILO; MORAVCIK, 2009) com a maioria das enfermeiras gerentes das Unidades Básicas de Saúde, queixando-se de uma sobrecarga de ações administrativas que interferem na qualidade da assistência.

Apesar da agenda com a definição das atividades a serem desenvolvidas em cada período e dia da semana, observou-se em 100% das USFs, que a enfermeira intercala as ações de assistência e administrativas, constantemente, a fim de articular parcelas do trabalho em saúde e responder a diferentes demandas.

A enfermeira interrompe o atendimento/consultas e vai fechar folha-ponto para aproveitar que o motorista leve ao nível central da secretaria, enquanto isto solicita ao mesmo que busque equipamento no conserto. Enquanto está conferindo a folha-ponto de todos os funcionários, liga para a supervisora para esclarecer uma inconformidade nas horas-extras de uma auxiliar de enfermagem. Foi até a sala de espera explicar à uma usuária, que estava com pressa, porque teria que esperar mais um pouco pelo atendimento. Após verificar as condições do equipamento que voltou do conserto e entregar as folhas-ponto ao motorista, retorna às consultas (Nota de Observação).

*Eu tinha que fechar a folha-ponto agora para aproveitar o carro, senão só na semana que vem. Se eu não mandar hoje, passa o prazo e elas ficam sem receber, ou tenho que levar lá na Secretaria com meu carro. Seria tão simples, se eles [a Secretaria] dessem o passe, o auxiliar levaria, mas eles exigem e não fornecem nem um passe (E 10).*

Utilizando o formulado por Campos (1997) acerca do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde (campo) e da assistência específica dos núcleos profissionais, é possível afirmar que para o exercício de suas funções, não bastam os conhecimentos disciplinares que fundamentam a profissão (do núcleo) e os requeridos para o trabalho na saúde da família (epidemiologia, saúde coletiva, planejamento, administração).

O uso desse primeiro ingrediente da competência, não é suficiente para alcançar eficácia no seu trabalho. Para isso, a enfermeira tem que gerir, nas singularidades diárias, objetivos diversos (dos usuários, dos trabalhadores, da instituição e os seus, que podem não serem explícitos, mas existem) e fazer micro-escolhas, concatenando com os meios de trabalho disponíveis: o tempo, o carro num único dia da semana, o prazo para enviar a folha-ponto, o usuário que precisa do documento assinado pela enfermeira hoje para conseguir a casa própria.

Constam da lista de tarefas da coordenadora da equipe da USF: supervisionar o cumprimento da carga horária e preencher a planilha ponto, mensalmente, nos prazos estipulados para garantir a remuneração no prazo correto; zelar pela manutenção dos móveis, materiais e equipamentos. Outra enfermeira explica a falta do auxiliar administrativo como um contra-tempo (que persiste há dois meses) redefinindo o processo de trabalho.

*Tira ficha, guarda ficha, separa a agenda do outro dia, organiza arquivo, faz número para distribuir. As coisas vão acontecendo, cada uma vai se responsabilizando por uma coisa, eu pego o SISREG um pouquinho, a auxiliar [de enfermagem] avisa as consultas. É complicado quando estou fazendo marcação no SISREG, o usuário chega e te vê no computador, tem que largar e atender, porque é difícil o usuário entender que aquilo também é importante para ele, toca o telefone ... a gente acaba tendo esses contra-tempos (E5).*

Tratam-se de prescrições incompletas, pois as condições para desenvolver a atividade fazem parte das normas antecedentes, e assim o/a trabalhador/a é confrontado a gerir esses limites de execução heterodeterminados (BRITO, 2008; SCHWARTZ, 2004; SCHARTZ et al. 2007). As enfermeiras transitam entre as prescrições contraditórias e discordantes dos gestores e da profissão e criaram novos modos de operar para conciliar a assistência com a gerência na USF, com base nas

normas antecedentes, valores e sua trajetória e inserção política e social.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Garantir o acesso universal em todos os níveis dos serviços de saúde a partir da Saúde da Família parece ser um valor bastante forte que as enfermeiras lançam mão para mediar suas atividades cotidianamente, nas dimensões do cuidado direto, administrativa e gerencial, e educativa.

A agenda das enfermeiras da Saúde da Família neste município está pautada prioritariamente pelas prescrições do gestor municipal, quais sejam, de reorganizar a atenção pela lógica do acolhimento, aumentar a cobertura de ações para controle do câncer cérvico-uterino e de mama, aumentar a cobertura vacinal dos adultos e idosos, e manter as ações programáticas já desenvolvidas nas áreas de saúde da mulher, criança, adulto, idoso e outros agravos.

A atividade assistencial que mais ocupa a enfermeira diariamente é o acolhimento, através da escuta qualificada de todos os usuários que vêm à unidade sem ter agendado uma ação programada. Trabalha com a agenda planejada, mas na prática, a sua agenda está aberta o dia inteiro para o acolhimento, que realiza nos interstícios das ações programadas, entre um preventivo, o grupo de gestante ou a visita domiciliar.

A enfermeira, por ser coordenadora da equipe, exerce a atividade assistencial simultaneamente as atividades administrativas e de gerência, tendo um volume de trabalho bem grande.

As prescrições para o trabalho da enfermeira consistem em objetivos muito amplos como promover a saúde ou integralidade, mas não vêm acompanhadas dos meios para a sua realização. Assim, têm que gerir essas contradições entre valores sem dimensão, eficácia e eficiência e se deparam com escolhas entre o cuidado com qualidade e demandas (valores) institucionais de produtividade. Gerir condições de trabalho inadequadas parece ser um drama vivido pelas enfermeiras para alcançar a integralidade em saúde.

A análise da atividade de trabalho das enfermeiras sinalizou uma dramática ao tentarem conciliar as ações de cuidado direto com a coordenação da equipe. Acredita-se que o estudo mostrou a potência das enfermeiras para (re)criar/normalizar os meios em que trabalham, principalmente ao revelar o conhecimento sobre os valores que permeiam as normas antecedentes e a sua transitoriedade, a sua configuração sempre inacabada quando contraposta à atividade em

curso.

O estudo mostrou que as enfermeiras se aproximam dos valores e princípios éticos de defesa da vida, colocados pela profissão enfermagem, mas não se orientam igualmente para o exercício da prática.

No cotidiano do trabalho de enfermagem pode haver interstícios para aumentar a sua autonomia e produzir novos sentidos, a partir da análise de sua atividade e reconhecimento das prescrições e das tentativas de renormalizá-las, ajudar na visibilidade do trabalho concreto das enfermeiras e desenvolvimento profissional.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. J; GUEDES, M.V.C. Integralidade nos processos assistenciais na Atenção Básica. In: GARCIA, T.R; EGRY, E.Y. et al (colaboradores). **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 336 p.; 23 cm. p. 19-28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Secretaria de Atenção Básica, Departamento da Atenção Básica. **Pactos pela saúde**. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITO, J. C. Trabalho real. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Orgs.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E; ONOKO, R. (orgs). **Praxis em salud: um desafio para lo público**. Hucitec- São Paulo: HUCITEC, 1997. P.229-266.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Legislação e resoluções do exercício Profissional. In: PIRES, D.E.P; BELLGUARDA, M.L.R; ZAGO, A; et al. (Orgs). **Consolidação da legislação e ética profissional**. Florianópolis: Conselho Regional de

Enfermagem - SC: Quorum Comunicação, 2010. p. 51-96.

CUBAS, M. R; ALBUQUERQUE. L. M; MARTINS, S. K; NÓBREGA, M. M. L. Avaliação da implantação do CIPESCÒ em Curitiba. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.2, p. 269-273, 2006.

CUBAS, M.R; EGRY, E.Y. C. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – Cipesec. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n.1, páginas, mar., 2008.

DENZIN, N. K.; HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWATZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde. Niterói: EdUFF, 2007.

ESTEBAN, M.P.S. **Introducción al programa de análisis de datos cualitativos Atlas-ti 5.0**. Barcelona: Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona, 2006.

KANTORSKI, L.P; JARDIM, V.M.R; COIMBRA, V.C.C., et al. Integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.3, p. 434-441, jul./set., 2006.

LEOPARDI M, T.; GELBECKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n.1, p. 32-49, jan./abr., 2001.

MARIN, M. J. S.; MORRO, E; HIGA, E.F.R, et al. Caracterizando as ações das equipes da estratégia de saúde da família do município de Marília. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n.4, p. 492-498, out./dez., 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

PIRES, D. E. P de. Trabalho em enfermagem: novas contribuições **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62. n. 5, p. 659-659, set./out., 2009b.

PIRES, D. E. P.; KRUSE, H.; SILVA, E. A enfermagem e a produção

do conhecimento. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.1, n. 1, p. 14-15, jan./fev., 2006.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.2, p. 221-224, mar./abr., 2007.

SCHWARTZ, Y; DUC, M; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia. In: SCHWATZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde et al. EdUFF, Niterói, 2007. 25-38

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 26-33.

SILVA, V. G; MOTTA, M. C. S; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n.3, p. 441-448 (online). Disponível em: <http://www.fen.ujg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm>. Acesso em: 09 nov. 2010.

TAKEMOTO, MLS; Silva, EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 331-340, fev., 2007.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, M. A. Autoconfrontação e análise da atividade. In: Figueiredo Marcelo, Athayde, Milton, B. J.; ALVAREZ, D. (Orgs). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 214-237.

WEIRICH, C.F et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-257, abr./jun., 2009.

### 4.3 ARTIGO 2: ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DRAMÁTICAS E VALORES NA GESTÃO DA ATIVIDADE DAS ENFERMEIRAS

#### **ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DRAMÁTICAS E VALORES NA GESTÃO DA ATIVIDADE DAS ENFERMEIRAS**

Judite Hennemann Bertoncini  
Denise Elvira Pires de Pires

#### **RESUMO:**

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em um município da região sul do Brasil com objetivo de analisar o acolhimento como atividade de trabalho das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família, na relação dialética entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Os dados foram coletados através de estudo documental, observação e entrevistas de auto-confrontação articulando o recurso da triangulação metodológica às perspectivas do materialismo histórico dialético e da Ergologia para a análise dos dados. A amostra foi de dez enfermeiras e seu tamanho foi considerada suficiente pelo critério de saturação dos dados. Para organização e tratamento dos dados foi utilizado o Atlas-Ti – 5 (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*). Os resultados mostraram que as enfermeiras usam os valores de direito à saúde, acessibilidade e integralidade para tomar decisões, gerir a distância entre o trabalho prescrito e o real e (re)normalizá-lo. A gestão da atividade “acolhimento” é fortemente influenciada pelas exigências das prescrições da política de saúde com vistas a acabar com as filas e a atender as demandas dos usuários em busca de alívio para seus sofrimentos e, mais timidamente, orienta-se pelos preceitos legais da profissão. O acolhimento também demonstrou ser um dispositivo potente para transformar o modelo assistencial de base clínico/ biológico em direção à racionalidade holística do ser humano e à integralidade. Conclui-se que os ingredientes da competência que as enfermeiras usam no acolhimento podem ser investidos na visibilidade do seu trabalho e na produção de (re)normalizações que fortalecem a perspectiva da integralidade e contribuem com o desenvolvimento da profissão.

**Descritores:** Acolhimento. Saúde da Família. Papel do Profissional de



Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

## **USER EMBRACEMENT IN THE FAMILY HEALTH CARE STRATEGY: DRAMAS AND VALUES IN MANAGING NURSING ACTIVITY**

### **ABSTRACT**

The objective of this qualitative study carried out in a southern municipality of Brazil is to analyze user embracement as a nurse work activity in the Family Health Care Strategy within the dialectic relationship between prescribed work and real work. The data were collected through documental study, observation, and self-confrontation interviews, articulating the methodological triangulation resource to perspectives of historical dialectic materialism and Ergology in data analysis. The sample was intentional and data considered to be sufficient for the saturation criteria. The Atlas-Ti – 5 (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric and Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*) was used in order to organize and treat the data. The results show that nurses use the values of the right to health, accessibility, and comprehensiveness in order to make decisions, manage the distance between prescribed work and real work, and (re)normalize work. Managing the user embracement activity is strongly influenced by the demands of the prescriptions of the health care policy, seeking to end lines and to attend users' demands in search of alleviating their suffering, as well as to more timidly orient them according to the legal precepts of the profession. User embracement also showed itself to be a potent tool in transforming the clinical/biological based care model in direction of a holistic rationality of the human being and towards comprehensiveness. We conclude that the ingredients of competence that nurses use in user embracement may be invested in the visibility of their work and in the production of (re)normalizations, which strengthen the perspective of comprehensiveness and contribute to the development of the profession.

