

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

TAÍS MARIA NAUDERER

**PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2007

TAÍS MARIA NAUDERER

**PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

**Porto Alegre
2007**

N291c Nauderer, Taís Maria

Práticas de enfermeiras em unidades básicas de saúde no município de Porto Alegre / Taís Maria Nauderer ; orient. Maria Alice Dias da Silva Lima. – Porto Alegre, 2007.

115 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem. 2006.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Enfermagem em saúde comunitária. 2. Enfermagem em saúde pública. 3. Papel do profissional de enfermagem. 4. Centros de saúde. I. Lima, Maria Alice Dias da Silva. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. III. Título. IV. Título: Consideraciones acerca de prácticas de enfermeras en unidades básicas de salud en el municipio de Porto Alegre. [resumen]. V. Título: Considerations on nurses' practices at health basic units in the city of Porto Alegre. [abstract].

Limites: Humanos.

LHSN – 760.9

NLM – WY 106

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

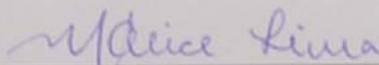
TAÍS MARIA NAUDERER

PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

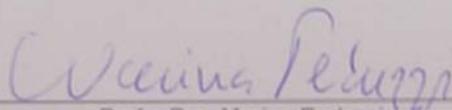
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 20 de dezembro de 2006.

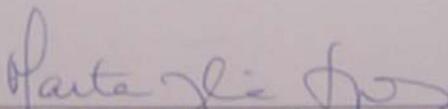
BANCA EXAMINADORA



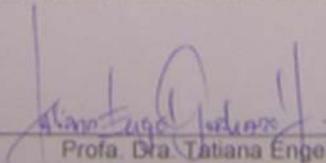
Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
Presidente da Banca Examinadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



Profa. Dra. Marina Peduzzi
Universidade de São Paulo – USP



Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

*Dedico este trabalho
às enfermeiras atuantes
nos diversos âmbitos
do Sistema Único de Saúde*

AGRADECIMENTOS

Ao término dessa jornada, expresso meus agradecimentos.

À Profa. Maria Alice Dias da Silva Lima, orientadora deste estudo e minha orientadora acadêmica há mais de cinco anos, que acreditou na concretização desta dissertação, pela paciência e dedicação na orientação e pelas oportunidades oferecidas desde o tempo de bolsista de Iniciação Científica.

Aos meus queridos pais, Sergio Nauderer e Noemia Nauderer, por serem sempre os grandes incentivadores dos meus estudos e por terem proporcionado condições para que eu pudesse completar mais essa etapa. Sei o quanto vocês se orgulham desta conquista.

Aos amigos e amigas de toda hora, que com sua presença tornaram esta etapa mais rica.

Às enfermeiras participantes deste estudo, por me receberem em seus locais de trabalho e contribuírem com informações valiosas sobre seu trabalho. Em especial, agradeço à informante-chave que me ajudou nos trâmites do projeto e que respondeu tantas vezes às minhas dúvidas, com gentileza e disponibilidade.

Às professoras integrantes da banca do Exame de Qualificação, Dra. Marta Júlia Lopes, Dra. Clarice Dall'Agnol e Dra. Tânia Fonseca, pela riqueza das contribuições ao projeto de dissertação, tão modificado, para dar corpo a esta dissertação.

Às professoras do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelos ensinamentos e discussões em sala de aula.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Escola de Enfermagem, pelo ensino gratuito e por me proporcionarem a participação na Iniciação Científica, contribuindo para a concretização de um projeto de vida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo período de bolsa de Mestrado.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio dado à conclusão deste trabalho, com as licenças para estudo.

RESUMO

A Saúde Coletiva é um espaço privilegiado para atuação das enfermeiras, pois nessa área as profissionais podem influir efetivamente no atendimento das necessidades de saúde das populações, utilizando, em suas práticas, os recursos do Sistema de Saúde com criatividade e comprometimento. Existem distorções na imagem profissional das enfermeiras, mas entende-se que é em seu trabalho cotidiano que a valorização profissional se constitui. Assim, o objetivo deste estudo é conhecer e compreender as práticas das enfermeiras em Unidades Básicas de Saúde da rede do município de Porto Alegre, identificando limitações e alternativas utilizadas pelas profissionais que podem contribuir para modificações na representatividade de seu trabalho e na proposição de práticas inovadoras, na atenção à saúde das populações. Trata-se de um estudo qualitativo, no qual se realizaram entrevistas semi-estruturadas com 15 enfermeiras atuantes em Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre. O tratamento dos dados baseou-se na análise de conteúdo do tipo temática. Elaborou-se uma árvore associativa com as palavras associadas pelas enfermeiras à expressão "Enfermeira na Saúde Coletiva". Os resultados indicam que as enfermeiras são identificadas pela população conforme as ações que executam e são procuradas para resolver problemas que nem sempre apresentam relação com seu trabalho, demonstrando a diversidade de suas práticas. As atividades realizadas nas Unidades de Saúde são permeadas de limitações impostas pelo Sistema de Saúde, como a falta de trabalhadores de enfermagem. O trabalho em equipe evidencia diferentes realidades nas Unidades de Saúde, representando tanto integração e igualdade entre os trabalhadores como limitações às práticas das enfermeiras. Conclui-se que as profissionais podem contribuir para modificar as realidades de saúde dos usuários atendidos, por meio de ações de qualidade, criativas e inovadoras, caracterizando a essencialidade das práticas das enfermeiras em Unidades Básicas de Saúde.

Descritores: Enfermagem em saúde comunitária. Enfermagem em saúde pública. Papel do profissional de enfermagem. Centros de saúde.

RESUMEN

La Salud Colectiva es un espacio privilegiado para actuación de las enfermeras pues, en esta area, las profesionales pueden influir efectivamente en la atención de las necesidades de salud de la gente, utilizando, en sus prácticas, los recursos del Sistema de Salud con creatividad y cometido. Hay distorsiones en la imagen profesional de las enfermeras pero se entiende que es, en su trabajo cotidiano, que la valorización profesional se constituye. Así, el objetivo de este estudio es conocer y comprender las prácticas de las enfermeras que actúan en Unidades Básicas de Salud de la red del municipio de Porto Alegre, identificando limitaciones y alternativas utilizadas por las profesionales que puedan contribuir para modificaciones en la representatividad de su trabajo y en la proposición de prácticas innovadoras en la atención a la salud de la gente. Se trata de un estudio cualitativo en lo cual se hicieron entrevistas semi-estructuradas con 15 enfermeras que actúan en Unidades Básicas de Salud de Porto Alegre. El tratamiento de los datos se basó en el análisis de contenido del tipo temático. Se elaboro un árbol asociativo con las palabras asociadas, por las enfermeras, al termo "Enfermera en la Salud Colectiva". Los resultados indican que las enfermeras son identificadas por la gente según las acciones que ejecutan y son procuradas para resolver problemas que ni siempre presentan relación con su trabajo, demostrando la diversidad de sus prácticas. Las diversas actividades realizadas en las Unidades de Salud son impregnadas de limitaciones impuestas por el Sistema de Salud, como la falta de trabajadores de enfermería. El trabajo en equipo evidencia diferentes realidades en las Unidades de Salud, representando tanto integración e igualdad entre los trabajadores como limitaciones a las prácticas de las enfermeras. Se concluye las profesionales pueden contribuir para modificar las realidades de salud de los usuarios atendidos, por medio de acciones de calidad, creativas e innovadoras, caracterizando la esencialidad de las prácticas de las enfermeras en Unidades Básicas de Salud.

Descriptor: *Enfermería en salud comunitaria. Enfermería en salud pública. Rol de la enfermera. Centros de salud.*

Título: *Prácticas de enfermeras en unidades básicas de salud en el municipio de Porto Alegre.*

ABSTRACT

Public Health is a privileged space for the nurses' performance because in this field they can influence effectively in the care of the health needs of the population by utilizing in their practices, the resources of the Health System with creativity and commitment. There are distortions in the professional image of the nurses but it is understood that it is in their daily work that the professional appreciation is built. Therefore, the objective of this study is knowing and understanding the practices of the nurses who work at Health Basic Units of the network in the city of Porto Alegre, by identifying limitations and alternatives utilized by the professionals that can contribute to modifications in the representativeness of their work and in the proposition of innovating practices in the health care of the population. It is a qualitative study whereby semi-structured interviews were made with 15 nurses who work at Health Basic Units of Porto Alegre. The treatment of the data was based on the analysis of content of the thematic type. An associative tree was elaborated with the words connected by the nurses to the expression "Nurse in the Public Health". The results of the interviews indicate that the nurses are identified by the population according to the actions that they perform and are asked to solve problems that not always are related to their work, demonstrating diversity in their practices. The several activities performed at the Health Units are impregnated with limitations imposed by the Health System like the lack of nursing workers. The teamwork evidences different realities in the Health Units by representing integration and equality among the workers as well as limitations regarding the nurses' practices. The conclusion is that the professionals can contribute to modify the health reality of the assisted users by means of quality, creative and innovating actions featuring the essential character of the nurses' practices at Health Basic Units.

Descriptors: *Community health nursing. Public health nursing. Nurse's role. Health centers.*

Title: *Nurses' practices at health basic units in the city of Porto Alegre.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

CIPESC – Classificação Internacional das Práticas em Saúde Coletiva

GD – Gerência Distrital

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	15
2.1 Imagens das enfermeiras.....	15
2.2 Atenção básica e práticas das enfermeiras.....	21
2.3 Enfermeiras na atenção básica e os contextos municipais no Brasil.....	29
3 OBJETIVO DO ESTUDO.....	33
4 METODOLOGIA.....	34
4.1 Caracterização do estudo.....	34
4.2 Espaço do estudo.....	34
4.3 Participantes do estudo.....	36
4.4 Coleta dos dados.....	37
4.5 Considerações bioéticas.....	39
4.6 Análise dos dados.....	40
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
5.1 Identificação e reconhecimento das enfermeiras e de seu trabalho no cotidiano das unidades básicas de saúde.....	43
5.2 Atividades das enfermeiras no cotidiano de trabalho.....	53
5.3 As (in) especificidades do trabalho das enfermeiras.....	62
5.4 Inserção das enfermeiras no trabalho em equipe.....	71
5.5 Limitações às práticas das enfermeiras.....	82
5.6 Perspectivas para práticas inovadoras.....	87
6 AS ENFERMEIRAS NA SAÚDE COLETIVA: SÍNTESE ASSOCIATIVA.....	93
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICE A – Roteiro para entrevista com enfermeiras.....	112
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e informado.....	113
APÊNDICE C – Palavras citadas pelas enfermeiras na associação livre.....	114
APÊNDICE D – Árvore associativa baseada na associação livre.....	115

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação de Mestrado em Enfermagem está vinculada à linha de pesquisa "Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem" e foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A construção do objeto deste estudo teve como ponto de partida a imagem profissional das enfermeiras. Entende-se que existam diferenças significativas entre as imagens que a sociedade constrói das profissionais e do seu trabalho e a sua realidade de trabalho. A figura das enfermeiras hoje é permeada por estereótipos e concepções associados à função de auxiliar do médico; às figuras de anjos e santas e até à imagem de objeto sexual, com características de erotismo e sensualidade (NAUDERER; LIMA, 2005).

O interesse nas imagens da profissão vem se construindo na minha trajetória profissional desde o ingresso na Universidade, quando eu entendia certo sentido de desvalorização da profissão por pessoas que não tinham contato com a realidade do trabalho, representando que o senso comum julgava as atividades das enfermeiras como subalternas e não reconhecendo diferença entre os membros da equipe de enfermagem.

Durante a Graduação, como bolsista de Iniciação Científica, tive a oportunidade de participar da pesquisa de Lima *et al.* (2002) que discutiu a organização dos serviços da rede básica de Saúde, utilizando acesso e acolhimento aos usuários, no município de Porto Alegre, como elementos para análise. Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas com usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Na realização dessas atividades, identifiquei que os próprios usuários¹ não reconhecem os diferentes níveis de formação das profissionais de Enfermagem e tendem a considerar todas, inclusive auxiliares e técnicas, como enfermeiras. Ou, quando entendem haver diferença entre essas trabalhadoras, muitas vezes pelos procedimentos realizados e informações técnicas fornecidas, acabam identificando a enfermeira como médica. Essa realidade me fez questionar

¹ Neste estudo serão utilizados os termos usuário e paciente como sinônimos.

qual o entendimento das profissionais sobre este tema e se algum tipo de ação é realizado no sentido de transformar essas representações depreciativas, pois entendo que a visibilidade do trabalho e das profissionais é um fator importante no reconhecimento do valor dessa profissão.

Minhas experiências como enfermeira assistencial em unidades de internação de um Hospital de grande porte, forneceram subsídios para entender que, na área hospitalar, a questão da não identificação da enfermeira se repete, mas em menor grau e com menor frequência que nas Unidades da rede básica. No ambiente hospitalar, os recursos de identificação como crachás e uniforme são mais presentes, a hierarquia é mais rígida e as ações das enfermeiras são mais programadas, controladas e, de certa forma, mais uniformes. Assim, se dentro dessa estrutura, com todos os seus recursos e organização, ainda existem situações de não identificação das enfermeiras e do seu trabalho, lembrando-me das vivências em pesquisa, supracitadas, passei a questionar como e em que grau isso ocorre na Saúde Coletiva.

Assim, da reflexão sobre a existência de propostas para alterar essa realidade, chegou-se ao entendimento de que as ações das enfermeiras não têm a finalidade única de modificar sua imagem ou promover sua valorização profissional e não são realizadas independentemente do seu trabalho. As ações que podem gerar valorização à profissão são as que promovem a saúde da população que tem contato com as profissionais. Essas ações são parte das práticas das enfermeiras, estando presentes no seu cotidiano de trabalho. Deste modo, pressupõe-se que é no trabalho proposto e realizado diariamente pelas enfermeiras que a valorização profissional encontra um meio para se constituir na sociedade.

A Saúde Coletiva é uma área privilegiada para a Enfermagem e para o trabalho em equipe, no qual cada profissional mantém o seu espaço e núcleo de competência e responsabilidade (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001). Nesta área de atuação, as enfermeiras têm encontrado um amplo espaço de desenvolvimento para sua atuação diária (GOMES; OLIVEIRA, 2005b). As enfermeiras na rede básica propõem suas ações, estabelecem a maneira como será constituído seu trabalho e mantêm considerável autonomia nas suas práticas, pois o modelo de atenção lhes permite maior liberdade no uso dos espaços para transformação da realidade de saúde local.

Com base no acima assinalado, o interesse nas questões acerca da imagem profissional passou das representações do senso comum às repercussões dessas imagens, na prática, por entender que sua utilidade e seu valor se representam no que de fato é realizado pelas profissionais em seu trabalho. Assim, as práticas das enfermeiras que atuam na Saúde Coletiva foram definidas como tema para esta pesquisa.

O contexto sociopolítico - incluindo as políticas de saúde - e o contexto sociocultural exercem forte influência no nível de saúde das populações. A estes fatores, associam-se as ações dos profissionais de saúde, que conforme Lima-Basto, (2001), além de serem influenciadas pelos contextos acima citados, também interferem, significativa e especificamente, na promoção de saúde dos usuários atendidos. Assim, os profissionais são responsáveis por realizarem ações que promovam a saúde dos usuários por eles atendidos. Matumoto, Mishima e Pinto (2001) afirmam que a Enfermagem não é neutra, pois, se as práticas de saúde influenciam e são influenciadas pelo cotidiano, o fato de não se fazer nada ou considerar que não há nada para ser feito configura uma posição: de deixar as coisas como estão.

Como parte do trabalho coletivo, as ações desenvolvidas pelas enfermeiras abrangem vários tipos de atividades, dentro e fora das Unidades de Saúde, intervindo no nível individual, grupal e da comunidade (LIMA-BASTO, 2001). Os serviços de saúde e suas estruturas influenciam o trabalho das enfermeiras, que podem, entretanto, encontrar linhas de escape nesse contexto, buscando alternativas que não as tradicionalmente previstas para as situações. Por meio dessas linhas de escape, os trabalhadores podem modificar determinadas realidades, utilizando os próprios recursos previstos nos serviços, empregando uma visão social – e não apenas biológica - do corpo, demonstrando o entendimento da determinação social do processo saúde-doença, proposta na Saúde Coletiva (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

A partir desta perspectiva, entende-se que as linhas de escape podem demonstrar, também, como as enfermeiras têm agido para transformar a realidade do seu próprio trabalho. Por ser a Saúde Coletiva uma área na qual os profissionais estabelecem as prioridades de ação, questiona-se: quais são as práticas das enfermeiras que atuam na atenção básica? Que aspectos influenciam a construção dessas práticas? Que elementos se relacionam com sua identificação profissional

nas Unidades Básicas de Saúde? Quais são as dificuldades e limitações por elas citadas para a efetivação das práticas?

Assim, este estudo extrapola as questões intrínsecas da profissão e sua representação social. O recorte inclui as falas das enfermeiras, atuantes em UBSs do município de Porto Alegre, sobre suas práticas, dedicando atenção à maneira como elas entendem sua representação como profissionais e a de seu trabalho. Ao evidenciar dificuldades e limitações encontradas pelas enfermeiras para efetivação de suas práticas, promove-se um espaço para a reflexão do pensar e do fazer, para que elas, não isoladamente, mas em conjunto com os demais trabalhadores de saúde, construam um fazer mais resolutivo na atenção básica. Propõe-se, ainda, um espaço para exposição do que as enfermeiras têm feito pela saúde das comunidades por elas atendidas.

O substantivo enfermeira será empregado no feminino, evitando o masculino genérico, ao referir-se aos trabalhadores de enfermagem. Optou-se por esta designação pela constituição do contingente profissional ser majoritariamente de mulheres, não desconsiderando a participação dos homens na profissão. Cabe ainda ressaltar que, no momento desta investigação, os participantes do estudo constituíam-se exclusivamente de mulheres. Porém será respeitada, nas citações de estudos, a forma como outros autores se referem aos profissionais, havendo, então, espaços no texto, nos quais o termo será citado no masculino.

A partir dessas motivações e questionamentos, apresenta-se a seguir informações disponibilizadas na literatura sobre a profissão e sobre a atuação das enfermeiras na Saúde Coletiva, como forma de construir o problema de investigação. Posteriormente, são descritos objetivos e a metodologia. Os resultados e a discussão são construídos a partir dos dados empíricos, organizados em categorias, conforme as falas das enfermeiras. Por fim, são incluídos as referências citadas e os apêndices.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Os aspectos referentes à fundamentação teórica pertinente à construção e discussão do objeto de estudo são apresentados neste capítulo.

A imagem profissional das enfermeiras é o resultado de uma rede de representações sociais da profissão, que, por meio de “um conjunto de conceitos, afirmações e explicações, reproduz e é reproduzida pelas ideologias originadas no contexto das práticas sociais, internas/externas a ela” (SILVA, PADILHA e BORENSTEIN, 2002, p. 588). Assim, a imagem das enfermeiras está associada a questões históricas, políticas e sociais, construídas dentro e fora de suas práticas.

Para compreensão dessas práticas como sociais, consideram-se as dimensões histórica e social do trabalho. O entendimento das práticas requer a consideração de estudos que analisem, também, a gênese e evolução histórica da profissão. Isto se afirma com base em estudos sobre o processo de trabalho na área, em que ficou demonstrado que análises da Enfermagem na formação social capitalista são base para compreensão dessa prática (ALMEIDA; MISHIMA; PEDUZZI, 2000).

Assim, optou-se pela abordagem de questões históricas da profissão, relacionando-as com sua imagem e com aspectos pertinentes ao trabalho e às práticas das enfermeiras na Saúde Coletiva.

2.1 Imagens das enfermeiras

Muitas profissões têm imagens associadas a determinados estereótipos, que se tornam objeto de preocupação, quando apresentam uma conotação negativa. A imagem da enfermeira é um tema considerado relevante em diversos países, tendo em vista a produção científica encontrada na literatura internacional, indicando que há décadas o assunto é pertinente e merece a atenção das profissionais e pesquisadoras.

Diversos artigos sobre o assunto foram publicados na década de 80, especialmente nos Estados Unidos e Inglaterra, os quais, em sua maioria,

abordavam as origens e a importância social dadas aos estereótipos das enfermeiras, constituindo tentativas de minimização de seus efeitos e valorização da Enfermagem (GROSSER, 1981; EVANS; FITZPATRICK; HOWARD-RUBEN, 1983; KALISCH, B.; KALISCH P., 1983; ANGELONI, 1984; AUSTIN; CHAMPION; TZENG, 1985; MUFF, 1984, 1988; KALISCH, P.; KALISCH B., 1986; CHANDLER, 1988; LIPPMAN; PONTON, 1989). Essa produção sobre o tema está relacionada à crescente profissionalização que as enfermeiras promoviam na época e à conseqüente necessidade de minimizarem qualquer fator que representasse um entrave a ela.