**Keywords:** User Embracement. Family Health. Nurse's Role. Primary Health Care.

## ACOGIDA A LOS PACIENTES EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: PROBLEMÁTICAS Y VALORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LAS ENFERMERAS

### RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo, realizado en un municipio de la región sur de Brasil, tiene como objetivo analizar la acogida a los pacientes ejercida por las enfermeras como una actividad de trabajo dentro de la Estrategia Salud de la Familia, en la relación dialéctica entre el trabajo determinado y el trabajo real. La colecta de los datos se realizó a través de estudio documental, de observación y de entrevistas de auto confrontación articulando el recurso de triangulación metodológica a las perspectivas del materialismo histórico dialéctico y de la Ergología para el análisis de los datos. La muestra fue intencional y los datos fueron considerados suficientes con base en el criterio de saturación. Para organización y tratamiento de los datos se utilizó el Atlas-Ti – 5 (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*). Los resultados mostraron que las enfermeras usan los valores de derecho para la salud, accesibilidad e integralidad para tomar decisiones, administrar la distancia entre el trabajo determinado y el real y readecuarlo. La dirección de la actividad “acogida a los pacientes” está influenciada fuertemente por las exigencias de las prescripciones de la política de salud con mira en terminar con las filas de espera y atender a las demandas de los usuarios en búsqueda de alivio para sus sufrimientos y, más tímidamente, orientarse por los prejuicios legales de la profesión. La acogida a los pacientes también demostró ser un dispositivo potente para transformar el modelo asistencial de base clínico/ biológico en dirección a la racionalidad holística del ser humano y a su integralidad. Se concluye que se puede invertir en los elementos que las enfermeras usan para ser competentes en la acogida como visibilidad de su trabajo e invertir también en generar nuevas normas que favorezcan la perspectiva de la integralidad y contribuyan con el desarrollo de la profesión.

**Palabras claves:** Acogida. Salud de la Familia. Papel del Profesional de Enfermería. Atención Primaria a la Salud.

### INTRODUÇÃO

No Brasil, pós Constituição de 1988 e instituição do Sistema

Único de Saúde/SUS, têm ocorrido intenso debate acerca de novas práticas em saúde com vistas a superar as fragilidades do modelo da biomedicina, expandir a cobertura assistencial e melhorar as relações nos serviços de saúde. Este cenário abriu novos espaços e arranjos para organizar o trabalho em saúde e enfermagem.

Nesse processo, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família/PSF renomeado, a partir de 1996, como Estratégia de Saúde da Família/ESF. Esta perspectiva consolida-se, como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica, sendo reafirmada em 2006 com o lançamento, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional da Atenção Básica/PNAB. Esta política prevê uma reestruturação da assistência em saúde para atender os princípios do SUS. A PNAB prescreve um conjunto de ações, individuais e coletivas, que contemplam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Requer práticas gerenciais, assistenciais e sanitárias orientados pelos princípios de integralidade, acessibilidade, universalidade, coordenação do cuidado, continuidade e vínculo, equidade, humanização, responsabilização, e participação social (BRASIL, 2006).

Neste contexto de reestruturação da assistência e implantação do SUS é criada a Política Nacional de Humanização/PNH em 2004 (BRASIL, 2004a), que propõe o acolhimento como “um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários” (BRASIL, 2004b, p.5).

A PNH atribui esta responsabilidade à todos os profissionais “de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, [...]” (BRASIL, 2004b, p.9).

Entretanto a prescrição de uma política, mesmo que decomposta em tarefas, não é suficiente para assegurar a sua viabilização. A gestão, na abordagem da Ergologia (SCHWARTZ, 2004; SCHWARTZ et al., 2007) ocorre também no nível micro e abrange arbitragens baseadas no debate de valores e normas vividos pelos trabalhadores que vão formatar as atividades a serem realizadas. Assim, para transformar o atual modelo assistencial, ainda fortemente influenciado pelo modelo da biomedicina, é necessário construir um processo de co-responsabilidade entre profissionais, usuários e gestores institucionais na formulação e nas

práticas da atenção à saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2008).

A equipe mínima da ESF está composta por auxiliar ou técnico/a de enfermagem, enfermeira/o, médico/a e agentes comunitários de saúde/ACS e, dentre as atribuições específicas da enfermeira na PNAB, segundo a Portaria GM/MS no 648/2006, art. 1º encontra-se: realizar atenção integral aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, idade adulta e terceira idade), conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal e observados os dispositivos legais da profissão; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações.

No âmbito da profissão, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, LEP no 7.498 de 25 de junho de 1986, está prescrito no Art. 11 que:

[...] o Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe: I – privativamente: [...] c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; [...] i) consulta de enfermagem; m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; II – com integrante da equipe de saúde: a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde [...] (COFEN, 2010, p.61).

O desempenho dessas atribuições vai exigir da enfermeira o desenvolvimento de competências para realização de cada atividade de trabalho gerando um processo permanente de tomada de decisões que envolve relações e escolhas. Schwartz (2004, p. 25) refuta a tese de que a gestão do trabalho ocorre somente no nível dos especialistas “todo trabalho é sempre uso de si, considerando-o, simultaneamente, uso de si por outros (o que vai das normas econômico-produtivas às instruções operacionais) e uso de si por si (o que revela compromissos microgestionários)”.

Na realidade concreta do trabalho, a enfermeira se depara com prescrições/ normas, muitas vezes contraditórias, impostas pelo Ministério da Saúde, pelo gestor local e pelo órgão de regulação profissional (Sistema Conselho Federal/Conselhos Regionais), sendo diariamente requisitada a gerir uma dramática no uso de si e decidir que valores vai adotar. São microdecisões que resultam inevitavelmente, de escolhas feitas a partir de valores econômicos e sociais, muitas vezes contraditórios (SCHWARTZ, 2004).

Na ESF, como foi caracterizado em outras situações complexas de trabalho por Durrive (2007), requisita-se do profissional mais iniciativa e tomada de decisões assim como, simultaneamente, são impostas mais restrições e procedimentos a serem seguidos. Neste cenário cabe questionar que valores entram em cena no momento em que o trabalho é realizado? Como é decidido o trabalho da enfermeira? As renormalizações realizadas pelas enfermeiras na gestão/organização do seu trabalho aumentam sua autonomia, contribuindo para o desenvolvimento profissional e para a promoção de um cuidado integral ou predomina a orientação para atender as prescrições dos gestores institucionais?

Considerando-se o referencial teórico da Ergologia, o ser humano em qualquer atividade de trabalho vive um constante “debate de normas” (SCHWARTZ, 2004; SCHWARTZ et al.,2007) entre sua experiência, valores e regras institucionais e profissionais. Através desse debate, o trabalhador renormaliza o trabalho prescrito e produz o que resulta no trabalho real. Ou seja, a atividade real(izada) guarda, invariavelmente, uma distância do trabalho prescrito, está sempre permeada por mais ou menos, contradições e coincidências.

Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo analisar, na atividade de acolhimento desenvolvida pelas enfermeiras na ESF em um município do sul do Brasil, como se dá o governo do trabalho, no que diz respeito à tomada de decisão, na relação dialética entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, guiada pelo materialismo histórico dialético e pela Ergologia. A abordagem do materialismo histórico dialético orienta para a compreensão dos fenômenos na sua relação com a totalidade social, mas entendendo-a como histórica e em permanente transformação. Neste sentido a investigação sobre a atividade das enfermeiras precisa considerar o contexto político e institucional das unidades onde as mesmas trabalham incluindo o

contexto municipal e da macro política de saúde que prescreve normas para o seu fazer e para a organização institucional, assim como as normas de regulação profissional. A Ergologia ocupa-se de compreender o trabalho para transformá-lo e metodologicamente estudo a gestão das situações de trabalho para identificar os diferentes ingredientes da competência e usos de si mobilizados nestas circunstâncias. Schwartz et al. (2007) propõe apoiar o conhecimento sobre o trabalho em um dispositivo dinâmico de três pólos: o pólo dos conceitos nutrido pelo conhecimento científico; o pólo dos saberes construídos com base na experiência do trabalhador; e o pólo da ética, dos valores que tensionam a relação entre os dois primeiros no curso da atividade de trabalho.

A dialética entre o geral e o singular faz com que as pessoas produzam novas normas permanentemente, num esforço de antecipação com a realidade da atividade e, este cotejo é gerido pelo trabalhador (DURRIVE, 2007).

O estudo foi realizado em um município da região sul do Brasil com uma amostra constituída por 10 enfermeiras que atenderam os seguintes critérios de inclusão: enfermeiras/os trabalhando em Unidades de Saúde da Família/USF em diferentes regiões do município; enfermeiras/os atuando há pelo menos um ano na ESF; e consentir em participar da pesquisa. O tamanho da amostra mostrou-se suficiente pela saturação dos dados. Utilizou-se, para a compreensão em profundidade, o recurso da triangulação metodológica (DENZIN, 1987). Os dados foram coletados de março a agosto de 2010, através de estudo documental, observação sistematizada e entrevista de autoconfrontação, na qual

[...] o trabalhador é quem exercita a confrontação de si mesmo diante do seu trabalho e instituem dispositivos práticos que possibilitam uma análise minuciosa da atividade. O Objetivo é compreender o que se faz na situação concreta de trabalho, por meio de observação da atividade (como filmagem, descrição, notas de campo), contraposto ao que se pensa que se faz nessa mesma situação (como entrevista, comentário e discussão) (VIEIRA, 2004, p.215).

Essa perspectiva prevê o olhar para a atividade considerando o trabalho prescrito e o real e associando as explicações dos trabalhadores para as suas escolhas.

As enfermeiras foram contatadas e convidadas a participar em reunião na qual foi apresentada a proposta de pesquisa. Após a adesão voluntária, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), foi lido com cada profissional, e as dúvidas esclarecidas, em contato individual, posterior à reunião.

Foram analisados documentos referentes à Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde, especificamente da série Pactos pela Saúde, volume 4; Portaria nº 648/GM de 28 de março 2006, que trata das atribuições dos profissionais da equipe de Saúde da Família; documentos de normatização para a Estratégia Saúde da Família, normas e protocolos assistenciais para a enfermagem, no nível municipal; Lei do Exercício Profissional Nº 7.498 de 25 de Junho de 1986, Decreto Nº 94.406 de 08 de Junho de 1987 (regulamenta a LEP) e a Resolução Cofen Nº 358 de 15 de Outubro de 2009 (dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes em que ocorre o cuidado) (COFEN, 2010).

Na observação acompanhou-se as atividades realizadas pelas enfermeiras durante diferentes dias da semana, no período da manhã e tarde, conforme agenda de cada Unidade e registrando-as em diário de campo e envolveu, em média, 16 horas por enfermeira/o. Esses registros foram submetidos à análise da/o enfermeira/o nas entrevistas individuais de autoconfrontação solicitando que as mesmas explicassem suas escolhas na realização da atividade. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e enviadas a/ao entrevistado/a para validação. Através destes dois instrumentos foram obtidos vinte documentos, dez de observação e dez entrevistas, os quais foram analisados utilizando os recursos do software para análise de dados qualitativos, Atlas-Ti – 5 (*Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing*), que permite o armazenamento, codificação e integração de grande quantidade de dados complexos, bem como reunir dados e interpretações relevantes (ESTEBAN, 2006). As entrevistas e observações foram exaustivamente lidas e codificadas, sendo a seguir, articuladas em categorias de análise, através da construção de estruturas semânticas, guiadas pelo materialismo histórico dialético e pela ergologia. Tanto na observação quanto nas entrevistas os dados mostraram-se saturados antes do décimo sujeito.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC, Parecer Consubstanciado Nº 454/09, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que trata de Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996), assim como todos os

cuidados em relação a garantia da informação, do anonimato, direito de escolha no que diz respeito a participação na pesquisa foram respeitados.

Na reprodução de falas dos participantes da pesquisa, optou-se pela identificação com a letra E, seguida da numeração de 1 a 10, a fim de preservar a confidencialidade e o anonimato.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O município tem 309.214 mil habitantes (IBGE, 2010) e a Secretaria de Saúde coordena a atenção básica, sendo que, atualmente conta com 55 equipes de saúde da família que garantem a cobertura de aproximadamente 65% da população (PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU, 2010).

No município estudado, a equipe da ESF era composta de: uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um médico, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais e cinco ACS. Em algumas unidades do município havia cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e acadêmicos de enfermagem, medicina, psicologia e nutrição (Blumenau, 2010).

Em relação à composição das equipes, o município apresentou uma estabilidade dos profissionais de enfermagem, e o número de auxiliares por equipe era maior que o prescrito pelo gestor federal para a equipe mínima (Brasil, 2006). No entanto, em 50% das equipes estava faltando o ACS, e duas equipes não contavam com nenhum deles. Em mais de 50% das equipes não havia auxiliar administrativo e 30% das equipes estavam sem médico.