Recentemente foram desenvolvidos estudos em países como Austrália (TAKASE; KERSHAW; BURT, 2002; WARD; STYLES; BOSCO, 2003; TAKASE; MAUDE; MANIAS, 2005, 2006), Canadá (RUSH; KEE; RICE, 2005), China (HOLROYD; BOND; CHAN, 2002), Estados Unidos (RUSH; KEE; RICE, 2005), Inglaterra (CUNNINGHAM, 1999; JINKS; BRADLEY, 2004; BARNARD; SINCLAIR, 2006), Irlanda (FEALY, 2004), Polônia (SLUSARSKA; KRAJEWSKA-KULAK; ZARZYCKA, 2004) e Taiwan (TZENG, 2006), demonstrando preocupação com os efeitos da imagem das enfermeiras nas suas práticas por meio da abordagem de assuntos como as representações das enfermeiras por parte de determinados grupos, como crianças, as permanências e rupturas dos estereótipos sociais, as relações entre a imagem e o desempenho das profissionais, entre outros.

O estudo de Takase, Maude e Manias (2006) indica que as enfermeiras avaliam seu desempenho profissional como aquém do que elas acreditam ser a expectativa social quanto ao seu trabalho, a qual representa a enfermeira essencialmente como cuidadora, negando seu papel de liderança. As mesmas autoras, em estudo publicado em 2005, demonstram a complexidade do tema, ao apresentarem uma relação curvilínea entre desempenho profissional e reconhecimento pelo ambiente, apontando um papel ativo das profissionais nesse tema, na medida em que as enfermeiras desempenham seus trabalhos mais em consonância com suas necessidades e valores do que de acordo com seu ambiente (TAKASE; MAUDE; MANIAS, 2005).

No Brasil, a produção intelectual sobre o assunto é considerada pequena, havendo poucas publicações em periódicos indexados, tratando do assunto (NAUDERER, 2003). Padilha, Silva e Borenstein (2001) analisaram os pontos de convergência do conhecimento de Enfermagem, por meio das temáticas dos

Congressos Brasileiros de Enfermagem, das décadas de 70 e 80 e afirmam que a imagem da enfermeira é um assunto não resolvido e, portanto, não representa um aspecto de convergência pela produção decorrente de sua discussão.

Considera-se que a imagem das enfermeiras é influenciada por diversos fatores, tais como o contexto sócio-político, econômico e a histórica hegemonia médica na área da saúde. Destacam-se ainda os aspectos que remetem à história da Enfermagem como profissão e à sua evolução, relacionados ao momento histórico, mais especificamente ao papel da mulher em cada época.

O surgimento das práticas de cuidado relaciona-se com uma resposta intuitiva ao desejo de manter as pessoas saudáveis, proporcionar conforto e proteção aos doentes. O papel de enfermeira era assumido por mulheres que apresentavam desejo e habilidade para cuidar, e o conhecimento que essas mulheres desenvolviam e acumulavam sobre saúde era passado oralmente de geração para geração, conforme relatam Angelo, Forcella e Fukuda (1995).

A imagem das enfermeiras atualmente apresenta ainda associações a figuras de anjos, santas e religiosas, sem vida social, pela total dedicação à profissão. Em estudo sobre as concepções das enfermeiras sobre as atividades que desenvolvem no processo de trabalho, Gustavo e Lima (2003) identificaram que os mitos da profissão, como o Ser Enfermeira como sinônimo de doação, maternidade e fraternidade, ainda estão presentes no cotidiano de algumas profissionais. As autoras relacionam essa idealização com a concepção do trabalho como vocação, e conseqüentemente, sua inserção num modelo caritativo.

A representação divina da profissão é criticada por Belcher (2004), ao afirmar que o silêncio das enfermeiras, quanto ao combate da figura de anjo e santa, contribui para perpetuar disfunções de sua profissão, especialmente relacionadas a condições ruins de trabalho e baixa remuneração. A autora relata que, no cotidiano de trabalho, algumas enfermeiras deixam de atender a suas próprias necessidades básicas pelas exigências constantes de seu cargo, porém defende que a nobreza da profissão está em reconhecê-la como tal, havendo a necessidade de substituir o auto-sacrifício pelo auto-cuidado. Com essa mudança de postura, a autora afirma que a profissão ganharia reconhecimento e respeito.

A associação da imagem das enfermeiras à religião denota, também, um caráter de disciplina e obediência das profissionais, tanto às ordens dos pastores quanto dos médicos (que seriam as pessoas em posições superiores), conforme

destacam Ellis e Hartley (1998). Ao relatar a história da Educação em Enfermagem no Brasil, Germano (1985) estabelece a associação das enfermeiras com as religiosas pelas virtudes desejadas para ambas: obediência, respeito à hierarquia e humildade. Conforme Rodrigues (1997) fazia parte da formação das enfermeiras brasileiras, em seu início, advertir as estudantes de que não era necessário dominar o conhecimento médico, mas realizar tarefas domésticas de rotina, sem julgamento crítico ou iniciativa. Com isso, eram garantidas a subordinação e a dependência de seu trabalho ao do profissional médico, o que ocasionou considerável atraso na evolução da profissão.

Um dos aspectos mais presentes na imagem das enfermeiras, hoje, trata da representação da enfermeira como ajudante do médico. Bridges (1990) citado por Jinks e Bradley (2004) avalia este estereótipo como o mais forte e duradouro, por ser o que mais se aproxima da realidade. Em sua pesquisa, Takase, Maude e Manias (2006) relatam diversos fatores que reforçam a idéia da dominação médica sobre as enfermeiras. Grande parte das profissionais, até o século XIX, originava-se de classes econômicas baixas, reforçando a idéia de serem serventes dos médicos, cuja origem social, por sua vez, pertencia a classes mais altas.

Em estudo com acadêmicos de diferentes semestres do curso de Enfermagem, sobre concepções acerca do trabalho da enfermeira, Rosa e Lima (2005) concluíram que as concepções dos estudantes incluem idéias de doação para o cuidado e abnegação, porém essa visão humanitária concentra-se mais no ideário dos estudantes dos semestres iniciais. Pode-se então afirmar que essas concepções dos alunos recém ingressados eram anteriores ao início do curso, aproximando-se às idéias comuns no imaginário social. Também em pesquisa com estudantes de Graduação, Padilha, Nazario e Moreira (1997) identificaram os sentimentos de amor e doação relacionados ao exercício da obediência, servilismo e humildade. Isto, conforme as autoras, contribui para a permanência de salários baixos e condições precárias de trabalho.

Reforçando a idéia, para Lopes (1998), o sentido de trabalhadora polivalente, responsável, disponível e onipresente, concentrado nas enfermeiras, contribui para a permanência dos baixos salários e para dificuldades nas lutas da categoria por um

"salário ético"², como elas próprias sugerem. Segundo a autora "fica difícil entrar no campo dos conflitos com as mesmas 'armas' que os outros. O reconhecimento material é bloqueado pelo caráter irretribuível dos valores morais e a utilidade social do seu trabalho" (LOPES, 1998, p. 51).

Ao traçar um paralelo entre a condição feminina na história e a baixa remuneração das enfermeiras em geral, Collière (1989) refere que, no passado, os cuidados aos doentes eram considerados como inatos à mulher, inscritos em seu patrimônio genético e associados ao amor maternal. A autora afirma que o impacto desse passado cultural, associado à divisão sexual do trabalho e à influência dos valores religiosos, veiculados desde a Idade Média, colaboram para a desvalorização econômica lenta, mas segura, do conjunto de práticas de cuidado realizadas pelas mulheres.

O caráter manual atribuído ao cuidado direto aos doentes é outro fator que contribui para desvalorização econômica do trabalho da enfermeira, visto que as atividades práticas são consideradas como inferiores em relação ao trabalho intelectual, próprio do médico, e como fator de desvalorização social, como afirma Rizzotto (1999). A autora aborda ainda os diferentes graus de formação da equipe de Enfermagem³, concordando com que, eventualmente, as atividades desempenhadas por esses profissionais, de diferentes níveis, são semelhantes. Rizzotto (1999) ainda ressalta o não reconhecimento, por parte da sociedade, das diferenças entre os membros da equipe de Enfermagem

[...] além das pessoas não saberem que existe uma hierarquia dentro da equipe de Enfermagem, não conseguem perceber diferenças significativas, quando são atendidas pelos distintos membros da equipe (RIZZOTTO, 1999, p. 44).

A idéia é complementada por Padilha, Nazario e Moreira (1997), ao afirmarem que a falta de identificação dos níveis de qualificação da equipe de enfermagem

² "Salário ético" é entendido como a justa remuneração que as enfermeiras afirmam que deveriam receber por trabalharem com vidas humanas, atividade que vai além da relação mercantil. O termo representa, também, as dificuldades da profissão em se firmar concretamente em termos de conquistas salariais (LOPES, 1998).

³ Pela Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, foi regulamentado o exercício da Enfermagem, e determinados os níveis de formação da equipe, correspondendo a: enfermeiros (titular do diploma de Curso Superior); técnico de enfermagem (titular do certificado de técnico, correspondendo ao Ensino Médio); auxiliar de enfermagem (titular do diploma de auxiliar, correspondendo ao Ensino Fundamental) e parteira (titular de diploma de parteira).

ocasiona frustração e diminui o desejo dos estudantes e dos profissionais de continuarem na profissão, sendo mais simples procurar outra, que tenha maior reconhecimento e valorização social.

Não são poucas as referências que apresentam enfermeiras como símbolos sexuais. Elas podem ser encontradas em programas humorísticos, em anedotas ou piadas reproduzidas socialmente e, especialmente, em revistas masculinas. Os Órgãos representativos da classe no Brasil costumam combater fortemente este tipo de representação, usando recursos judiciais para impedir a veiculação de imagens que sustentem este estereótipo.

Tomando-se, brevemente, a história das enfermeiras de Saúde Pública, no Brasil, alguns aspectos chamam atenção. As enfermeiras da primeira metade do século XX são descritas por Barreira (1992), que relata que essas profissionais substituíram os inspetores sanitários nas atividades de prevenção, controle e educação em saúde nos domicílios da população, a partir de 1925, sendo que a atividade, na época, era considerada de pouca "resolutividade" ou "terminalidade". Assim, a utilização de enfermeiras para a função está relacionada à ideologia da profissão e à figura idealizada de mulher, pois seria próprio das enfermeiras um trabalho como esse, sem começo nem fim, de caráter missionário e sem recompensas visíveis. A autora destaca ainda que

[...] o papel das enfermeiras visitadoras seria o de desempenhar, no campo da Saúde Pública, seu tradicional papel de mulher, executando a parte do trabalho que, apesar de necessária ao funcionamento do sistema, não rende nem aparece, e para o qual, mais do que conteúdos profissionais específicos, supostamente seriam imprescindíveis qualidades e encantos pessoais. (BARREIRA, 1992, p. 52).

Registros sobre a organização tecnológica da Saúde Pública no Estado de São Paulo indicam que, na década de 60, o trabalho de Enfermagem era desenvolvido por agentes sem preparo formal em saúde, não havendo divisão técnica do trabalho de enfermagem. Havia poucas enfermeiras, atuando em apenas alguns serviços da rede básica de Saúde. Na época não havia padrões nas atividades, nem mecanismos burocráticos ou prescritivos, possibilitando maior autonomia na realização do trabalho na área. A partir dos anos 70, com a inclusão de enfermeiras nas equipes, as práticas passaram a se organizar em torno da padronização de procedimentos técnicos, de acordo com a necessidade de

prescrição e supervisão das atividades executadas por aqueles trabalhadores sem formação profissional. Assim, as características do trabalho das enfermeiras nas Unidades da rede básica de Saúde foram se definindo na dominação técnica de todas as ações de enfermagem, mas excetuando sua atuação direta na execução. Sua lógica de trabalho, na época, não se centrava no modelo clínico individual, mas estava voltada para a articulação, integração e controle de todas as atividades, de acordo com a finalidade do trabalho coletivo em Saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

O panorama histórico da profissão, relacionado com suas representações em cada momento, permite compreender que as práticas se transformam historicamente, influenciadas temporalmente, pelas políticas públicas e de Saúde. Ao centrar a investigação no exercício do cotidiano de trabalho, nos objetos de intervenção, nos saberes utilizados, na finalidade das ações, encontram-se as permanências e as rupturas nesse panorama, acima apresentado.

2.2 Atenção básica e práticas das enfermeiras

A atenção primária à saúde (ou atenção básica à saúde, conforme denominada no Brasil) baseia-se em tecnologias e métodos práticos e é parte integrante do Sistema de Saúde, do qual é função central, devendo ser o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos com o Sistema Nacional de Saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem, conforme definido pela Organização Mundial de Saúde, na Declaração de Alma-Ata, em 1978 (OMS, 2006).

O Ministério da Saúde do Brasil conceitua Atenção Básica como um conjunto de ações individuais ou coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de Saúde. Seus princípios fundamentais são integralidade, qualidade, equidade e participação social. A adstrição de clientela possibilita o estabelecimento de vínculo entre a população e as equipes de saúde, promovendo o compromisso e a co-responsabilidade desses profissionais com os usuários e a comunidade. (BRASIL, 2006). A atenção básica constitui a porta de entrada da população no Sistema de Saúde, mas também funciona como um nível próprio de atendimento,

com capacidade resolutive para necessidades básicas de saúde (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001).

Para a efetivação dessas diretrizes e dos princípios do SUS, as Unidades Básicas de Saúde são consideradas pontos estratégicos, por meio de ambulatório básico a todas as faixas etárias e realização de ações de Saúde Pública, atendendo à demanda espontânea e à demanda programada e representando uma das portas de entrada do sistema e, como tal, o elo entre as práticas de saúde e as práticas sociais que interferem na qualidade de vida da comunidade (DANTAS, 2000).

A Saúde Pública é marcada pela intervenção do Estado na assistência, representada, principalmente, pelos programas de saúde, que classificam os indivíduos em situações de risco. As ações de saúde tomadas nessa perspectiva uniformizam os sujeitos, tomam o corpo na perspectiva biológica e são dirigidas ao coletivo, representado por conjunto homogêneo de pessoas. Já a Saúde Coletiva indica outro sentido, o de considerar o homem como ser social, que é sujeito, ator social, protagonista e objeto da ação de saúde, concomitantemente. Assim, essa área permite a construção de uma equipe de saúde que trabalhe de forma interdisciplinar, na qual cada profissional, com seu núcleo de competência e responsabilidade, tem possibilidade de contribuir para a tomada do sujeito, usuário do sistema, como um ser social (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

As práticas de saúde são práticas constitutivas da sociedade. As ações dos trabalhadores em saúde não estão à margem da sociedade, elas são a sociedade, em determinada esfera. A proposição de intervenções em saúde, de organização e gerência dos serviços são proposições que seguem um princípio técnico, científico, mas também político e ideológico. Assim, todas as práticas técnicas são, também, práticas sociais. O pressuposto da consubstancialidade trata da recusa da separação entre sociedade e Ciência, demonstrando que é impossível tomar a tecnologia materialmente construída e negar as influências sociais e econômicas existentes. Assim, o conceito de trabalho caracteriza-se pela compreensão das determinações sociais nas práticas técnicas (SCHRAIBER, 1996).

Todo trabalho tem uma finalidade social, sempre responde a necessidades sociais. Mas todo trabalho também tem uma tecnicidade, uma capacidade de repetir-se como operação manual concreta, que corresponde à contribuição da ciência à sociedade, pois cria e indica para uma ação social um modo de ser técnico. O trabalho em Saúde conecta as ciências fundadoras, técnicas e científicas ao

compromisso social da intervenção. O trabalhador em Saúde reinterpreta a Ciência, para o caso e articula o social para as práticas científicas (SCHRAIBER, 1996).

Com base no assinalado, entende-se que as práticas das enfermeiras são sociais e são técnicas. A perspectiva deste estudo toma as práticas das enfermeiras como práticas sociais, que vão além da dimensão técnica e profissional, considerando dinâmicas que incluem a produção do conhecimento, a reprodução socioeconômica e política e a inserção dos sujeitos nesse contexto. Assim, o trabalho das enfermeiras é entendido como tendo uma finalidade social, mas que prevê uma perspectiva biológica e que inclui, também, aspectos psicossociais e culturais (ALMEIDA; MISHIMA; PEDUZZI, 2000).

A Enfermagem é uma das disciplinas que compõe, junto a outras, o trabalho em saúde. Para responder às necessidades sociais, e, assim, atender a finalidades individuais e coletivas, o trabalho em Saúde conta com diversos outros profissionais, de diferentes áreas do conhecimento, com saberes específicos, configurando-se em um trabalho coletivo (LEOPARDI, 1999).

Contudo, com base em Mendes-Gonçalves (1992), esse trabalho coletivo respeita uma divisão técnica e social. Técnica, porque divide um processo de trabalho original, do qual outros profissionais também participam. Isto é, a satisfação de uma necessidade de saúde, tomada como objetivo do processo de trabalho, não é alcançada por somente um trabalhador, mas é objeto de atenção de diversos agentes, que dividem as etapas do processo conforme as especificidades de seu trabalho. Isto posto, a divisão social do trabalho evidencia a desigualdade entre esses trabalhadores, desigualdades essas que, de acordo com Peduzzi (2001), relacionam-se à existência de valores e normas sociais que hierarquizam e disciplinam as diferenças técnicas. Sendo a prática médica o núcleo original do qual os outros trabalhos especializados da área da Saúde provêm, a derivação ou agregação desses trabalhos, executados pelos outros profissionais, faz com que os trabalhadores reiterem, como nuclear, o trabalho médico individual e, como periférico, o trabalho dos outros agentes.

Atualmente esses profissionais enfrentam também um intenso processo de especialização na área da Saúde, que encaminha um aprofundamento vertical dos conhecimentos e das intervenções específicas de cada especialidade, sem uma correspondente articulação desses saberes com os dos outros agentes (PEDUZZI, 2001). Essa realidade contribui para o desenvolvimento de um trabalho individual,

parcelar, com atividades desarticuladas e independentes, colaborando para a falta de comprometimento e responsabilização dos trabalhadores com o resultado de suas práticas (COLOMÉ, 2005).

Assim, o trabalho em equipe configura-se em uma proposta para enfrentamento desses processos. Para Peduzzi (2001), ele precisa estar estruturado considerando a comunicação efetiva entre os profissionais das diferentes especialidades, a fim de promover integração entre as múltiplas intervenções técnicas. A autora afirma ainda que a flexibilização da divisão do trabalho, sem abolir as especificidades de cada atividade profissional, é condição para que ocorra integração no trabalho em equipe, necessária para a construção de um projeto assistencial comum a todos os trabalhadores.

O núcleo de competência e responsabilidade das enfermeiras dentro da equipe de saúde é o cuidado. Na área da Saúde Coletiva, as profissionais desenvolvem diversas atividades, visando à atenção aos usuários dos serviços (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001). Essas atividades são a base de seu trabalho e os meios de que elas se utilizam na busca de mudanças na realidade.

O projeto de Classificação Internacional das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) tem como finalidade elaborar um inventário de atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, permitindo o reconhecimento de suas práticas e a análise crítica de sua relação com as demais práticas existentes na produção de serviços do setor Saúde. Esse projeto, coordenado nacionalmente pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), está inserido no Projeto Internacional de Classificação das Práticas de Enfermagem, liderado pelo Conselho Internacional de Enfermagem. O objetivo geral desses estudos é elaborar um sistema que descreva a prática de enfermagem, a partir de uma nomenclatura compartilhada pelos enfermeiros de todo mundo, indicando uma considerável preocupação da Enfermagem, internacionalmente, no sentido de esclarecer o que as enfermeiras fazem em seu trabalho, em todas as áreas de atuação e em todos os lugares (CHIANCA; ANTUNES, 1999).

Dentro dos resultados disponíveis do CIPESC, as atividades da enfermagem na Saúde Coletiva seguem quatro classificações: atividades gerenciais na unidade de saúde; atividades de coordenação, organização, treinamento, controle do trabalho de enfermagem; atividades de atenção de caráter individual e atividades de atenção de caráter coletivo (CHIANCA; ANTUNES, 1999).

Essa discussão sobre as práticas das enfermeiras é complementada por estudos que analisam os processos de trabalho das enfermeiras na Saúde Coletiva brasileira. A publicação de Almeida, Mishima e Peduzzi (2000) apresenta uma análise das pesquisas em Enfermagem, fundamentada no processo de trabalho e indica que esses estudos, inicialmente, tinham como finalidade investigar os objetos de intervenção, os saberes que embasam as ações, os agentes que as executam e a finalidade dos trabalhos. Porém, mais recentemente, foi introduzida nas análises a dimensão do sujeito da ação, que representa possibilidades de mudança e inovação às formas estabelecidas de organização social das práticas, ampliando as discussões e as possibilidades de proposição de intervenções efetivas na qualificação da assistência à saúde.

No estudo de Corbishley (1998) é analisado o trabalho da enfermagem em Unidades Básicas de Saúde e proposta uma tipologia para esse trabalho, conforme as atividades desenvolvidas e as relações estabelecidas entre os agentes, classificando os tipos de Unidades de Saúde em tradicional, de transição e inovadora.

As Unidades de Saúde tradicionais caracterizam-se por realizar atividades tradicionais de Saúde Pública como consulta médica, vacina, curativos e nebulizações, controle de doenças transmissíveis e atendimento à mulher, à criança e ao escolar, tendo sua assistência centrada no indivíduo. Nesse tipo de unidade, enfermeiras e auxiliares de enfermagem realizam as mesmas atividades, sem hierarquia na equipe de enfermagem, havendo prevalência da hegemonia médica (CORBISHLEY, 1998).