A Secretaria da Saúde realizou capacitação com as equipes de Saúde da Família a fim de reorganizar a atenção à saúde orientada pela PNH com vistas ao atendimento dos seguintes pressupostos: atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde assegurando a universalidade do acesso; deslocar o foco do processo de trabalho centrado na queixa-conduta médica para a atenção integral através da escuta qualificada realizada por qualquer profissional da equipe; compromisso do profissional com a resolutividade do problema de saúde do usuário; e construir vínculo com o usuário baseado na solidariedade e direito à saúde como bem comum. Neste processo, o acolhimento é colocado em pauta pelo seu potencial para gerir novos modos de operar o trabalho e se destacou, na pesquisa de campo, como atividade-chave desempenhada pelas enfermeiras.

Na análise da atividade “acolhimento” identificou-se três



categorias-chave que possibilitam responder como se dá o governo das enfermeiras na gestão do trabalho: acolhimento como atribuição da enfermeira na atenção básica; acolhimento orientado para a eficiência: aumentar o acesso e diminuir filas; acolhimento orientado para a eficácia e pela integralidade.

### **Acolhimento como atribuição da enfermeira na atenção básica**

O acolhimento é uma das atividades prescritas para a equipe da ESF e foi implantado no município baseado nos princípios da Política Nacional de Humanização. Esta política preconiza uma assistência mais acolhedora, ágil e resolutiva, que se aproxime das expectativas e necessidades dos usuários, assim como, promova a autonomia e protagonismo dos sujeitos portadores de carência de saúde (BRASIL, 2006a).

No entanto, a prescrição do acolhimento no contexto da humanização, é bastante vaga deixando a critério das equipes da ESF, a inventividade sobre sua configuração na prática. Por um lado, este aspecto favorece o protagonismo dos profissionais na organização de processos de trabalho mais adequados a sua realidade, mas também pode dificultar a sua efetivação.

Neste estudo, entre as atividades que as enfermeiras desempenham, o acolhimento ocupa grande parte da sua agenda e se caracteriza em atender todos os usuários que vêm à USF e não têm consulta médica agendada, independente do motivo pelo qual procuram o serviço ou do momento que chegam. Isso requer uma boa dose de flexibilidade e muita disponibilidade, como referem as entrevistadas.

*De segunda a sexta no período da manhã, as 8 horas eu estou disponível para a questão do acolhimento, que é o horário de maior fluxo das pessoas (...). Claro que o acolhimento é o dia todo, mas são os horários em que as pessoas se concentram mais (E 2).*

*Faço acolhimento de segunda a sexta de manhã (E 9).*

*Na quarta-feira é a mesma coisa de todos os outros dias de manhã, aquele acolhimento de quem não marcou ficha (E1).*

*Tem muita gente que vem fora do horário e que eu acabo acolhendo, porque o acolhimento não tem*

*horário, então eu atendo a qualquer hora (E 4).*

Exceto na quinta-feira de tarde (as USF são fechadas, pois os profissionais participam de capacitação ou reunião de equipe), as enfermeiras organizam o seu trabalho de modo que não fique nenhum período da semana sem a atividade de acolhimento. Por isso, no dia das visitas domiciliares agendadas, as enfermeiras realizam o acolhimento antes de sair para as visitas, fazendo os devidos encaminhamentos. Ao retornarem à Unidade, atendem novamente. Quando trabalham duas equipes na mesma USF, uma enfermeira sai para a visita e a outra fica na Unidade e faz o acolhimento dos usuários das duas áreas de abrangência.

*Quem fica aqui [a outra equipe] continua recebendo e acolhendo os pacientes (...) Não tem como parar, não é porque é o dia de visita domiciliar que nós não vamos atender as pessoas que nos procuram (E 2).*

A política de humanização prescreve que a escuta qualificada do usuário pode ser feita por qualquer profissional de saúde, entrando no cardápio das atribuições gerais dos trabalhadores da equipe, não exigindo formação específica, mas qualificação adquirida em processos educativos no trabalho.

Por ser um dispositivo capaz de dar direcionalidade à todo o processo de trabalho previsto na ESF, é esperado que todos os profissionais exerçam suas atividades balizados pela perspectiva de acolher e responsabilizar-se pelo usuário. No entanto, no município estudado, a escuta qualificada é realizada pelas enfermeiras. Esta situação resulta em uma dramática vivida pelas enfermeiras na gestão cotidiana do trabalho pelo aumento considerável de volume de trabalho, exigindo que façam uso de si com base no prescrito por outros. Para aumentar a produtividade e ter maior resolutividade é gerado desgaste do corpo. Este desgaste é compensado pelo vínculo que criam com os usuários e a população, entrando em cena outro valor, o da realização de um trabalho útil para a comunidade e que orienta o uso de si por si. A quantidade se transforma em qualidade, quanto mais pessoas atendem e mais conversas participam, mais ampliam o seu saber pela experiência.

Assim, justificam ter tomado para si a responsabilidade do acolhimento:

*Isso foi acordado pela equipe toda. No início eu não queria fazer porque me dificulta, eu perco*

*meio dia, mas ao mesmo tempo eu ganho uma série de informações e eu consigo trabalhar com a comunidade (E 8).*

As equipes, por sua conta, atribuíram funções diferentes aos agentes do trabalho. É consenso que nenhum usuário pode ser mandado embora sem ser ouvido de forma individual em uma sala reservada. Ao auxiliar de enfermagem cabe receber a pessoa (se a enfermeira está ocupada ou ausente), verificar os sinais vitais e realizar medidas antropométricas e à enfermeira fazer a avaliação e encaminhamento do motivo que levou o usuário até o serviço.

*A avaliação é conduta da enfermeira (E 3).*

*Está embutido isto na maioria dos enfermeiros, que é minha essa função. Não que elas (as auxiliares de enfermagem) não façam o acolhimento, se está muito tumultuado, acontece alguma coisa que eu não estou lá, elas fazem, mas é difícil elas liberarem alguém só com a orientação delas, geralmente elas passam para mim (E 5).*

As demandas para o atendimento da enfermeira foram se constituindo a partir da implantação do acolhimento e podem ser agrupadas em algumas situações. Primeira: o usuário com queixa clínica, que veio procurar consulta médica (não agendada) e passa pela avaliação da enfermeira que decide se o mesmo vai consultar com o médico da USF no mesmo dia, se vai agendar para a próxima vaga disponível ou se vai encaminhar para outros profissionais como cirurgião dentista, psicólogo, nutricionista, ao médico ou serviços especializados de referência (CAPS, Saúde do Trabalhador, HIV/AIDS) ou ainda para o hospital. A política estabelece, claramente, parâmetros de referência e contra-referência entre os vários serviços da rede pública (SUS), entretanto, as enfermeiras conseguem a vaga para o serviço que o usuário necessita mediante vínculos de amizade com os profissionais. Esta decisão é baseada no julgamento clínico da enfermeira, mas também, em menor quantidade, em uma solicitação do usuário para consultar com o especialista.

*Toda criança com febre, com vômito ou diarreia nós atendemos e passamos para o médico, já é*

*combinado com o médico. Se está com amigdalite, está com diarreia, passo para o médico, mas se for uma dor nas costas, peço para voltar amanhã (E 3).*

Contudo, o julgamento clínico realizado pelas enfermeiras é uma renormalização, com base na sua experiência de trabalho e acordos verbais estabelecidos com cada médico e na prescrição da PNH para implantar acolhimento com classificação de risco. Assim, cada enfermeira cria, com vistas a satisfazer as necessidades do usuário e alcançar a eficácia do uso de si. Preenche os vazios da norma (SCHWARTZ et al., 2007) conforme a situação, já que não há esta definição por parte do gestor local.

A segunda situação é quando a enfermeira consulta o usuário que retornou à USF com resultados de exames e discute com o médico aqueles que apresentam alguma alteração. A seguir ela realiza os encaminhamentos conforme avaliação médica (se necessário, o médico examina novamente o usuário, o que não é comum, ou faz a receita), depois orienta a pessoa e finaliza o atendimento.

A terceira situação é aquela na qual a mulher comparece à USF para receber o resultado do exame papanicolau ou da mamografia de rastreamento. Neste caso a enfermeira avalia os resultados dos exames. Os que têm alteração oncológica são agendados para consulta médica e a usuária é comunicada; aqueles que apresentam resultado sugestivo de leucorréia (DST), a enfermeira avalia com o médico entregando o resultado, informando sobre o tratamento prescrito e orientando usuária. Em todos os casos observados o tratamento indicado pela enfermeira foi confirmado pelo médico. Mas, segundo o gestor local somente o médico tem a prerrogativa legal de prescrever medicamentos no município estudado.

Quando questionadas porque não assinam a receita que levam pronta para o médico assinar (no caso de DST), ou porque levam a receita já preenchida, as enfermeiras justificam o debate de normas e os valores que permeiam os usos de si nesta deliberação.

*Eu assinava quando tinha o protocolo, mas foi tirado, teve um secretário que proibiu os enfermeiros de solicitar exames e prescrever qualquer medicamento (E 7).*

O gestor local definiu, em 2005 que prescrição para o tratamento de DST confirmada laboratorialmente, antes realizada por enfermeiras e médicos, passasse a ser função exclusiva do médico.

Como as enfermeiras compatibilizam estas prescrições heterogêneas, entre o Ministério da Saúde, o prescrito na Lei do Exercício Profissional e o definido pelo gestor municipal?

Usam, considerando o formulado por Schwartz (2004; 2007), o primeiro ingrediente da competência. Este refere-se ao conhecimento das normas antecedentes, abrangendo tanto o conhecimento técnico (tratamento das DSTs e critério para solicitar mamografia) quanto a divisão do trabalho (atribuição médica), imposta para a tarefa de receitar medicamentos ou requisitar exames. Mas a experiência de trabalho (segundo ingrediente) e a capacidade de articular o saber à singularidade da situação, lhes autoriza a estabelecer essa conduta (terceiro ingrediente). Instaura-se uma dramática, um debate dos valores válidos para a enfermeira que decide, entre tantas reservas de alternativas, a que julga pertinente para a situação.

Competência é justamente a composição de ingredientes utilizados na atividade de trabalho a fim de atingir um objetivo (SCHWARTZ et al., 2007).

Vale ressaltar que essas práticas são sempre acordadas verbalmente com o médico da equipe, e depende, em grande parte, da experiência e disposição para o trabalho/diálogo em equipe dos profissionais envolvidos.

Outro conjunto de demandas bem freqüente no acolhimento são as necessidades sociais apresentadas pelos usuários como precisar conversar, pedir ajuda para resolver conflitos familiares, e problemas diversos do campo das relações com instituições, com profissionais e com pessoas da comunidade.

*As vezes ela [a usuária] senta e chora contigo e o problema dela não é médico, o problema é social, então eu acho muito importante a enfermeira ouvir e por isso eu faço essa avaliação (E 3).*

*Eles vêm procurar a gente para resolver outros problemas, de cunho social, problema de relacionamento (E 8).*

Foram observadas várias situações que a enfermeira tem autonomia para resolver, algumas porque existe protocolo implantado como é o caso de encaminhar para contracepção definitiva (laqueadura e vasectomia); fornecer atestado para a criança frequentar a creche (normatizado por parceria entre Secretaria de Saúde e Secretaria da

Educação); preencher atestado de vínculo do usuário com a Unidade de Saúde para que o mesmo possa solicitar moradia definitiva (em casos de perda de casa em enchente).

Ao assumirem a responsabilidade pela escuta no acolhimento, percebe-se uma prática renormalizada pelas enfermeiras em relação à divisão do trabalho, pois o gestor federal prescreve esta atribuição à todos os profissionais (BRASIL, 2004b). Na atenção as necessidades dos usuários as enfermeiras criam caminhos e, como mencionado por Schwartz et al.,(2007) tecem alianças, recriam regras, muitas vezes transgredindo-as para dilatar e modificar normas.

### **Acolhimento orientado para a eficiência: aumentar o acesso e diminuir filas**

Considerando o que foi observado e confirmado nas entrevistas de auto-confrontação, o estudo identificou que a atividade de acolhimento é orientada, predominantemente, para alcançar os objetivos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde, de ampliar o acesso e diminuir as filas, aproximando-se do prescrito na PNH (BRASIL, 2006a).

Pode-se dizer que o acolhimento praticado pelas enfermeiras na ESF, diminui a fila dos usuários para consulta médica na unidade, promove o acesso da população aos serviços de saúde, mas, paradoxalmente, aumenta muito o volume de trabalho de toda a equipe, uma vez que são identificadas necessidades além da queixa relatada pelo usuário. São mais vacinas, mais exames, mais visitas domiciliares, mais consultas, mais orientações, mais cartas/ formulários de referência a preencher, mais telefonemas, para construir essa “rede de conversações” na perspectiva do cuidado integral (TEIXEIRA, 2003, p.89).

Na gestão da atividade predomina a influência das políticas nacionais e locais prescritas e os valores orientadores são o direito à saúde e acessibilidade. No atendimento ao prescrito associa-se o cumprimento das determinações das chefias e o desenvolvimento de ações para evitar queixas e para desafogar o trabalho do médico.