As Unidades de transição promovem, além das atividades tradicionais de Saúde Pública, as incluídas em Programas do Ministério da Saúde, como assistência à saúde da mulher e da criança, atenção ao desnutrido, direitos reprodutivos, entre outras. Além da assistência individual, ocorre, ainda, o trabalho em grupos com algumas atividades de prevenção primária. Nessas Unidades há respeito à hierarquia dentro da equipe de enfermagem, havendo diferenças entre atividades desenvolvidas por auxiliares de enfermagem e enfermeiras. Em relação ao trabalho em equipe, existem tentativas de construção de um trabalho articulado e interdependente entre os membros (CORBISHLEY, 1998).

A denominação de Unidades de Saúde como inovadoras é referida pela autora como o trabalho dentro dos moldes do Programa de Saúde da Família (PSF).

As ações referem-se à promoção à saúde, planejamento e programação, havendo prioridade ao atendimento a grupos de risco. As atividades de enfermeiras e de auxiliares de enfermagem são bem definidas e nesses locais ocorre um trabalho em equipe integrado. A autora limita como inovador o trabalho realizado somente nas equipes de saúde da família, porém o presente estudo, ao focar as Unidades Básicas de Saúde que não operam com este programa, considera que características de trabalho inovador podem estar presentes em outras Unidades de Saúde, dependendo mais da organização do processo de trabalho da equipe do que do programa dentro do qual se organiza (CORBISHLEY, 1998).

O trabalho das enfermeiras na Saúde Pública⁴ também é objeto de discussão em estudos realizados em outros países. Yamashita, Miyaji e Akimoto (2005) publicaram um estudo em que são apresentadas atividades desenvolvidas por enfermeiras atuantes na Saúde Pública na zona rural japonesa. As autoras afirmam que modificações no perfil da população – constituída cada vez mais por idosos – e a desinstitucionalização de pessoas que sofrem de distúrbios mentais têm provocado mudanças nos papéis e funções das enfermeiras de Saúde Pública, profissionais que têm um preparo acadêmico diferenciado para a execução de seu trabalho, cujo cotidiano concentra-se basicamente em visitas aos domicílios da população adscrita a cada profissional (cerca de 1720 pessoas por enfermeira), com atividades centradas na educação para saúde dos indivíduos. Existem centros de referência, onde as enfermeiras convivem com outros trabalhadores em saúde, mas no estudo é pouco abordado o trabalho em equipe, revelando que as enfermeiras têm uma prática consideravelmente autônoma. As autoras investigaram também as concepções dos pacientes, das próprias enfermeiras e de outros trabalhadores em saúde sobre o trabalho dessas profissionais e concluíram que o compromisso, o estabelecimento de relações de confiança e a resposta rápida às reais necessidades de saúde dos pacientes são as características do trabalho das enfermeiras nesse âmbito, que é considerado sério e efetivo e que faz das enfermeiras de Saúde Pública, no Japão, profissionais admiradas e respeitadas pela população e pelos Órgãos governamentais (YAMASHITA; MIYAJI; AKIMOTO, 2005).

⁴ As expressões “Saúde Pública” ou “Saúde Coletiva” serão utilizadas respeitando os termos utilizados pelos autores citados em seus receptivos textos. Não se encontrou correspondente em língua inglesa para “Saúde Coletiva”, assim as citações de artigos traduzidos utilizam exclusivamente a expressão “Saúde Pública”.

No trabalho de Bushy (2002) são expostas as perspectivas de trabalho das enfermeiras atuantes nas áreas rurais no Canadá, Austrália e Estados Unidos. Baseando-se em artigos publicados sobre os três países, a autora considera que os sistemas de atenção à saúde das populações rurais e os desafios enfrentados pelas enfermeiras de Saúde Pública são bem similares. Nesses locais, os recursos financeiros para a Saúde Pública são fornecidos pelo governo federal e administrados pelos estados, existindo dificuldades nesse sentido na atenção básica rural. Também nos três países o perfil da população vem se modificando, com o aumento da média de idade e com pessoas que sofrem de distúrbios mentais reinseridas nas comunidades. A autora afirma que as enfermeiras em Saúde Pública (comparando com as práticas das enfermeiras em outros ambientes) têm maior autonomia em suas atividades, mais flexibilidade no planejamento e execução de suas ações e experenciam uma interface maior com outras disciplinas, representando uma oportunidade de ampliação dos papéis tradicionais das enfermeiras. Ainda, nesse sentido, as práticas e as próprias profissionais, na Saúde Pública, têm maior visibilidade e status, pois lidam com comunidades específicas e áreas, mesmo que extensas, pouco povoadas, sendo assim facilmente identificadas pela população. Por fim, a autora expõe que as práticas e os papéis da enfermagem estão se expandindo internacionalmente e que existe carência de teorias de Enfermagem que possam guiar o trabalho das enfermeiras, uma vez que as práticas dessas profissionais têm se baseado em associações de teorias advindas da Sociologia, Antropologia e Epidemiologia (BUSHY, 2002).

As barreiras e as oportunidades da Enfermagem em Saúde Pública na Inglaterra são descritas por Plews, Billingham e Rowe (2000). A pesquisa incluiu autoridades de saúde, representando o governo e enfermeiras atuantes na Saúde Pública e revelou que as barreiras para o desenvolvimento da Enfermagem nessa área são numerosas. Inicialmente, é dominante uma perspectiva estreita de Saúde Pública no país, pois se considera que esta área da Saúde seja uma especialidade médica. Além disso, não existe definição dos papéis das enfermeiras na Saúde Pública inglesa. Mesmo dentro da Enfermagem, a área é considerada uma "atividade marginal" pelas enfermeiras, sendo restrita e não legitimada como parte do verdadeiro trabalho de enfermagem. As autoras apontam como perspectivas de mudança desta situação, o empenho da classe na definição do papel e na luta por espaços dentro da Saúde Pública, pois consideram a existência de fortes

resistências ao trabalho da Enfermagem na área, porém as enfermeiras têm muito a contribuir com o Sistema de Saúde inglês, se conseguirem romper as atuais (e históricas) barreiras e discutir os modelos que regem essa assistência (PLEWS; BILLINGHAM; ROWE, 2000).

O trabalho das enfermeiras de Saúde Pública na Coréia é o tema do artigo publicado por Cho e Kashka (2004). As autoras abordam a evolução histórica da Enfermagem na área e apresentam um panorama da realidade, hoje. As enfermeiras coreanas, após considerável luta por espaços, consideram seu sistema de trabalho em Saúde Pública como um modelo, especialmente pelo nível de educação e formação das profissionais, os espaços de sua prática e o financiamento governamental, sendo que o *turnover* é raro e existe uma lista de espera de profissionais para trabalhar nessa área. A estrutura é organizada em postos de saúde comunitários, construções que incluem uma pequena enfermaria com cama, cozinha, consultório, banheiros, sala de espera para pacientes e uma sala equipada para exames. Nesses locais trabalham, pelo que informam as autoras, um médico, durante o dia, e enfermeiras que permanecem 24h no local, em turnos de revezamento. Os cuidados das enfermeiras concentram-se em atividades educacionais, prevenção de doenças e promoção de saúde. Além do trabalho individual, as enfermeiras de Saúde Pública da Coréia exercem um importante papel com as comunidades locais, auxiliando o seu desenvolvimento, por meio da ajuda na organização comunitária e no estabelecimento de estratégias para alcançar os objetivos da população local (CHO; KASHKA, 2004).

A descrição dos trabalhos baseados em experiências de outros países não tem a intenção de traçar panorama ou considerar conhecidas essas realidades. O objetivo dessas abordagens é informar algumas características de outros locais, no intuito de identificar semelhanças e diferenças do que é considerado no trabalho das enfermeiras, no Brasil. Observam-se disparidades entre o Brasil e outros países estudados, tanto em relação ao trabalho das enfermeiras e no que concerne ao perfil sócioeconômico das populações atendidas e a quantidade de recursos disponíveis para promoção da saúde em nível básico. Contudo, observa-se também que as práticas de enfermeiras de alguns países consideram a educação em saúde, algumas iniciativas de trabalho em equipe, visitas domiciliares, maior autonomia nas práticas, conflitos nos modelos de assistência, entre outros, aproximando-se a temas considerados pertinentes à Enfermagem em Saúde Coletiva brasileira.

2.3 Enfermeiras na atenção básica e os contextos municipais no Brasil

Por estar o Sistema de Saúde brasileiro organizado de forma descentralizada, os contextos municipais são relevantes para o entendimento da realidade da Enfermagem na Saúde Coletiva do País.

O município de Campinas (SP) é o contexto do estudo de Silva *et al.* (2001). As autoras afirmam um crescimento exponencial no número de enfermeiras na rede básica do Município, desde 1983, a partir do processo de municipalização da Saúde e apresentam dados sobre esse crescimento e fatores que o influenciam. As práticas das enfermeiras, no local, são o objeto do estudo, sendo que os autores destacam como principais: a assistência e as ações educativas e preventivas nas áreas da criança, mulher, adulto e idoso; o treinamento e supervisão do pessoal de Enfermagem; as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Os autores citam, ainda, as atividades relacionadas à gerência, tais como o planejamento das atividades do centro de saúde nas diferentes áreas de atenção; a organização de campanhas de vacinação e ações extra-muros e intersetoriais, junto às Instituições de sua área de abrangência. Como perspectivas de qualificação dessas práticas, estão previstas a ampliação da atuação da enfermeira na atenção direta à saúde dos usuários, incentivos ao registro efetivo e com qualidade da produção realizada e o crescimento das ações extra-muros, educativas, grupais e coletivas.

No estudo de Barbosa *et al.* (2004) são apresentadas reflexões sobre o trabalho de enfermagem em Saúde Coletiva no município de Goiânia (GO) e é resultado de uma pesquisa realizada junto a usuários, gerentes e gestores de saúde sobre as contribuições do trabalho do enfermeiro. Como resultados, os autores demonstram que o enfermeiro desempenha papel fundamental na implementação das políticas públicas de Saúde; contudo, seu potencial precisa ainda ser evidenciado. Os enfermeiros estão no controle de uma grande parte dos programas coordenados pela superintendência de ações básicas do Município, em virtude de sua especial capacidade de visão do conjunto da realidade dos serviços, de políticas e propostas. O papel dos enfermeiros na prevenção e educação da população também é destacado no estudo, bem como o desconhecimento dos níveis de formação dos trabalhadores de enfermagem por parte dos usuários, que não distinguem os profissionais pelas atividades que executam. Por fim, os autores

concluem que a ampliação no campo de atuação do enfermeiro na Saúde Coletiva de Goiânia não está contribuindo para modificar a visão que os usuários têm sobre seu trabalho e os agentes de enfermagem, mesmo considerando a grande contribuição desses profissionais na implementação e manutenção das políticas de Saúde no Município.

A situação no município de Campo Grande (MS), abordada por Vidal *et al.* (1999), demonstra um número pequeno e insuficiente de enfermeiros atuando na rede básica do Município, com condições salariais e de trabalho inadequadas, com multiemprego, alta rotatividade e evasão de enfermeiros para outros estados. As atividades de enfermagem são desenvolvidas centradas no ato médico, uma vez que não há profissionais em número suficiente e o modelo assistencial vigente em Campo Grande privilegia a produção de serviços curativos e especializados.

No trabalho de Friedrich e Sena (2002) foi analisada a práxis do cuidado no trabalho da enfermeira nas UBSs de Juiz de Fora (MG), possibilitando a construção de um fluxograma analisador do trabalho da enfermeira na UBS, o qual consta de oito elementos: entrada da enfermeira, recepção dos usuários/tomada de decisões, atividades de natureza complementar de controle de risco da enfermagem, atividades propedêuticas e terapêuticas complementares ao ato médico, consulta de enfermagem, atividades de natureza terapêutica propedêutica, atividades de natureza administrativa e saída da enfermeira. As autoras analisaram ainda as atividades das enfermeiras com base na tipologia proposta por Corbishley (1998) e identificaram semelhanças entre os trabalhos desenvolvidos pelas enfermeiras nas Unidades do tipo tradicional e do tipo de transição, sendo evidenciado o uso de tecnologias leves e leve-duras⁵ pelas profissionais, momentos de estabelecimento de relações de poder entre médicos, enfermeiras e usuários, o uso da educação em saúde como importante componente da prática e situações de interdependência e de articulação de seu trabalho com os de outros profissionais. Por fim, as autoras concluem que a ruptura do modelo curativo vigente é necessária e se faz de modo processual, necessitando a superação de um fazer centrado em ações

⁵ Tecnologias leves são as tecnologias de relações, correspondem à relação de acolhimento, criação de vínculo, produção de resolutividade, aumento de autonomia dos sujeitos. Tecnologias leve-duras representam os saberes estruturados utilizados pelos profissionais, como a epidemiologia e a clínica (MERHY, 1997).

complementares ao ato médico para dar lugar a uma ação específica de enfermagem.

Como demonstrado também nas análises dos artigos internacionais, as realidades municipais apresentam diversidade e semelhanças entre si, mas todas demonstram um importante papel das enfermeiras na Saúde Coletiva, já estabelecido ou ainda por ser conquistado.

Julga-se, ainda, relevante, apresentar algumas informações acerca da constituição histórica da rede básica no município de Porto Alegre e da evolução do trabalho da enfermeira nesse contexto, para se alcançar, com maior propriedade o entendimento da situação atual das práticas das profissionais do Município. Os dados apresentados são baseados no trabalho de Ramos e Lima (2000), no qual se propõe uma retrospectiva histórica da evolução do trabalho da enfermagem na área da Saúde Coletiva, na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Desde a criação das primeiras Unidades de Saúde da rede básica do Município, em 1971, até a contratação das duas primeiras enfermeiras para atuar nesses locais, em 1980, o trabalho das enfermeiras na rede básica do Porto Alegre era acumulado no nível de supervisão das equipes e coordenação dos programas, centrado na Secretaria Municipal de Saúde e executado por três profissionais (RAMOS; LIMA, 2000).

O primeiro documento no qual são atribuídas às enfermeiras a coordenação da equipe de enfermagem e a participação ativa na programação em saúde e na capacitação de pessoal foi elaborado em 1981 e dirigido aos chefes de Unidades sanitárias, atividade até então executada somente por médicos. O documento, reconhecido pela direção da Secretaria, oficializava a atuação desse novo membro da equipe de saúde, definindo os papéis para que não houvesse confusão com as chefias das Unidades (RAMOS; LIMA, 2000).

Desde aquele momento, a participação dos enfermeiros nas diversas instâncias da SMS, e mais marcadamente nas Unidades de Saúde, cresceu continuamente. Com a promulgação da Lei do Exercício Profissional, em 1986, o grupo de enfermeiras da SMS elaborou um documento que orientava as competências dessas profissionais na prescrição de medicamentos nas Unidades de Saúde, ocasionando mudanças na prática, até então vigente, de exclusividade médica nas prescrições de medicamentos e no seu fornecimento por auxiliares de enfermagem à população, mesmo sem prescrição. Esse documento foi revisado por

duas vezes, após sua criação e, em 1998, aprovado no Conselho Municipal de Saúde, dando origem ao Protocolo de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde. Nesse protocolo era autorizado às enfermeiras que atuam nos ambulatórios da rede municipal prescrever medicamentos, solicitar exames laboratoriais e realizar procedimentos, a partir de capacitação específica da profissional (RAMOS; LIMA, 2000).

Do ano de 1996 a 2000, observou-se uma ampliação de 2,5 vezes no número de serviços e de cinco vezes no quantitativo de pessoal de Enfermagem. A ampliação da participação das enfermeiras nos serviços de Saúde da rede básica de Porto Alegre, acompanhada pelo crescimento do número de auxiliares de enfermagem contratados, demonstrou o reconhecimento da importância do trabalho de enfermagem nos serviços, por parte da direção da SMS e da comunidade (RAMOS; LIMA, 2000).

As autoras Ramos e Lima (2001) consideraram ainda que

O enfermeiro de saúde coletiva, vinculado à rede pública municipal de Porto Alegre, conta com um espaço privilegiado para desenvolver práticas que efetivamente contribuam para a melhoria da qualidade de vida do cidadão [...] a importância de posições ocupadas, muitas vezes de fato e não de direito, mas cada vez mais também de direito, nos demonstra um acentuado progresso no interior da instituição. (RAMOS; LIMA, 2000, p.46).

É relevante que este estudo tenha sido publicado em 2000, e que o panorama que se apresentava, na época, para as enfermeiras, era consideravelmente favorável. A participação das enfermeiras, tanto na gerência dos níveis locais como na coordenação de serviços como vigilância sanitária e epidemiológica, planejamento, capacitação e desenvolvimento de pessoal, e em funções diretivas como assessoria ao gabinete do secretário e ao Conselho Municipal de Saúde sofreu modificações por ocasião da troca do partido do Governo Municipal, ocorrida no início de 2005.

No momento atual, são poucas as informações oficiais disponíveis sobre o trabalho e a atuação das enfermeiras na rede básica do município de Porto Alegre. Indícios da realidade presente serão apresentados nas falas das enfermeiras, no capítulo de resultados.

3 OBJETIVO DO ESTUDO

O desenvolvimento deste estudo visa a atingir ao seguinte objetivo:

- ♦ Conhecer e compreender as práticas das enfermeiras em Unidades Básicas de Saúde da rede do município de Porto Alegre, identificando limitações e alternativas utilizadas pelas profissionais, que podem contribuir na construção da imagem de seu trabalho e na proposição de práticas inovadoras na atenção à saúde das populações.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo foi desenvolvido com uma perspectiva qualitativa, que lida com interpretações das realidades sociais e visa a explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre o assunto em questão (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2002). Turato (2005) afirma que este tipo de abordagem não busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, sendo que o significado tem função estruturante, ou seja, em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão suas vidas de determinado modo. Para esse autor, a pesquisa qualitativa procura criar um modelo de entendimento das ligações entre elementos, evidenciando como o objeto de estudo acontece ou se manifesta, e não seu produto.

Para Triviños (1987) a pesquisa qualitativa permite compreender o problema no meio em que ele ocorre, sem criar situações artificiais que possam interferir na realidade. Assim, os dados referentes às práticas das enfermeiras em Unidades Básicas de Saúde são buscados junto aos sujeitos que realizam o trabalho e às práticas, que são o objeto deste estudo.

4.2 Espaço do estudo

O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde da rede de Atenção Básica à Saúde, do município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, cuja população total do município é de 1.360.590 habitantes, numa área de 476,3 Km². A expectativa de vida corresponde à média de 71,4 anos, sendo 66,2 anos para os homens e 76,2 anos para as mulheres. Porto Alegre tem 35 hospitais, 883 clínicas, 204 consultórios, 19 laboratórios de análises patológicas, 41 laboratórios de análises clínicas, num total de 1.182 estabelecimentos voltados aos

serviços de saúde. O total de leitos hospitalares na cidade é de 7906, sendo 5.816 ocupados pelo SUS (PORTO ALEGRE, 2007).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, a rede de atenção básica à saúde do Município conta com 125 postos de saúde, sendo 117 Unidades Básicas de Saúde, divididas em oito gerências distritais (GDs). Cada GD abrange diversos bairros próximos uns aos outros, tendo seus limites geográficos definidos por ruas. O papel de cada GD é realizar a gestão do SUS no âmbito do território de sua competência. As Unidades Básicas de Saúde dividem-se entre as que contam com equipes do Programa de Saúde da Família (que totalizam 84 e atendem a uma população de 290 mil moradores no município) e as que trabalham sem equipe de Saúde da Família, com ambulatório básico e especialidades de Ginecologia e Pediatria. A rede conta, ainda, com o apoio de dois hospitais e de oito Centros de Saúde (sendo que quatro funcionam 24h) que incluem, além da atenção básica, procedimentos de maior complexidade como urgências clínicas e cirúrgicas de baixa e média complexidade (PORTO ALEGRE, 2007).

Como forma de delimitar o campo de estudo, foram utilizadas apenas Unidades Básicas de Saúde, sem equipes do Programa de Saúde da Família. A escolha pelos serviços organizados desta forma, descartando as Unidades que atuam nos moldes do PSF, deu-se em função de que a área e a população adscritas a esses locais são consideravelmente maiores (em relação às UBSs com PSF) e ainda porque nas UBSs atuam profissionais de diferentes especialidades médicas, como a Ginecologia e Pediatria e, eventualmente, de outras áreas da saúde, como Nutrição, Psicologia e Assistência Social, diferentemente das equipes de PSF que em sua maioria são compostas por médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Foram intencionalmente selecionadas duas gerências distritais do Município, que concordaram e demonstraram disponibilidade para participar do estudo, aqui denominadas gerências A e B. Ambas as gerências abrangem áreas de população com precárias condições sócioeconômicas, com moradores em situação de risco. A gerência A localiza-se ao centro/sul do município, conta com o maior número de Unidades de Saúde e atende a maior área do município. A gerência B localiza-se na zona leste do município e é a quinta gerência em termos de número de Unidades de Saúde.