### **Acolhimento orientado para a eficácia e pela integralidade**

Teixeira (2003) conceitua acolhimento como um tipo especial de conversa entre o profissional de saúde e o usuário, caracterizado por uma escuta qualificada dos problemas que afligem as pessoas, que acontece nos espaços institucionais dos serviços. As enfermeiras denominam a atividade de acolhimento realizada como escuta

qualificada, avaliação e algumas vezes triagem.

Um dos objetivos da humanização ao propor o acolhimento é deslocar o foco do processo de trabalho centrado na queixa-conduta médica para a pessoa e produção da saúde (BRASIL, 2006a) o que foi indicado pelas enfermeiras ao justificar sua adesão ao acolhimento.

*Faço avaliação porque tem aqueles casos que nem vai precisar passar em consulta com a médica (E 6).*

*É uma oportunidade de acessar o paciente, e tentar colocar/despertar que tem outro profissional e outras coisas para fazer além da consulta médica, aproveito para falar da vacina, do precoce [de câncer], da rotina da unidade (...)  
(E 8).*

Algumas enfermeiras referem que o acolhimento é um modo de se relacionar, de se vincular e conhecer os usuários e entender melhor o que está acontecendo na família ou comunidade, identificar riscos e prevenir agravos, promover a saúde a partir da investigação das necessidades de saúde e responsabilizar-se junto ao usuário diante dos problemas identificados, mantendo a coordenação do cuidado.

Não obstante a grande maioria dos usuários procurar a unidade solicitando consulta médica, o escopo de problemas que se apresenta diante das enfermeiras é muito amplo e consequentemente a solução está além do tratamento médico clínico.

As enfermeiras atendem todas as pessoas (adultos, crianças, adolescentes, idosos, mulheres e homens), todos os tipos de problemas (agudos, crônicos, clínicos, epidemiológicos e sociais) e assumem como sua a função de dar uma resposta às situações apresentadas, muitas vezes articulando outros profissionais e serviços para garantir a satisfação das necessidades dos usuários.

No atendimento que as enfermeiras realizam, a queixa é apenas o ponto de partida para, oportunamente expandir o olhar acurado sobre a situação do usuário. Sem perder de vista a queixa, conversam como se fizessem uma topografia dos sintomas, convidam a pessoa a pensar sobre o que está acontecendo e sobre seu modo de vida, investigam questões gerais da saúde como a situação vacinal do usuário e de toda a família,

hábitos alimentares, atividade física, saúde reprodutiva, prevenção do câncer de colo de útero, de mama e da próstata. Então, a enfermeira faz as orientações que julga necessárias e avalia a necessidade de encaminhar para consulta médica ou com outro profissional ou serviço, ou ainda acompanha o usuário, finalizando o atendimento (Nota de Observação).

Resolver o problema pode significar conseguir a consulta médica que o usuário veio buscar e as enfermeiras se desdobram de forma irrestrita para viabilizar, o que, no mínimo, amplia consideravelmente o acesso da população ao serviço.

A busca de soluções de encaminhamento também pode ser orientada pelo julgamento clínico da enfermeira. Na ausência do médico, a enfermeira tenta vaga para consulta nas USF mais próximas e, se necessário, em outras regiões até obter êxito.

*Às vezes eu vejo que a criança já passou duas ou três vezes aqui na consulta e está aqui de novo e a gente tá lotado de consulta aquele dia, eu até ofereço: quer ir com o pediatra? E ela aceita, então eu encaminho. E eles sabem que quando eu mando, é porque está precisando. Até para [ambulatório da Universidade] eu mando e eles aceitam (E 9).*

Mas as enfermeiras não encerram o atendimento quando conseguem a vaga para a consulta médica ou outro serviço, estendem a atividade para além dos domínios do consultório e da unidade, e acompanham o desfecho da situação. Identifica-se uma concepção de acolhimento como responsabilização, de modo a possibilitar o acesso do usuário aos serviços do sistema de saúde.

Cada atendimento gera outras ações, assim como exige das enfermeiras o desenvolvimento de novos saberes, de relações com os diversos agentes do trabalho e requisita decisões que as enfermeiras tomam mediadas por valores éticos, de proteger a vida e diminuir a dor. Realizam diversas ações até a resolução do problema.

Ao atender uma criança de 6 anos com abscesso na cavidade oral, em um dia sem médico na unidade, a enfermeira encaminha ao cirurgião



dentista (referência de urgência), pois não pode prescrever antibiótico e tampouco encaminhar ao hospital, que reclama quando o usuário chega ao pronto socorro, vindo da USF sem a assinatura do médico ou dentista no formulário de referência. O cirurgião dentista prescreveu antibiótico e agendou consulta de retorno em 5 dias. A enfermeira resolveu que ainda era necessário encaminhar a criança ao hospital, telefonou e explicou a situação ao médico plantonista, fazendo a referência por escrito com sua avaliação (Nota de Observação).

Essa prática das enfermeiras corrobora o preconizado pela política de prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização e encaminhar o usuário para outros serviços de saúde necessários à continuidade da atenção (BRASIL, 2004b).

O comprometimento que as enfermeiras demonstram ao buscar estratégias para resolver os problemas que afligem as pessoas, fortalece os laços afetivos, aumenta a confiança e vincula os usuários à equipe.

*Uma semana depois a mãe esteve aqui na Unidade para agradecer o encaminhamento que a gente fez e disse que foi muito bem atendida no hospital (E 6).*

Esse olhar para além da queixa (integral, holístico) já está incorporado como referência que orienta a ação das enfermeiras em qualquer circunstância e foi facilmente observado na prática.

Ao ser chamada pela auxiliar de enfermagem na sala de procedimentos ou vacina para avaliar uma lesão, investigava aspectos que não estavam diretamente relacionados ao motivo que levou o usuário à unidade, evidenciando, e acolhendo, necessidades subjacentes, caracterizando um interesse genuíno no bem estar do usuário (Nota de Observação).

Ao realizarem o acolhimento, as enfermeiras investigam além da queixa na perspectiva da atenção integral e além do indivíduo, abordando a família e produzindo intervenções para cuidar do conjunto

das pessoas que residem no domicílio. Entendem o papel determinante que a família tem para fortalecer, ou não, processos mais saudáveis de viver e estratégias de enfrentar o sofrimento e demonstram vínculo com a família do usuário que está sendo atendido.

Minoritariamente, as enfermeiras reproduzem a lógica da atenção centrada na queixa. Nestes casos trabalham com a concepção do acolhimento para desafogar a agenda médica e diminuir a fila. Nessa ótica, o problema é conseguir vaga para a consulta médica, o que acaba reforçando o modelo assistencial centrado na doença e no profissional médico.

*Eu vou avaliar a situação e se não tiver como a médica atender, eu arrumo outra solução, eu ligo para o ambulatório [...], se necessário ligo para o hospital. Não deixo o paciente sem solução (E 4).*

Em outros estudos, os profissionais da USF também apontam a melhoria do acesso e o olhar ampliado para além da queixa dos usuários, como indicativos da humanização do cuidado, que foi promovido com a implantação do acolhimento (MARIN; STORNILO; MORAVCIK; 2010; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como atividade das enfermeiras na ESF, o acolhimento tem sido um dispositivo potente para transformar o modelo assistencial centrado na queixa-conduta de base clínico-biológica em direção à racionalidade fundada na visão holística do ser humano. Não sem contradições, evidenciadas na atividade de trabalho, as enfermeiras transitam entre as exigências das prescrições da política para acabar com as filas e atender a todos e as necessidades prementes demandadas pelos usuários de alívio de seus sofrimentos e, mais timidamente, permanecer nos contornos legais da profissão.

Foi possível apreender saberes e fazeres das enfermeiras produzidos na atividade de acolhimento, como negociam dialeticamente os usos de si por si e pelos outros, no cotidiano de trabalho. O direito universal aos serviços de saúde, a perspectiva da integralidade e a responsabilidade na produção da saúde dos usuários, parecem ser valores que orientam as microescolhas das enfermeiras nas práticas de acolhimento.

No confronto permanente entre as normas técnicas, profissionais

e valores, a atividade de acolhimento das enfermeiras é “atravessada” de forma contundente pelas prescrições do gestor local de saúde. Isto nos remete às relações hierárquicas de poder na operação das renormalizações, reproduzindo a dialética entre o singular e o geral, a micro-gestão do trabalho e o macro-contexto econômico e social dominante em determinado momento histórico.

De qualquer modo, as enfermeiras, ao fazer suas escolhas, transgredindo, subvertendo ou se subordinando em parte, são produtoras desta história.

As enfermeiras podem usar os ingredientes da competência também para investir na visibilidade do seu trabalho, fazer circular o patrimônio coletivo que engendram no nível micro, em espaços macro-políticos da sociedade a fim de desenvolver a profissão, alcançar maior reconhecimento e valorização social.

## REFERÊNCIAS

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação das unidades da rede municipal de saúde**. Blumenau: SMS, 2010. (Digitado)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**, trata de Pesquisa com Seres Humanos. Brasília: MS/CNS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pactos pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco - um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Legislação e resoluções do exercício Profissional. In: PIRES, D.E.P; BELLGUARDA, M.L.R; ZAGO, A; et al. (Orgs). **Consolidação da legislação e ética profissional**. Florianópolis: Conselho Regional de

Enfermagem - SC: Quorum Comunicação, 2010. p. 51-96.

DENZIN, N. K.; HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWATZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde. Niterói: EdUFF, 2007.

ESTEBAN, M.P.S. **Introducción al programa de análisis de datos cualitativos Atlas-ti 5.0**. Barcelona: Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona, 2006.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Senso 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 03 dez. 2010.

MARIN, M.J.S.; STORNILO, L.V.; MORAVCIK, M.Y. A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da e um município do interior paulista, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet]. V. 18, n. 4, jul-ago, 2010. [07 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_15.pdf). Acesso em: 7 dez. 2010.

SCHERER M. D. A.; PIRES, D. E. P.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.4, 721-725, ago, 2009.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 23-33.

SCHWARTZ, Y; DUC, M., DURRIVE, L. Trabalho e ergologia. In: SCHWATZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde et al. EdUFF, Niterói, 2007.p. 25-36.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, M. A. Autoconfrontação e análise da atividade. In: Figueiredo Marcelo, Athayde, Milton, B. J.; ALVAREZ, D. (Orgs). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 214-237.

#### 4.4 ARTIGO 3: CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENORMALIZAÇÕES NAS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA

## CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENORMALIZAÇÕES NAS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA

## WORK CONDITIONS AND RENORMALIZATION OF NURSING ACTIVITIES IN FAMILY HEALTH

Judite Hennemann Bertoncini

Denise Elvira Pires de Pires

**Resumo** Este artigo tem como objetivo analisar a influência das condições de trabalho nas atividades das enfermeiras na Saúde da Família e nas renormalizações que produzem. Trata-se de um estudo qualitativo realizado em um município do sul do Brasil, envolvendo uma amostra de dez enfermeiras que foi encerrada pelo critério de saturação. Utilizou-se triangulação metodológica com dados colhidos através de estudo documental, observação e entrevistas de autoconfrontação. Para tratamento e análise dos dados, usaram-se recursos do *software* Atlas-ti 5 e os fundamentos do materialismo histórico dialético e da ergologia. Os resultados mostraram que condições de trabalho inadequadas, como força de trabalho insuficiente e precariedade dos instrumentos de trabalho, contrariam ou impedem o alcance dos objetivos de promoção da saúde e integralidade prescritos pela Saúde da Família. Conclui-se que, nessas condições, as enfermeiras renormalizam suas atividades com base nos valores de direito à saúde, acesso e integralidade, acarretando sobrecarga de trabalho.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; condições de trabalho; papel do profissional de enfermagem; gestão em saúde; ergologia.

**Abstract** The objective of this article is to analyze the influence of work conditions in Family Health Nurse Activities and the renormalizations they produce. It is a qualitative study carried out in a municipality in southern Brazil, involving an intentional sample of ten registered nurses. Methodological triangulation was used with the data collected through documental research, observation, and self-facing interviews. The software Atlas-ti 5 and the foundations of historical dialectic materialism, was used to treat and analyze the data, as well as ergology. The results demonstrate that inadequate work conditions such as insufficient workforce and precariousness in work instruments contradict or impede reaching the objectives of promoting health and integrity, as prescribed by the Family Health Norms. We conclude that

given these conditions, nurses renormalize their activities based on the values of one's right to health, access to health, and integrity, and become overloaded in their nursing work.

**Keywords** Family Health; work conditions; role of nursing professional; health management; ergology.

O trabalho é uma ação antecipada mentalmente, a fim de atender uma necessidade percebida pelo ser humano, que pode selecionar instrumentos que potencializam a sua ação sobre o objeto de trabalho com vistas a alcançar uma finalidade. Segundo Marx (1988), para conhecer o trabalho é fundamental analisar quem o realiza, a forma como o trabalho é realizado e em que condições.