A gerência A conta com 22 Unidades de Saúde e um centro de saúde na sua área, sendo 13 Unidades com Programa de Saúde da Família. Assim, as Unidades Básicas de Saúde selecionadas para a pesquisa foram as nove restantes e o ambulatório básico do centro de saúde constituiu a décima Unidade, pois funciona como uma UBS dentro do centro de saúde. A gerência B conta com 12 serviços, sendo um centro de saúde e cinco Unidades com o Programa de Saúde da Família. Foram selecionadas para o estudo, então, as seis Unidades Básicas de Saúde sem equipe de PSF que compõem a gerência.

4.3 Participantes do estudo

As participantes desta pesquisa foram 15 enfermeiras atuantes nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas, uma enfermeira em cada serviço. Conforme afirma Turato (2005), na pesquisa qualitativa a amostragem deve realizar uma busca proposital de indivíduos que vivenciam o problema em foco, não havendo necessidade de muitos participantes, que representem características da subpopulação. A preocupação com o número é impertinente, pois deve ser definida em campo, conforme a coleta de dados. Para Pope e Mays (2005), nos estudos qualitativos o tamanho da amostra deve ser determinado por fatores como profundidade e a duração de cada entrevista, não havendo necessidade de representatividade estatística.

Foi utilizado como critério de inclusão na amostra o aceite em participar do estudo e o tempo de serviço das enfermeiras, qual seja, o mínimo de um ano de atuação na Unidade de Saúde. Essa condição deve-se ao fato de que essas profissionais deveriam ter experiência no trabalho e tempo no serviço para organizarem suas práticas, possuindo, desta forma, maiores subsídios para desenvolvimento de suas propostas.

A maioria das unidades de saúde selecionadas para o estudo contava com o trabalho de apenas uma enfermeira, porém houve casos de UBSs com duas ou até três enfermeiras na equipe, contudo em todos eles apenas uma profissional atuava no que seria o ambulatório básico da UBS, sendo que as outras se vinculavam ao programa de saúde da família e não foram incluídas no estudo.

Apenas uma das entrevistas inicialmente previstas, não pôde ser realizada, por recusa da enfermeira.

4.4 Coleta dos dados

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se entrevista semi-estruturada individual, procedimento que privilegia a coleta de informações por meio da fala dos atores sociais, possibilitando a obtenção de dados objetivos e subjetivos (MINAYO, 1994). Como prevê esta modalidade de coleta de dados, o investigador esteve presente e o informante teve a possibilidade de responder a questionamentos básicos com liberdade e espontaneidade, o que enriquece a investigação, conforme indicado por Triviños (1987).

Sobre as entrevistas semi-estruturadas, Tobar e Yalour (2001) afirmam que são baseadas em uma lista de perguntas ou temas que necessitam ser abordados durante a sua realização. Para esses autores, a ordem exata e a redação das perguntas podem variar para cada entrevistada, sendo que o pesquisador pode encontrar pistas e novos temas que surgem no curso da entrevista. Foi utilizado um roteiro (apêndice A) de perguntas para as entrevistas com as enfermeiras, contendo questões que foram elaboradas a partir dos achados da literatura e dos objetivos do estudo. Apenas a primeira questão do roteiro teve sua ordem respeitada, como era previsto, mas as outras perguntas variaram conforme o caminho a que o discurso das participantes se direcionava.

Foram realizadas entrevistas com 15 das 16 enfermeiras selecionadas, nos meses de julho e agosto de 2006. A média de tempo do conjunto de entrevistas foi de 25 minutos, variando entre 13 e 40 minutos.

Realizaram-se entrevistas pela pesquisadora e por auxiliares de pesquisa treinados, mediante consentimento dos participantes, com uso de gravador de voz e foram transcritas na íntegra.

As entrevistas se caracterizam pela produção de discurso, que consta em uma fala regrada, sujeita ao domínio de técnicas de linguagem, permitindo ao sujeito racionalização, controle, obrigação de coerência e filtros (ABRIC, 1994). Assim, na tentativa de minimizar fatores que pudessem influir nas falas dos sujeitos,

decorrentes dos limites da técnica, associou-se uma técnica advinda de estudos do campo da Lingüística e das Representações Sociais, a fim de permitir a compreensão das práticas das enfermeiras atuantes em UBSs, de forma mais abrangente.

A associação livre, proposta por Abric (1994) e adaptada para este estudo, foi utilizada para captar a expressão verbal menos controlada e mais espontânea das participantes. Nesta pesquisa, a expressão "Enfermeira na Saúde Coletiva" foi utilizada como indutor de associações, buscando as relações feitas pelas enfermeiras com as palavras que representam os fatores a que elas acreditam estar associados. Assim, solicitou-se que os participantes produzissem palavras, expressões ou adjetivos que viessem à mente ao pensar na expressão indutora. Fez-se a seguinte pergunta às entrevistadas: quais são as cinco primeiras palavras que vêm a sua cabeça quando você ouve a expressão "Enfermeira na Saúde Coletiva"? Dessa forma, investigou-se qual a perspectiva que as pessoas fazem uso para compreender a gama de conceitos e idéias relacionados à expressão proposta. Para não sofrer influência de aspectos levantados nas outras questões da entrevista, a pergunta relativa à associação livre foi realizada no início, como questão introdutora da atividade.

Ao considerar a complexidade do objeto de estudo, a coleta dos dados procurou articular duas técnicas – associação livre e entrevista semi-estruturada – contribuindo para a compreensão do objeto de estudo de uma forma ampliada.

Após iniciada a análise dos dados obtidos, foi necessário retomar informações com uma das entrevistadas, que foi considerada como uma informante-chave. Esta necessidade deve-se à grande dificuldade de obtenção de algumas informações acerca do protocolo de enfermagem nos órgãos oficiais da SMS. A informante-chave foi escolhida com base na experiência e tempo no cargo de enfermeira atuante em UBS, na participação em comissões dentro da SMS que discutem o assunto e na disponibilidade em colaborar com a pesquisa.

4.5 Considerações bioéticas

A coleta dos dados foi realizada após obtenção da autorização escrita do coordenador da Rede de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Municipal de Saúde e aceite das chefias das Unidades.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, em 1º/08/2006, no processo n. 001.034383.06.9, com recomendações, que solicitavam a adequação do cronograma de execução da pesquisa e a inclusão do contato telefônico do comitê no termo de consentimento livre e informado. Essas recomendações foram atendidas antes da entrada em campo.

Cada enfermeira entrevistada recebeu um termo de consentimento livre e informado (apêndice C), com um texto comunicando que estão asseguradas as prerrogativas para pesquisa com seres humanos. Estas prerrogativas são baseadas nos preceitos da resolução n. 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde, em que são apresentadas as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse termo constam informações referentes ao estudo, aos direitos do participante e o contato telefônico e eletrônico das pesquisadoras e do comitê de ética, para eventuais esclarecimentos. Em cada entrevista realizada o referido termo foi apresentado em duas vias, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra para a pesquisadora, constando a assinatura de ambos. Os nomes das enfermeiras foram preservados por meio do uso de códigos para identificação. Além do anonimato, garantiu-se a liberdade de desistência em qualquer momento da pesquisa, sem que isso influenciasse no acesso ao serviço de Saúde. Foi garantido, ainda, às entrevistadas o acesso aos depoimentos transcritos, bem como ao relatório final do estudo.

Os arquivos de gravação, contendo as entrevistas foram descartados, após sua transcrição e o material transcrito será guardado pelo período de cinco anos.

4.6 Análise dos dados

Para tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, do tipo análise temática, com base em Bardin (1977). Tema é considerado uma unidade de significação complexa, de comprimento variável, que representa uma idéia ou um conjunto de idéias presentes no texto analisado. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e é geralmente utilizada para estudar motivações, atitudes, valores, tendências (BARDIN, 1977).

A análise temática prevê três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação.

A pré-análise constou da leitura flutuante do conjunto dos dados levantados nas entrevistas, na qual se realizou uma leitura exaustiva e repetida do material coletado, buscando uma maior aproximação aos dados e identificando idéias centrais e aspectos relevantes. A seguir realizou-se a constituição do corpus, que se referiu à escolha e organização do material, de maneira a obedecer a alguns critérios de validade (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência).

A exploração do material representa a transformação dos dados brutos nos núcleos de compreensão do texto. Nessa etapa, ocorreu o recorte do texto em unidades de registro, os temas. Após, realizou-se a classificação e agregação dos dados, estabelecendo as categorias que comandaram as especificações dos temas.

Utilizou-se o Software Ethnograph versão 5.0 (Qualis Research Associates) para auxiliar na organização dos dados das entrevistas, facilitando o processo de codificação e agrupamento das informações.

A etapa de tratamento dos resultados e interpretação permitiu colocar em relevo as informações obtidas e efetuar inferências, abrindo outras pistas em torno de dimensões teóricas. Assim, a articulação do material empírico com a teoria embasou a construção dos seguintes temas, nos quais os resultados estão agrupados: identificação e reconhecimento das enfermeiras e de seu trabalho no cotidiano das unidades básicas de saúde; atividades das enfermeiras no cotidiano de trabalho; as (in) especificidades do trabalho das enfermeiras; inserção das enfermeiras no trabalho em equipe; limitações às práticas das enfermeiras; perspectivas para práticas inovadoras.

A árvore associativa é considerada uma técnica complementar à associação livre, por permitir um contexto associativo das palavras encontradas no primeiro método. Adaptando-se a proposta de Abric (1994), elaborou-se uma árvore associativa utilizando os termos coletados na pergunta da associação livre. Com a árvore associativa propôs-se uma representação gráfica das associações que as participantes do estudo faziam com a expressão "Enfermeira na Saúde Coletiva", indicando idéias que não estavam organizadas na forma do discurso das respostas das entrevistas, contudo estavam presentes nas suas concepções em relação ao tema.

A análise temática de Bardin (1977) considera ainda os núcleos de sentido de uma comunicação, nos quais a presença ou a freqüência de determinados termos tem significado analítico, sendo eficaz quando aplicada a discursos diretos e simples. A análise possibilita, também, a construção de índices que permitem alguma forma de quantificação. Nesta pesquisa, consideraram-se a freqüência e ordem de aparecimento das palavras, e ainda seu significado como critérios de análise da questão relacionada à associação livre. A lista contendo as palavras citadas pelas entrevistadas, na ordem de aparecimento, consta no apêndice D.