Condições de trabalho se referem à força de trabalho, isto é, às especificidades de quem o realiza, à qualificação exigida, à divisão do trabalho, às relações contratuais (modalidade de contrato, jornada de trabalho, benefícios, proteção social). Envolve, também, o ambiente sociotécnico para a realização do trabalho, incluindo instrumentos adequados, em quantidade e qualidade, assim como o conhecimento para operá-los e o espaço físico (Pires, Lorenzetti e Gelbcke, 2010).

A ergologia adota o conceito de atividade para compreender o trabalho. Para Durrive e Schwartz (2008, p. 23) a “atividade é um impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, cruza e liga tudo o que se representa separadamente (...) (fazer/valores; privado/profissional; imposto/desejado, etc.)”. A atividade de trabalho traz, de um lado, as exigências sociais, objetivos impostos, heterodeterminados (uso de si por outros) e, de outro, a atividade vital como resposta do trabalhador às imposições do meio (uso de si por si). Então, trabalhar é gerir debates de normas e suas derivações (Schwartz, 2007a; Brito, 2008; Schwartz e Durrive, 2009) que ultrapassam o meio de trabalho, mas se situam dentro dele (Schwartz, 2006).

Da perspectiva da ergologia, a vida é uma “dramática permanente de negociações entre a obrigação de fazer, na aderência do aqui e agora e um mundo de normas, provisoriamente estabilizadas, antecedentes e anônimas, profundamente ambíguas, criadas em desaderência em relação a esse momento de agir” (Schwartz e Durrive, 2009, p. 4).

Para compreender o essencial da atividade, Schwartz (apud TELLES; ALVAREZ, 2004) desenvolveu o conceito de normas antecedentes, que amplia o de trabalho prescrito. As normas antecedentes são as prescrições, tais como a descrição de uma atribuição profissional, objetivos e metas a serem atingidos, procedimentos

predefinidos, normas, instruções e protocolos disponíveis – oralmente ou por escrito –; os meios técnicos disponíveis; a divisão do trabalho estabelecida; os prazos previstos para o alcance das metas; e as condições socioeconômicas – como qualificação exigida e salário (Brito, 2008). Além disso também são as renormalizações que, nos debates de normas e valores, acontecem permanentemente na atividade em função da insuficiência do prescrito para orientar o agir (Schwartz e Durrive, 2009).

A atividade, segundo Schwartz (2007b), é marcada por três características: a transgressão, a mediação e a contradição potencial. É um conceito que tenta retomar a unidade do ser humano. Por meio do debate de valores, estabelece mediações entre o individual e o coletivo, entre o micro e o macro da vida social; e nesse processo é produtora de história.

Todo trabalho é uma prática social, por isso é importante considerá-lo em uma realidade histórica e concreta quando se analisa um determinado setor.

O trabalho de enfermagem como parte do processo de trabalho em saúde tem a finalidade de prestar cuidados aos seres humanos e como objeto o indivíduo, família ou grupo com suas singularidades. Para atuar sobre o objeto, utiliza instrumentos de trabalho (incluindo saberes e condutas), e o produto do trabalho é o cuidado realizado que é produzido e consumido simultaneamente (Pires, 2008, 2010).

Segundo a legislação que regulamenta a profissão (Lei do Exercício Profissional – LEP 7.498/86), a enfermeira, como integrante de equipe de saúde, tem participação na elaboração, planejamento, execução e avaliação de planos e programas de saúde; na prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição; na assistência à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido; na educação continuada de pessoal de saúde; na elaboração e operacionalização do sistema de referência e contrarreferência do paciente; nas ações de vigilância epidemiológica; na prevenção e controle de danos físicos ao paciente. Cabe-lhe, ainda, prestar assistência obstétrica e executar parto sem distócia; cooperar no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde; participar em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem para contratação de enfermeiro, ou técnico e auxiliar de enfermagem (Coren, 2010).

A partir de 2009, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), através da resolução 358/2009, regulamenta a sistematização da



assistência de enfermagem (SAE), que deve ser realizada de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Nos ambientes de cuidado fora do hospital, esta ação corresponde à consulta de enfermagem, que se constitui de cinco etapas: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; prescrição de enfermagem e implementação das intervenções; e avaliação de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem e a prescrição das ações são atividades privativas do enfermeiro (Coren, 2010).

Como prática social o trabalho das enfermeiras não é orientado somente pela profissão, mas influenciado também pelo contexto econômico, social e político no qual se insere, incluindo a política de saúde em vigor e as normas institucionais.

A Saúde da Família é considerada uma estratégia prioritária para reorganização da atenção básica, desenvolvendo práticas gerenciais e assistenciais, sob forma de trabalho em equipe multiprofissional que deve atuar na perspectiva interdisciplinar, e responsabilizando-se pelos problemas de saúde de maior frequência e relevância da população de um território definido. Orienta-se pelos princípios da Atenção Primária em Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade e acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2006).

A equipe mínima preconizada para trabalhar na Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta de uma enfermeira, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um médico e agentes comunitários de saúde (ACS) suficientes para cobrir 100% da população cadastrada, no máximo 750 pessoas por ACS (Brasil, 2006).

A Política Nacional da Atenção Básica (Pnab) define as atribuições comuns e específicas de cada membro da equipe, as quais devem ser objeto de normatização do gestor municipal, considerando as prioridades pactuadas com os níveis estadual e federal (Brasil, 2006).

As atribuições específicas da enfermeira previstas pela ESF são: realizar atenção integral aos indivíduos e famílias na Unidade de Saúde da Família (USF), no domicílio e em outros espaços comunitários em todas as fases do desenvolvimento humano; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou federal, observada a legislação profissional; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente

dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, do auxiliar de consultório dentário (ACD) e do técnico em higiene dental (THD); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (Brasil, 2006).

Além das diretrizes das políticas e das atribuições profissionais, compõem o conjunto das normas antecedentes para o trabalho das enfermeiras as ordens emanadas da hierarquia institucional, os procedimentos e normas técnicas, as diretrizes, os objetivos transmitidos aos trabalhadores relativos aos prazos e produtividade. Estão também aí incluídos as condições dadas para a realização do trabalho bem como o retrabalho permanente das normas antecedentes e a produção de outras normas na própria atividade.

Como as normas antecedentes são generalizáveis, construídas em desaderência (Schwartz e Durrive, 2009), portanto descontextualizadas, tornam-se insuficientes para enfrentar as variabilidades do meio. A descrição, por exemplo, de princípios e objetivos, bem como a padronização de protocolos e condutas são recursos incompletos para viabilizar a implementação das políticas. Assim, para atingir mudanças no modelo assistencial, é necessário construir um processo de corresponsabilidade entre profissionais, usuários e gestores (institucionais) na formulação e nas práticas da atenção à saúde (Scherer, Pires e Schwartz, 2008; Hennington, 2008). Além disso, as prescrições institucionais devem vir acompanhadas das condições concretas para a sua efetivação.

A insuficiência ou a inadequação dos meios de trabalho podem dificultar a realização de atividades ou até mesmo impedi-la. Para Clot (2006), aquilo que foi real(izado) na atividade também pode mostrar muitas alternativas possíveis e propõe o conceito de real da atividade, para procurar apreender aquilo que não se fez ou o que se tentou realizar sem êxito, através da análise das atividades suspensas, contrariadas ou impedidas.

Este estudo tem o objetivo de analisar a influência das condições de trabalho nas atividades das enfermeiras na Saúde da Família e as renormalizações que produzem.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, guiada pelo materialismo histórico dialético e pela ergologia. O materialismo histórico dialético

contribui para a compreensão dos fenômenos na sua relação com a totalidade social, entendendo-a como dinâmica e histórica. O estudo sobre a atividade das enfermeiras precisa considerar o contexto político e institucional da USF onde trabalham, incluindo o contexto municipal e da macropolítica de saúde que prescreve normas para o seu fazer e para a organização institucional, assim como as normas da regulação profissional.

A ergologia possibilita a análise de situações complexas de trabalho e tem como categoria central a atividade de trabalho, que é a forma como cada um dialoga com a norma e a renormaliza. Uma situação de trabalho contém as questões macrosociais e, ao realizar seu trabalho de determinada maneira, o indivíduo toma posição nestes debates da sociedade, reconstituindo tais questões no seu ambiente micro (Duc, Duraffourg e Durrive, 2007).

A análise da atividade tem o propósito de confrontar os saberes necessários para compreender o trabalho, com a experiência de quem trabalha em uma situação concreta, provocando o debate de normas e valores. Cria, assim, lugares para a emergência desses debates, que podem fundar políticas coletivas (saúde) no nível micro, em relação dialética com o nível político mais geral (Schwartz, 2007b).

A pesquisa foi realizada em um município do sul do Brasil, com amostra constituída por dez enfermeiras que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: trabalhar em USF em diferentes regiões do município, atuar há pelo menos um ano na ESF e consentir em participar da pesquisa. O tamanho da amostra foi considerado suficiente para a compreensão, em profundidade, do fenômeno, pois, tanto na observação quanto na entrevista, os dados mostraram-se saturados (Minayo et al., 2005).

Os profissionais aderiram voluntariamente à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após esclarecimento de dúvidas em contato individual. Os dados foram coletados de março a agosto de 2010 utilizando-se a triangulação metodológica (Denzin, 1987), através de estudo documental, observação sistemática e entrevista de autoconfrontação (Vieira, 2004). Analisaram-se documentos referentes à Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde, que tratam das atribuições dos profissionais na ESF; documentos de normatização para a ESF, normas e protocolos assistenciais para a enfermagem, no nível municipal; a LEP 7.498 de 25/6/1986, o decreto 94.406 de 8/6/1987 e a resolução Cofen 358 de 15/10/2009.

A pesquisadora principal acompanhou as atividades realizadas

pelas enfermeiras durante diferentes dias da semana nos períodos da manhã e da tarde, conforme agenda de cada unidade, e registrou as observações em diário de campo, perfazendo uma média de 16 horas por enfermeira. Os registros foram submetidos à análise de cada enfermeira, sendo utilizados como base para entrevista, em sessão específica para propiciar a autoconfrontação da enfermeira com a prática observada. Na entrevista foi solicitado que a enfermeira comentasse e explicasse suas escolhas em vários momentos de sua atividade (Vieira, 2004). As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e enviadas ao sujeito da pesquisa para validação, obtendo-se vinte documentos para análise (dez de observação e dez de entrevistas).

Na organização e tratamento dos dados, utilizou-se um *software* para análise de dados qualitativos, o Atlas-ti 5 (Qualitative Research and Solutions – Non-numeric na Unstructured Data - index, Searching and Theorizing que permite o armazenamento, codificação e integração de grande quantidade de dados complexos (Esteban, 2006). Os documentos da observação e entrevistas foram inseridos no Atlas-ti em vinte arquivos individuais denominados “documento primário” e numerados de 1 a 20, conformando uma unidade hermenêutica. Em cada documento os dados foram decompostos em ‘códigos’ e selecionados os fragmentos (falas ou notas de observação) do texto que ilustram o referido código. Os códigos foram construídos a partir do referencial teórico adotado – especialmente a concepção de atividade (trabalho prescrito/normas antecedentes/condições de trabalho e renormalizações), com a identificação de coerências e contradições nas falas e práticas das enfermeiras – e ‘memorandos’ com interpretação das pesquisadoras. Os códigos que apresentavam um mesmo sentido foram agrupados e formaram ‘famílias’, articuladas, após exaustiva leitura e interpretação, em três categorias de análise: força de trabalho – a composição das equipes e a (re)composição do trabalho –, relações contratuais e instrumentos de trabalho – déficits influenciando a gestão da atividade.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC, Parecer Consubstanciado N<sup>o</sup> 454/09, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que trata de Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996), assim como todos os cuidados em relação a garantia da informação, do anonimato, direito de escolha no que diz respeito a participação na pesquisa foram respeitados.

Na reprodução de falas dos participantes da pesquisa, optou-se pela identificação com a letra E, seguida da numeração de 1 a 10, a fim

de preservar a confidencialidade e o anonimato.

## **Resultados e discussão**

### **Força de trabalho: a composição das equipes e a (re)composição do trabalho**

De acordo com as observações efetuadas e o relato dos sujeitos, a força de trabalho, em quantidade e qualidade, mostrou-se insuficiente para a realização das atividades atribuídas às enfermeiras na Saúde da Família.

No município estudado, a equipe da ESF era composta de: uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um médico, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais e cinco ACS. Em algumas unidades do município havia cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e acadêmicos de enfermagem, medicina, psicologia e nutrição (Blumenau, 2010).

Em relação à composição das equipes, o município apresentou uma estabilidade dos profissionais de enfermagem, e o número de auxiliares por equipe era maior que o prescrito pelo gestor federal para a equipe mínima (Brasil, 2006). No entanto, em 50% das equipes estava faltando o ACS, e duas equipes não contavam com nenhum deles. Em mais de 50% das equipes não havia auxiliar administrativo e 30% das equipes estavam sem médico.

Para gerir a falta de médico, as enfermeiras enfrentavam uma dramática na qual estavam envolvidas as prescrições da política nacional e do gestor municipal, suas crenças e valores e as condições concretas de trabalho que dispunham. As situações descritas, a seguir, ilustram as escolhas na gestão do déficit na composição das equipes.

Em uma USF que contava com duas equipes, ambas sem médico (por dificuldades de contratação), estes estão sendo substituídos por um médico que não é da ESF e que vem na unidade duas manhãs por semana para realizar as consultas dos usuários adscritos às duas equipes.

Os dias que o médico não vem, a enfermeira atende todos os usuários que comparecem à unidade, e encaminha para o ambulatório geral (AG) de referência, que oferece quatro vagas para consulta médica. O atendimento é realizado pela enfermeira como parte do acolhimento, para isso ela usa o prontuário família, começando com o histórico e exame físico, a seguir avalia a situação e faz as intervenções e encaminhamentos que julga necessários. Não solicita exames

complementares nem prescreve medicamentos. Após avaliar o que o usuário necessitava, depois de preencher as quatro vagas, a enfermeira telefonou para o AG e para as outras USF, começando pelas mais próximas, solicitando vaga para consulta médica, encaminhando o usuário com o formulário de referência preenchido e assinado (nota de observação).

Quando confrontada a esta situação na entrevista, a enfermeira referiu:

Depois que o secretário proibiu, eu posso até saber, mas não prescrevo nada. A minha colega prescreve, mas eu acho que ela está se arriscando. Pelo menos os médicos aceitam os meus encaminhamentos porque me conhecem, alguns não gostam, mas esses são tranquilos (enfermeira – E 9).

Em outra equipe o médico estava há três meses em licença para tratamento de saúde e não foi substituído. Nesse caso, para realizar o acompanhamento dos usuários em condições crônicas (hipertensão, diabetes, sofrimento psíquico) e/ou que dependem de medicação de uso contínuo, a enfermeira atendia e, de acordo com protocolos do Ministério da Saúde, solicitava os exames complementares e fornecia as receitas conforme o que constava prescrito anteriormente (pelo médico da sua equipe) no prontuário. Então, levava as receitas e requisições preenchidas, com os respectivos prontuários de cada usuário, para o médico da USF vizinha ou para o diretor de saúde (gestor de todas as USF) carimbar e assinar.

A prescrição de medicamentos e solicitação de qualquer tipo de exame complementar, que era praticada no município até 2005, passou a ser proibida pelos gestores municipais, contradizendo a legislação profissional e o Ministério da Saúde que preveem esta atividade para a enfermeira. Apesar dos impedimentos, observou-se que a profissional não se resignava e na singularidade da sua experiência encontrava alternativas para que os usuários tivessem seu tratamento. No debate de normas e valores, a escolha parece ter sido orientada pelo valor de garantia de acesso aos serviços e cuidados de saúde.

A alta rotatividade do profissional médico é um problema

existente em vários municípios brasileiros e considerado uma fragilidade na consolidação da ESF (Bertoncini, 2000; Nascimento e Nascimento, 2005; Campos e Malik, 2008).

### **Déficit de auxiliar administrativo e ACS**

Para suprir a falta dos auxiliares administrativos verificada na metade das equipes estudadas, assim como para atender a um conjunto de normas antecedentes, as enfermeiras utilizavam diversas estratégias.

Para que a unidade não pare de funcionar, uma solução foi designar o ACS para trabalhar dentro da USF substituindo o auxiliar administrativo, o que impedia o acompanhamento dos usuários pelo ACS (nota de observação).

Esta renormalização acarretava prejuízo em outra ação prescrita, a de que o ACS realize ações, como o acompanhamento dos marcadores de saúde e a vigilância em saúde, pelas quais a enfermeira é responsável, segundo o gestor local: “Eventos como hospitalização vão ser conhecidos somente quando vem alguém da família na unidade” (E 9).

Algumas enfermeiras assumem tarefas administrativas, diminuindo o tempo que teriam para realizar atividades específicas da profissão. Neste caso, ficavam horas no telefone fazendo busca ativa devido à falta do ACS.

Sem o agente de saúde, a gente não tem pernas para alcançar tudo, nós priorizamos esses, os idosos que são hipertensos ou diabéticos, então esses a gente liga, mas é demais, a gente não consegue ligar para todos (E 2).

O nosso maior problema é que, com a falta do agente de saúde, a gente acaba tendo que usar o nosso tempo muito no telefone. E levantamos os telefones de todos e começamos a ligar, mas são muitos, vão ser duzentas e poucas ligações, não é fácil de fazer (E 7).

Os relatórios do Siab [Sistema de Informação da Atenção Básica] são preenchidos somente da microárea 1, e os outros vão em branco porque só tem um agente de saúde. O cadastro está desatualizado faz tempo (E 3).

A falta do ACS nas equipes trouxe prejuízo em muitas atividades prescritas pela ESF, entre as quais: cadastrar a população da área de abrangência; realizar diagnóstico situacional, planejamento e programação; realizar ações dirigidas aos problemas de saúde de forma pactuada com a comunidade; cuidar dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; atuar com foco na família e comunidade; desenvolver parcerias com organizações sociais; ser um espaço de construção de cidadania (Brasil, 2006).

Diante da impossibilidade de aplicar as prescrições da maneira como estão postas, os profissionais se dão normas e optam por atender o que julgam ser urgente, priorizando, por exemplo, a atenção a determinados grupos.

### **Divisão do trabalho na equipe de enfermagem e de saúde**

Outros exemplos da influência das condições de trabalho na atividade das enfermeiras, em especial do déficit na composição das equipes, pode ser ilustrado com o caso de uma enfermeira que delegou o trabalho com o grupo de gestantes aos estagiários de nutrição e deixou o grupo de puericultura sob a responsabilidade da auxiliar de enfermagem, assim como restringiu as visitas domiciliares apenas para casos estritamente necessários. Justificou a sua decisão pela falta de tempo para desenvolver atividades com grupos ou fora do espaço físico da USF.

Em outra equipe, no período em que estava sem o auxiliar administrativo, foi realizado um revezamento nas tarefas administrativas entre a enfermeira, auxiliares de enfermagem e médico. “Enquanto estamos sem o auxiliar administrativo é assim, todas nós, até a médica, atendemos na recepção, atendemos telefone, fazemos agendamento, faço marcação” (E 5).

Estas situações caracterizam desvio de função de vários profissionais, da enfermeira, dos auxiliares de enfermagem, do ACS e do médico e evidenciam o trabalho concreto em função da necessidade de eficácia na atenção à saúde.

Em algumas situações o trabalho das enfermeiras e das auxiliares de enfermagem ocorreu sem diferenciação de atribuições e em outras correspondeu ao prescrito na legislação profissional. O acolhimento bem como a decisão dos encaminhamentos e intervenções necessárias ao usuário são atribuições da enfermeira. No acompanhamento dos portadores de hipertensão ou diabetes e das gestantes e das crianças, cada profissional realiza parcelas diferentes do trabalho, o médico, a



auxiliar e a enfermeira e o ACS.

Significa, como diz (Schwartz e Durrive, 2009) que nem todas as normas têm o mesmo *status*, elas sofrem hierarquizações e são cristalizadas na prática segundo as escolhas dos coletivos de trabalho.

### **Relações contratuais**

Enfermeiras, auxiliares de enfermagem e médicos são concursados em regime estatutário. Alguns médicos têm contrato temporário devido à alta rotatividade deste tipo de profissional. Alguns ACS são concursados e outros têm um contrato temporário, por um período de seis meses. Os auxiliares administrativos podem ser concursados, mas uma parcela deles é formada de estagiários, e as auxiliares de serviços gerais são terceirizadas.

No município em estudo, cabia à enfermeira coordenar a equipe e era sua atribuição providenciar a substituição dos servidores que faltam, dos que estejam em licença para tratamento de saúde, dos que entram em férias, ou, sempre que necessário, para garantir a continuidade da oferta dos serviços de saúde à população (Blumenau, 2010). Essa situação aumenta o trabalho da enfermeira que, de seis em seis meses, tem de fazer a solicitação da contratação, participar da seleção, treinar e avaliar os novos ACS e auxiliares administrativos.

O estudo de Kawata e colaboradores (2009) também identificou que as enfermeiras desenvolvem o planejamento de ações para a organização do cuidado juntamente com o exercício da coordenação da Unidade Básica, o que resulta em sobrecarga de trabalho.

No que se refere à diversidade das formas de inserção dos trabalhadores nas equipes, até mesmo daqueles com contratos precários, a mesma situação foi encontrada em outros estudos e identificada como uma fragilidade e um desafio a ser enfrentado na gestão do trabalho no SUS (Pierantoni; Varella; França, 2006).

Sanches e colaboradores (2010), em estudo realizado em Santa Catarina, analisando o compromisso dos profissionais da ESF, referem que o descomprometimento com o trabalho e com a organização esteve associado à precarização do trabalho, já que 82% desses profissionais tinham vínculo de trabalho temporário.

O estudo de Scherer (2006, p. 206), realizado com equipes de Saúde da Família no sul do Brasil, destaca a idéia de que a constituição da equipe mínima é limitada para responder à complexidade do processo saúde-doença, e que “qualquer equipe prescrita é limitada, porque os coletivos se recompõem em função da necessidade”.

Kawata e colaboradores (2009) consideram que a equipe prescrita

pelo Ministério da Saúde apresenta uma possibilidade teórica de recomposição do trabalho coletivo. Referem, ainda, que a definição de um rol de atividades não assegura a recomposição do trabalho individual e autônomo dos trabalhadores para dar conta da multiprofissionalidade. Isto pressupõe que as prescrições são recursos incompletos, que há defasagem entre o que foi antecipado pela prescrição e as situações encontradas no cotidiano de trabalho (Schwartz, 2007b; Brito, 2008).

Para fazer frente aos déficits na composição das equipes e, ao mesmo tempo, considerar as prescrições da política de saúde, as profissionais e as pessoais, as enfermeiras tomam decisões que muitas vezes implicam atividades suspensas, contrariadas e impedidas pelas condições de trabalho.

As enfermeiras suspendem, por exemplo, o acompanhamento das hospitalizações; a captação das gestantes no primeiro trimestre de gravidez; a busca ativa das crianças com atraso vacinal, dos portadores de hipertensão e diabetes faltosos, entre outros. Delegam ao ACS a substituição do auxiliar administrativo de forma contrariada, porque isto impede a atualização do cadastro das famílias, o que, por sua vez, dificulta o planejamento e a avaliação das ações, bem como o acompanhamento das metas do Pacto de Indicadores: “Eu sei que eles [os ACS] não deveriam trabalhar aqui dentro da unidade, mas é o único jeito, se sobra um tempinho eles fazem as visitas” (E 10).

A enfermeira demonstrou sua insatisfação e parece justificar a si mesma porque leva as requisições de exames e receitas de medicamentos dos usuários que fazem tratamento de uso contínuo para o médico assinar.

Eu já pensei se está certo fazer isto, parece assistencialismo, mas como é que eu vou deixar todos esses pacientes sem tratamento? Nunca vou conseguir encaminhar todos para consulta médica! Mas eu levo o prontuário para ele [o médico] ver que eu não estou prescrevendo nada de novo (E 5).

### **Instrumentos de trabalho: déficits influenciando a gestão da atividade**

Os instrumentos de trabalho não se reduzem aos equipamentos e máquinas, mas incluem o conhecimento para operá-los (Pires, Lorenzetti e Gelbcke, 2010). Os profissionais têm formação específica, mas necessitam incorporar as mudanças que ocorrem no processo de

trabalho, no perfil demográfico e epidemiológico, nas novas tecnologias de procedimentos clínicos, assim como as advindas do uso intensivo das tecnologias de informação e comunicação nos serviços.

Nesse município, as equipes da ESF têm capacitação permanente sobre temas relacionados às práticas profissionais requeridas para a implementação das diretrizes da Pnab, mas esta responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde é dividida com a enfermeira. Entre as funções da coordenadora da equipe (atividade que no município estudado foi destinada às enfermeiras), constam: realizar reuniões com a equipe e mantê-la atualizada quanto aos conhecimentos técnicos e políticas de saúde. No entanto, as dificuldades apresentadas pela equipe no que diz respeito à incorporação de inovação tecnológicas ultrapassam as possibilidades de atuação da enfermeira, gerando o que Schwartz e colaboradores (2007) chamam de prescrições infinitas. “Em uma USF, a atendente de enfermagem está se aposentando e não faz atividades de enfermagem, faz atividades do auxiliar administrativo, com restrições, por dificuldades com as tecnologias de informação” (nota de observação).

### **Déficit de equipamentos e instrumentos de trabalho**

É atribuição da enfermeira realizar assistência integral no domicílio e em outros espaços comunitários, bem como ações de vigilância e promoção da saúde fora da unidade (Brasil, 2006). A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza um carro durante um período da semana para cada equipe fazer visita domiciliar. As enfermeiras usam algumas estratégias para realizar as atividades fora da unidade. Um exemplo são as ações direcionadas ao aumento da cobertura vacinal. “A fim de aumentar a cobertura vacinal, as enfermeiras estendem esta atividade além do horário de funcionamento da unidade, até as 20 horas ou no sábado” (nota de observação).

Algumas USF não têm sala de vacina por falta de espaço físico. Em uma dessas, a enfermeira programou a oferta de todas as vacinas aproveitando o dia da campanha. Dois dias antes da data fixada, a enfermeira recebe aviso da supervisora por telefone, suspendendo a vacinação que tinha sido marcada para o sábado, alegando não ter carro disponível para levar as vacinas até a unidade onde seriam aplicadas. Assim, os usuários teriam de se deslocar até a unidade mais próxima para receber a vacina. A enfermeira comunicou que esta medida dificultaria o acesso da população às vacinas, mantendo os baixos índices de cobertura, e que não poderia suspender o serviço pois já

tinham avisado toda a comunidade. “Eu não podia fazer isso com a comunidade, eles já estão todos avisados, e depois (...) a Secretaria vem reclamar que a nossa cobertura está baixa” (E 10).

Para gerir a atividade, vacinar e aumentar a cobertura vacinal, considerando os déficits de condições de trabalho (neste caso, insuficiência de instrumentos) e os valores de promoção da saúde/proteção específica e de integralidade, a enfermeira decidiu buscar as vacinas e o material necessário com o carro próprio, realizando a atividade programada.

David e colaboradores (2009), em estudo sobre o impacto da organização do trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem na atenção básica, identificaram sobrecarga, precarização do trabalho e baixa disponibilidade de equipamentos e insumos para adequada prática profissional. Além disso, constaram que precárias condições de trabalho trazem problemas para os trabalhadores, como interrupções no trabalho, exposição a risco (para o profissional e o usuário), ansiedade e trabalho incompleto.

### **Considerações finais**

Este estudo evidencia fragilidades da Pnab e põe em debate a sua capacidade de se efetivar como estratégia estruturante do sistema de saúde.

A análise da atividade das enfermeiras na ESF fez emergir o abismo existente entre as prescrições institucionais das políticas de saúde e as condições concretas de trabalho disponibilizados para a sua realização. A decomposição do trabalho é marcada, nesse município, pela insuficiência da força de trabalho, em quantidade e qualidade e, pela falta ou inadequação dos instrumentos de trabalho.

As normas antecedentes são infinitas quanto aos objetivos a serem alcançados, tais como acesso universal e integralidade, orientam o agir, mas são renormalizadas pelas enfermeiras quando aplicadas ao seu contexto específico, como resposta à necessidade de ser eficaz na atenção à saúde da população sob sua responsabilidade. As condições de trabalho precárias parecem intensificar esse processo de normalização e renormalização que é inerente à vida, exigindo determinação e iniciativa dos profissionais para enfrentar as infidelidades do meio.

As profissionais parecem dominar suficientemente as tecnologias materiais e não materiais para resolver a maioria dos problemas que acometem a população pela qual são responsáveis. Porém, ao se

depararem com as variabilidades impostas pelas condições de trabalho, as enfermeiras renormalizam com base em valores de direito à saúde e integralidade, mas com forte orientação para atender as demandas do gestor municipal de produtividade, de “não deixar o serviço parar”.

A deterioração das condições de trabalho – falta do médico, do ACS e do auxiliar administrativo e as modalidades contratuais – produz consequências nefastas, dificultando o desenvolvimento de atividades em direção à produção da saúde/ integralidade. Para as enfermeiras, a precarização do trabalho acarreta sobrecarga física e psíquica, desvio de função e pouca possibilidade de desenvolver o trabalho seguindo os parâmetros profissionais, como, por exemplo, deixando de usar a metodologia da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

O impedimento da realização de determinadas atividades pelo gestor municipal, contrariando a legislação profissional e as orientações do Ministério da Saúde, colocam as enfermeiras no confronto entre, de um lado, agir em função das necessidades de saúde da população, transgredindo ou inventando, e, de outro, as imposições da norma que limitam sua atuação.

As enfermeiras demonstram a necessidade de realizar gestões complexas de suas atividades, negociando valores e objetivos com os profissionais médicos e gestores municipais, com vistas à organização do trabalho e a se aproximarem mais do prescrito na Pnab.

## Referências

ATLAS-TI. *The qualitative data analysis software*. Disponível em: <[www.atlasti.com](http://www.atlasti.com)>. Acesso em: 13 out. 2008.

BERTONCINI, Judite Hennemann. *Da intenção ao gesto: análise da implantação do Programa Saúde da Família em Blumenau*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. *Relação das unidades da rede municipal de saúde*. Blumenau: SMS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Pactos pela Saúde, 4).

BRITO, Jussara Cruz de. Trabalho real. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 453-459.

CAMPOS, Cláudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família, *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, 2008.

CLOT, Yves. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

COREN (Conselho Regional de Enfermagem). Legislação e resoluções do exercício profissional. In: PIRES, Denise Elvira Pires de et al. (Orgs.). *Consolidação da legislação e ética profissional*. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem-SC: Quorum Comunicação, 2010. p. 51-96.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Revista Texto Contexto Enfermagem Florianópolis*, v. 18, n. 2, p. 206-214, abr./jun. 2009.

DENZIN, Norman K.; HAGUETTE, Teresa Maria Frota. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1987.

DUC, Marcelle; DURAFFOURG, Jacques ; DURRIVE, Louis. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWATZ, Yes; DURRIVE, Louis. (Orgs.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Tradução de Jussara Brito *et al.* Niterói: EdUFF, 2007. p. 47-82.

DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. Glossário da ergologia. *Laboreal*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 23-28, jun. 2008.

ESTEBAN, Maria Paz Sandín Introducción al programa de análisis de datos cualitativos Atlas-ti 5.0. Barcelona: Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona, 2006.

HENNINGTON, Élide Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n.3, p. 555-561, jun. 2008.

KAWATA, Lauren Suemi et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-320, abr./jun., 2009.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: \_\_\_\_\_. MARX, Karl *O capital: crítica da economia política*. Livro 1. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. v. 1.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. (Orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. P.71-103.

NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. A prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345, abr-jun. 2005.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tânia. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. *Cadernos de Recursos Humanos em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 27-38. 2006.

PIRES, Denise Elvira Pires de. A enfermagem enquanto disciplina, trabalho e profissão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2008.

PIRES, Denise Elvira Pires de. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 2010.

PIRES, Denise Elvira Pires de; LORENZETTI, Jorge; GELBCKE, Francine Lima. Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável. Associação Brasileira de Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 62. 2010, Florianópolis. ANAIS.

SANCHES, Elizabeth Navas et al. Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 294-300, 2010.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. *O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade*. Tese de Doutorado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

\_\_\_\_\_; PIRES, Denise Elvira Pires de; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p.721-725, 2009.

SCHWARTZ, Yves. Entrevista: Yves Schwartz. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 4, n. 2, p. 457-466. 2006.

SCHWARTZ, YVES. Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. *Activités*, v. 4, n. 2, p. 122-133, 2007a. Disponível em: <[www.activites.org/v4n2/v4n2.pdf](http://www.activites.org/v4n2/v4n2.pdf)>. Acesso em:

\_\_\_\_\_. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: \_\_\_\_\_; DURRIVE, Louis (Orgs.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Tradução de Jussara Brito *et al.* Niterói: EdUFF, 2007b. p. 37-46.

SCHWARTZ, Yves et al. O trabalho se modifica. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Org). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Tradução de Jussara Brito et al. Niterói: EdUFF, 2007. p. 23-47.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. L'activité en dialogues: entretiens sur l'activité humaine (II). Toulouse : Octarès, 2009.

TELLES, Ana Luiza ; ALVAREZ, Denise. Interfaces ergonomia-ergologia : uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In : FIGUEIREDO, Marcelo et al. (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 63-90.

VIEIRA, Marco Antônio. Autoconfrontação e análise da atividade. In: FIGUEIREDO, Marcelo et al. (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 214-237.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da pesquisa possibilitaram sustentar a tese anunciada de que as enfermeiras tomam decisões em relação ao seu trabalho considerando as normas e políticas institucionais prescritas, as condições concretas de trabalho e as necessidades dos usuários e, em menor intensidade, as prescrições e normas profissionais. Estas prescrições interagem entre si, assim como são interpretadas pelos diferentes sujeitos considerando-se valores e características individuais. Essas renormalizações têm potencial para contribuir com o desenvolvimento profissional e promover cuidado de enfermagem com qualidade, fundado em valores do bem comum. Mas, em muitas situações predomina a perspectiva da auto-preservação, atendendo aos objetivos institucionais, e em outras verifica-se certo predomínio do sentido de produção do cuidado integral.

Considerando-se os ingredientes da competência desenvolvidos por Schwartz et al. (2007), foi possível identificar nas ações realizadas pelas enfermeiras a busca de adequação dos conhecimentos científicos e dos meios técnicos de que dispõem para gerir o trabalho, negociando os usos de si e criando renormatizações com base em valores de produção da saúde. “O uso de uma técnica coloca em dialética normas antecedentes e renormatização, jamais de modo neutro, mas em referência a valores” (SCHWARTZ et al., 2007, p. 97).

No trabalho na ESF identificou-se a existência de protocolos criados pelas enfermeiras/os e médicos/as, que não estão escritos em nenhum lugar, mas que possibilitam a resolução de problemas com os quais a equipe é confrontada no trabalho cotidiano, ficando bem caracterizado o que Duraffourg (2007) denomina de produzir novas normas na própria atividade.

Esta parceria entre a enfermeira/o e o médico/a foi bem evidente em diversas situações e é explicada por Schwartz quando o/a trabalhador/a cria laços com pessoas que compartilham valores para tornar uma técnica/conhecimento eficaz ao ser confrontada ao singular da situação de trabalho. Denomina estas equipes informais que se conformam provisoriamente, para inventar novas soluções diante de um problema de “entidades coletivas relativamente pertinentes - ECRP”. Segundo o autor “a reinvenção local de uma técnica passa por coletivos que se desenham em função das atividades – as ECRP” (SCHWARTZ et al., 2007, p.89).

Parece que as enfermeiras fazem uso de si para serem eficazes

tomando como referência, prioritariamente, os valores de direito à saúde e acessibilidade. No entanto, as prescrições advindas de seus pares, incluindo a legislação do exercício profissional e normas reguladoras emitidas pelo Conselho Profissional aparecem com pouca relevância como valor orientador da atividade e de busca da eficácia. Na gestão da atividade predominam as prescrições do gestor municipal e as necessidades do usuário, aparecendo com menor ênfase a economia do corpo e, ficando praticamente ausentes as prescrições profissionais. Veredas que as enfermeiras percorrem na gestão de prescrições heterogêneas. Para Schwartz et al.(2007, p. 98). “ser competente é tirar partido do meio, gerir as relações de antecipação e de encontro em função de valores”.

A abordagem ergológica foi útil para compreender o debate de valores que se apresentava nas singularidades das situações concretas o trabalho das enfermeiras. E o materialismo histórico dialético contribuiu na compreensão de que as singulares das situações de trabalho não estão desvinculadas das determinações macrossociais e resultam de um processo histórico multifacetado.

Neste estudo foi possível identificar muitas defasagens nas prescrições oriundas do gestor municipal, para o trabalho das enfermeiras na ESF, especialmente em relação aos meios concretos disponibilizados para a realização do trabalho. No que tange à divisão do trabalho da enfermeira na ESF, diariamente são confrontadas às prescrições contraditórias, novamente vindas de todos os níveis de gestão, de atender a todos os usuários com resolutividade e a imposição, somente por parte do gestor municipal, de não poder prescrever medicamentos ou requisitar exames aprovados por protocolos ou rotinas.

Essa situação remete a valores importantes para as enfermeiras do direito universal à saúde e à integralidade, mas não tem um efeito paralizante sobre o seu trabalho, pelo contrário, são mobilizadas a inventar soluções não só para atender à prescrição imposta, mas para contorná-la e renormatizá-la, com base nesses valores. Em relação a essa aparente submissão, eclodiu com muita força, os usos que fazem de si, os arranjos produzidos nas atividades que desenvolvem no cotidiano de trabalho.

Para Schwartz et al. (2007) a atividade de trabalho é um drama de escolher a si mesmo e assumir as conseqüências dessa escolha, além de envolver os outros, porque ninguém trabalha sozinho. O outro está presente na sua atividade, seja através da prescrição ou da avaliação do

seu trabalho. Então, somos frequentemente atravessados pelo outro, que pode ser o colega de trabalho próximo ou distante, pode ser o prescritor, pode ser a população assistida pelo/a trabalhador/a ou seus pares.

Assim, o gestor municipal parece atravessar constantemente a atividade das enfermeiras e marca sua presença pela falta (de material, espaço físico, profissionais) e pelo poder normativo que atribui valores econômicos e sociais aos diferentes profissionais no processo de trabalho em saúde.

Também foi muito forte a presença do usuário nas escolhas das enfermeiras, além daquele que estava sendo atendido naquele momento. Sobressai como valor, o usuário como um cidadão que tem direito à saúde. A profissão enfermagem apareceu na forma de valores éticos, no sentido de responsabilizar-se pelo usuário e defender a vida. Porém as enfermeiras não associam esses valores às orientações ou às prescrições profissionais. Esse valor é mencionado como procedente do direito à saúde prescrito na legislação sanitária brasileira.

A enfermeiras têm competência para lidar com a dialética “normas antecedentes e renormatização” e fazer com que regras auto-geridas em atividade nas singularidades locais possam mudar de estatuto e serem validadas no âmbito da gestão municipal de saúde.

O relato das enfermeiras corrobora as observações no sentido de mostrar a potência para (re)criar/normalizar os meios em que trabalham, principalmente ao revelar o conhecimento sobre os valores que permeiam as normas antecedentes, a sua transitoriedade e sua configuração, sempre inacabada quando contraposta à atividade em curso.

Neste sentido, usam os ingredientes da competência avaliando, no encontro das técnicas/ conhecimento com a singularidade da situação e as suas variabilidades, o que pode ser criado.

Percebeu-se a necessidade de realizarem gestões complexas de suas atividades individualmente, como a negociação de valores e objetivos com os profissionais médicos que têm pesos hierarquizados na a organização do trabalho e na sociedade.

No confronto permanente entre as normas técnicas, científicas, profissionais, organizacionais e valores, a atividade de acolhimento das enfermeiras é “atravessada” de forma contundente pela presença do gestor local de saúde. Isto nos remete às relações hierárquicas de poder para operar as renormalizações, que reproduz a dialética entre o singular e o geral, a micro-gestão do trabalho e o macro-contexto econômico e social dominante em determinado momento histórico.

De qualquer modo, as enfermeiras, ao fazer suas escolhas,

transgredindo, subvertendo ou se subordinando em parte, são produtoras desta história.

Pensamos que as enfermeiras podem usar os ingredientes da competência também para investir na visibilidade do seu trabalho, fazer circular o patrimônio coletivo que engendram no nível micro, em espaços macro-políticos da sociedade a fim de desenvolver a profissão, alcançar maior reconhecimento e valorização social.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J. I. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n.1, p. 49-54, jan./abr., 2000.

ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M. (Orgs.). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

TAVARES, C.M.A. A atuação da enfermeira: uma contribuição para prevenção do câncer ginecológico. 2006. 269f. Tese (Doutorado em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2006.

ARAÚJO, M. F. M.; SILVA, M. J da; LEITE, B. M. Experiência de prática sistematizada em visita domiciliária no contexto da saúde da família. **RENE**, v. 9, n. 1, p.137-145, jan./mar., 2008.

ATHAYDE, M; BRITO, J. Um livro-ferramenta diálogo e seu uso na perspectiva Ergológica tecida entre nós. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde. Niterói: EdUFF, 2007. p. 5-9.

BÉGUIN, P. Acerca de la evolución del concepto de actividad. **Laboreal**, v. 2, n. 1, p.55-61. <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU5471122651656316> 31 Acesso em> 15 set. 2006.

BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto: análise da implantação do Programa Saúde da Família em Blumenau**. 2000. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação das unidades da rede municipal de saúde**. Blumenau: SMS, 2010. (Digitado)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: Conass, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96** trata de Pesquisa com Seres Humanos. Brasília: MS/CNS, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica.

Secretaria de Atenção Básica, Departamento da Atenção Básica. **Pactos pela saúde**. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. **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 (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

\_\_\_\_\_. Decreto Nº 94.406 de 08 de Junho de 1987 Regulamenta a Lei Nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. In: PIRES, D.E.P; BELLGUARDA, M.L.R; ZAGO, A; et al. (Orgs). **Consolidação da legislação e ética profissional**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem - SC: Quorum Comunicação, 2010. P. 51-96

BRITO, J. C. Trabalho real. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Orgs.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 91-114 .

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, Supl., p. 191-200, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Legislação e resoluções do exercício Profissional. In: PIRES, D.E.P; BELLGUARDA, M.L.R; ZAGO, A; et al. (Orgs). **Consolidação da legislação e ética profissional**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem - SC: Quorum Comunicação, 2010. p. 51-96.

COSTA, R. K. D. S; MIRANDA, F. A. N. de. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para mudança do modelo assistencial. **RENE**, v.9, n. 2, p.120-128, abr./jun., 2008.

CUNHA, D. M. **Saberes, qualificações e competências: qualidades humanas na atividade de trabalho**. FAE/UFMG. GT: Trabalho e Educação, n. 9, s/d.

DENZIN, N. K.; HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

DURAFFOURG, J. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde. Niterói: EdUFF, 2007.

DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde. Niterói: EdUFF, 2007.

EGRY, E.Y. Cipescando rumo à equidade: reflexões acerca da classificação internacional de práticas de enfermagem em saúde coletiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62. n. 5, p. 762-765, set./out., 2009.

\_\_\_\_\_. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.

ESTEBAN, M.P.S. **Introducción al programa de análisis de datos cualitativos Atlas-ti 5.0**. Barcelona: Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona, 2006.

FAVERET FILHO, P; OLIVEIRA, P. J. . A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Planejamento e Políticas Públicas. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 33, n.2, p. 257-283,1990.

FERTONANI, H.P. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do psf de uma unidade de saúde de Maringá – PR**. 2003. 165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).- Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2003.

FIGUEIREDO, M; ATHAYDE, M. Coletivos de trabalho e componentes subjetivos da confiabilidade em sistemas sociotécnicos complexos: considerações a partir de situações de trabalho em mergulho profundo na bacia de Campos / R.J. In: FIGUEIREDO, M. et al (orgs). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: D&A, 2004. p. 271-275.

FREITAS, M. L. de A; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras.

**Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.200-205, 2010.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. Cidade: Jorge Zahar, 2001.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos procesos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.3, p. 555-561, jun., 2008

KAWATA, L.S; MISHIMA, S.M; CHIRELLI, M.Q; PEREIRA, M.J.B. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis,v. 18, n. 2, p. 313-320, abr./jun., 2009.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare, 1974.

LEOPARDI M, T.; GELBECKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n.1, p. 32-49, jan./abr., 2001.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método na assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006.

MACHADO, A. L .G; SILVA, M. R. F da. Educação em saúde: instrumento de ação para o enfermeiro no programa saúde da família. **Nursing**, São Paulo, v. 9, n. 104, p. 45-50, jan. 2007.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MARIN, M. J. S.; STORNILOLO, L.V; MORAVCIK, M.Y. et al. Caracterizando as ações das equipes da estratégia de saúde da família do município de Marília. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n.4, p. 492-498, out./dez., 2009.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **O processo de produção do capital**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S. A. 1988.

MATOS, E; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na



enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set., 2006.

MATOS, E; PIRES, D; SOUZA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-781, out., 2010.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOTTA, F.C.P. Teoria geral da administração: uma introdução. 19a Ed. São Paulo (SP): Pioneira, 1995.

MUNIZ, H.; VIDAL, M. C.; VIEIRA, S. Os ingredientes da competência na gestão da assistência em uma enfermaria hospitalar. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 322- 344.

NASCIMENTO, M. S; NASCIMENTO, M. A. A. A prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 333-345, 2005.

PADILHA, M. I. C. S; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n.6, p.723-726, nov./dez., 2005.

PERET, T. C. **O programa de saúde da família**: questões e perspectivas – a experiência desenvolvida no município de Campina Grande / PB (1994-1999). 2001. 243 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2001.

PIRES D. E. P. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62. n. 5, p. 739-744, set./out., 2009a.

\_\_\_\_\_. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999. P. 25-48

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**.

São Paulo: Annablume, 2008.

\_\_\_\_\_. Trabalho em enfermagem: novas contribuições **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62. n. 5, p. 659-659, set./out., 2009b.

PIRES, D. E. P.; KRUSE, H.; SILVA, E. A enfermagem e a produção do conhecimento. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.1, n. 1, p. 14-15, jan./fev., 2006.

RAMOS, F. R. S. Quem produz e a quem o trabalho produz? In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.105-120

RIBEIRO, C. C; RIBEIRO, L. A; OLIVEIRA, A. G. B de et al. A construção da assistência à saúde mental em duas unidade de saúde da família de Cuiabá-MT. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n.4, p. 548-557, out./dez., 2008.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. E. P. de; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n, 2, p.438-446, abr., 2004.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.2, p. 221-224, mar./abr., 2007.

SCHERER M. D. A.; PIRES, D. E. P.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.4, p.721-725, ago., 2009.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade**. 2006, 232f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2006.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Cebes: Educação e Sociedade**, v.19, p. 101-139, dez.,1998.

\_\_\_\_\_. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial. **Revista Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 33-55, 2004b.

SCHWARTZ, Y; DUC, M; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia. In:

SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia:** conversas sobre a atividade humana. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde et al. EdUFF, Niterói, 2007. p. 25-36

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs). **Labirintos do trabalho:** interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004a. p. 26-33

SILVA, F. R. F da; COSTA, A.R.L.C; ARAÚJO, L.F.S. et. al. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. **Texto & Contexto Enfermagem;** Florianópolis, v.18, n. 2, p. 290-297, abr./jun., 2009.

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

TELLES, A. L; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs.). **Labirintos do trabalho:** interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. P. 63-90.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro , v. 12, n.3, p. 443-453, abr., 2007.

VIEIRA, M. A. Autoconfrontação e análise da atividade. In: Figueiredo Marcelo, Athayde, Milton, B. J.; ALVAREZ, D. (Orgs). **Labirintos do trabalho:** interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 214-237.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care now more than ever. Washington: The world health report, 2008.



## APÊNDICES



**APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO E  
ENTREVISTA DE AUTOCONFRONTAÇÃO**

Atividade realizada na UBS (trabalho real)	Prescrição da atividade / normas antecedentes .	Comentários Entrevista: porque fez assim, porque deixou de fazer? Poderia fazer de outro jeito?	Comentário da enfermeira sobre a atividade realizada.	Dispositivos usados na gestão da atividade real (primeira impressão da pesquisadora)





## **APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **1. Identificação do Projeto de Pesquisa**

Título do Projeto: O trabalho das enfermeiras: entre o prescrito e o real, renormalizações possíveis.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

**Número de sujeitos:** de 10 a 20 enfermeiras da Estratégia Saúde da Família

**Patrocinador da pesquisa:** a pesquisadora

**Instituição onde será realizado:** Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau

Nome da pesquisadora: Judite Hennemann Bertoncini

Pesquisadora responsável pelo Projeto (orientadora): Denise Elvira Pires de Pires

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

### **2. Identificação do Sujeito da Pesquisa**

Nome:

Data de Nascimento:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Profissão:

CPF:

RG:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

### **3. Identificação do Pesquisador Responsável**

Nome: Judite Hennemann Bertoncini

Profissão: enfermeira

N. do Registro no Conselho: 28.930 - SC  
Endereço: Dr Amadeu da Luz, 208  
Telefone: 47- 33225746 / 9963 3342  
E-mail: juditeb@furb.br

Eu, sujeito da pesquisa, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa acima identificado. Discuti com o pesquisador responsável sobre a minha decisão em participar e estou ciente que:

1. Os **objetivos** desta pesquisa são: Analisar a organização e realização das atividades desenvolvidas pela enfermeira no cotidiano da atenção básica; refletir sobre as diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho real das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família.
2. O **procedimento** para **coleta de dados** será através de observação de atividades que as enfermeiras realizam nas Unidades pela pesquisadora e entrevista semi-estruturada com as enfermeiras.
3. O **benefício** esperado é conhecer os fatores que influenciam nas práticas das enfermeiras, contribuindo com o desenvolvimento profissional e com a melhoria da qualidade da assistência em enfermagem e saúde.
4. O **desconforto** e o **risco** esperado é: a pesquisa não apresenta risco.
5. A **minha participação** neste projeto tem como objetivo, discutir com a pesquisadora as observações sobre o meu trabalho, realizadas pela mesma e responder à entrevista.
6. A **minha participação é isenta de despesas** e **tenho direito**: a pesquisa não tem qualquer tipo de gasto ou remuneração para você.
7. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
8. A minha desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir na minha situação profissional.
9. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que minha identidade não seja revelada;
10. Poderei consultar o **pesquisador responsável** (acima identificado), sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no

mesmo.

11. Tenho a garantia de tomar conhecimento, pessoalmente, do(s) resultado(s) parcial(is) e final(is) desta pesquisa.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

Blumenau, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Pesquisador Responsável**

\_\_\_\_\_  
**Sujeito da pesquisa e/ou responsável**

**pelo Projeto**

**Testemunhas:**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_