A ordem de aparecimento e a freqüência foram utilizadas como critérios para a elaboração da árvore associativa. Selecionaram-se as três primeiras palavras das cinco citadas por cada sujeito da pesquisa, além dos termos que foram repetidos, mesmo que não constassem entre os três primeiros citados. Faz-se a ressalva que a ordem de aparecimento serviu como critério de seleção das palavras que estariam mais próximas à expressão, porém este não foi um dos critérios considerados para classificar as palavras já selecionadas, sendo que todas foram consideradas com igual peso e importância na análise. Das 75 palavras citadas pelas enfermeiras, utilizaram-se as três primeiras, constituindo um grupo de 45 palavras. A esse grupo foram incluídas as palavras que apresentaram repetição entre as citadas. Assim, as palavras foram categorizadas seguindo seu sentido, já tendo como base a análise realizada com o material empírico advindo das respostas às perguntas das entrevistas. Foram criadas três categorias para agrupar as palavras da associação livre: sentimentos, cuidado e trabalho.

A árvore associativa foi estruturada em software de edição de texto, com base nos dados tratados conforme descrito.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas realizadas com as enfermeiras evidenciaram realidades diferentes em cada uma das Unidades Básicas de Saúde, com contrastes nas condições de trabalho, nas concepções das profissionais em relação a esse trabalho e nas práticas realizadas no seu cotidiano.

A proposta de organização do capítulo de resultados partiu da categorização das temáticas. Porém encontrou-se considerável dificuldade na separação dos temas e assuntos, na medida em que os pontos de análise estavam intimamente relacionados e demonstravam uma riqueza de significados em cada detalhe. Assim, no texto a seguir, fica evidente essa inter-relação, pois os diferentes aspectos levantados foram diferenciados para fins de análise, mas são indissociáveis nas práticas que compõem o cotidiano de trabalho das enfermeiras em UBSs. Torna-se visível também a impossibilidade do justo aprofundamento e argumentação de todos os assuntos apresentados, além dos que permaneceram implícitos nas falas, demonstrando as opções feitas pela autora em privilegiar alguns aspectos em detrimento de outros, não por considerar importância, mas estritamente por fazer parte dos limites do estudo.

Após uma breve caracterização do conjunto das entrevistadas, é abordada a identificação das enfermeiras pela população, detalhando a relevância dada ao tema e as estratégias utilizadas pelas trabalhadoras para alterar essa realidade. Após, são apresentadas as informações acerca das atividades que compõem as práticas das profissionais no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. A seguir, são examinadas características do trabalho mais relacionadas às especificidades e inespecificidades das ações enfermeiras no âmbito estudado. Seguem algumas características da inserção das profissionais no trabalho em equipe e seu funcionamento, elementos relacionados às limitações às práticas das enfermeiras e, por fim, as perspectivas para práticas inovadoras apontadas citadas nas entrevistas.

A média de idade das enfermeiras entrevistadas foi de 45 anos, variando entre 28 e 55 anos. O tempo de atuação como enfermeira, desde a graduação, variou entre sete e 32 anos, tendo como média 21 anos. A atuação na área da Saúde Coletiva teve como tempo mínimo cinco anos e máximo 30 anos, com média de 14 anos. O período de atuação na UBS, em que estava alocada no momento da

entrevista, variou entre um e 12 anos, com média de quatro anos de atuação no local.

Quanto à especialização profissional, os dados referentes às entrevistadas distribuíram-se uniformemente: cinco enfermeiras haviam cursado especialização ou Mestrado na área da Saúde Coletiva (Saúde Pública, Saúde da Família ou residência integrada em Saúde Coletiva), outras cinco haviam realizado especialização em outra área da Enfermagem (Intensivismo, Obstetrícia, Administração, Nefrologia e Psiquiatria) e por fim, cinco enfermeiras não haviam cursado qualquer curso de Pós-Graduação.

5.1 Identificação e reconhecimento das enfermeiras e de seu trabalho no cotidiano das unidades básicas de saúde

A identificação das enfermeiras das UBSs incluiu três dimensões. A primeira indicava se a pessoa da enfermeira era identificada como tal pelos usuários dentre os demais membros da equipe de saúde. A segunda dimensão vinculou-se ao reconhecimento da importância de seu trabalho, da sua identificação como uma profissional que podia efetivamente ajudar os usuários na satisfação de suas necessidades de saúde. A terceira referiu-se à identificação do que é o papel da enfermeira, sua competência no trabalho em UBSs. As duas últimas dimensões pressupõem a existência da primeira citada.

As enfermeiras eram profissionalmente identificadas por alguns usuários com quem tinham um contato próximo.

Eu acho que eles sabem a diferença entre os profissionais, mas nem todos. [...] Mas os que têm mais contato comigo sabem. É engraçado, pois eles às vezes se confundem, porque durante a consulta de puericultura, as mães me chamam de "doutora", aí se corrigem e chamam de "enfermeira" e daqui a pouco se esquecem e chamam de "doutora" novamente. Eu acho que isso deve até ser um pouco confuso na cabeça deles. ENFA2

Eles me chamam sempre de enfermeira. Sabem a distinção da enfermeira das técnicas de enfermagem porque eles querem falar com a enfermeira. [...] Eles sabem a diferença direitinho, a diferença da consulta de enfermagem e da consulta médica, pelo menos os que eu atendo. ENFA11

Tem todos os aspectos, tu atendes de tudo. Os pacientes dizem “Ah não, eu quero que a enfermeira veja o meu curativo”, né? [...] Eu acho que isso é o reconhecimento do meu trabalho como enfermeira, sabe? Que nem às vezes não tem médico, o médico não pode, “bom, mas a enfermeira está aí e eu quero falar com ela”. Eles falam bem assim. [...] Eu tenho um bom vínculo assim, né? Com eles, eu acho que é isso, é o tempo, eu tento permanecer no mesmo local. Porque senão, como é que vai conseguir vínculo? ENFA14

A formação do vínculo entre as profissionais e os usuários permite esse reconhecimento. As atividades individuais, especialmente as consultas de enfermagem, são espaços privilegiados para a construção de relações mais próximas entre os envolvidos e, como se pode depreender das falas, são os usuários atendidos em consulta os que mais identificam a enfermeira dentre os outros profissionais da equipe.

Observou-se uma relação entre a existência de atividades específicas, já estabelecidas e identificadas como da enfermeira na UBS e o seu reconhecimento pela população. A entrevistada ENFA11 incluiu como motivos para ser identificada pelos usuários sua proposta de trabalho e sua postura, que em certo sentido a diferenciava das outras enfermeiras que já atuaram na UBS.

Por que isso? [ser reconhecida pela população como a enfermeira] Talvez porque eu desde o começo eu tive uma postura, tenho uma postura, sabe? Eles me vêem, e não to aqui pra fazer assistencialismo, não é a enfermeira que vai dar a pomadinha que eles querem, entendeu? Eu to aqui pra fazer outra coisa, né? Eu tenho uma proposta de trabalho, tenho as minhas atividades, a minha agenda, os horários em que estou disponível. ENFA11

Mesmo havendo a identificação das profissionais pelos usuários com quem havia maior contato, a grande parte dos relatos das entrevistadas indicou uma não identificação pela maioria dos usuários da Unidade de Saúde, sendo que as enfermeiras são comumente vistas como um elemento de nível técnico ou auxiliar da equipe de enfermagem ou até como um agente comunitário de saúde⁶.

⁶ Normalmente a existência de agentes comunitários de saúde na equipe está associada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou ao PSF. Porém na realidade específica desta Unidade de Saúde, atuam uma enfermeira em uma equipe de PSF e uma enfermeira no ambulatório básico, i.e., as duas equipes atendem a parcelas diferentes da população local e atuam no mesmo espaço físico e isto justifica a presença de agentes comunitários de saúde. Para fins de inclusão neste estudo, entrevistou-se somente a enfermeira atuante no ambulatório básico da Unidade de Saúde.

Pra população que vem aqui eu e as auxiliares somos a mesma coisa. É todo mundo enfermeira. ENFA5

Eles não vêem diferença, eu sou a enfermeira igual o agente comunitário, pra eles não tem diferença nenhuma. Acho que não tem uma representatividade muito importante, não vejo. ENFA10

Eles não têm muita noção do que é uma enfermeira, do que é um auxiliar, pra eles é tudo a mesma coisa. Com quem eles falaram foi sempre uma enfermeira, enfermeira da manhã, enfermeira da tarde, uma enfermeira baixinha, outra alta, pra eles todas são enfermeiras. ENFA12

Estudo realizado no ambiente hospitalar (SUGANO, SIGAUD, REZENDE, 2003) revela que os pacientes não sabem indicar quem é a enfermeira dentre os integrantes da equipe de enfermagem. Entre os motivos para essa dificuldade, destacam-se os diferentes níveis de formação da equipe de enfermagem. Alguns estudos, como os de Padilha, Nazario e Moreira (1997), Rodrigues (1997), Rizzotto (1999), Stacciarini *et al.* (1999), Vieira (1999) e Padilha, Silva e Borenstein (2001) indicam que a sociedade, de um modo geral, não percebe diferença entre os profissionais de enfermagem.

Existem ainda outras contradições na identificação profissional das enfermeiras. Quando realizam um procedimento técnico como curativo, nebulização, verificação de tensão arterial, as profissionais são confundidas com elementos de nível auxiliar ou técnico de enfermagem que, no entendimento da maioria da população, são as verdadeiras enfermeiras. Porém quando elas realizam uma consulta de enfermagem, são, então, identificadas como médicas.

Com esse nosso problema [falta pessoal de enfermagem], eu tenho ajudado as gurias, instalando nebulização e verificando TA. Aí eles pensam que como eu faço o trabalho delas, sou "enfermeira", como elas, no caso, técnica, né? ENFA15

Seguidamente eles me confundem com os médicos, isso não me incomoda. Mas se eu sou enfermeira, gostaria de ser chamada de enfermeira. Eu acho que é esse negócio da consulta que acaba confundindo eles um pouco. Mas à medida que eles me conhecem eles sabem que eu sou enfermeira e fica bem definido isso. ENFA6

Assim, se conforme a complexidade da ação realizada, a enfermeira é reconhecida como uma profissional diferente, parece não existir uma denominação única que a identifique profissionalmente para a população.

Achados semelhantes foram descritos por Gomes e Oliveira (2005a). Seu estudo classifica a confusão na identificação do enfermeiro e a sobreposição aos demais profissionais da equipe de saúde como uma relevante imagem das enfermeiras atuantes na rede básica. Da mesma forma que as enfermeiras entrevistadas indicaram, os autores citados relatam que os enfermeiros são considerados, dependendo da situação, como médicos e como auxiliares e técnicos de enfermagem.

Algumas enfermeiras atribuem sua identificação como médica à prática da consulta de enfermagem.

E os pacientes me chamam muito seguidamente de doutora, porque eu faço consulta de enfermagem, pois eles atribuem o trabalho da consulta apenas ao doutor. ENFA15

A consulta individual parece ser entendida pela população como uma atividade de maior complexidade e, por isso, mesmo sendo executada pela enfermeira, aproxima-se à prática médica. O estudo de Sugano, Sigaud e Rezende (2003), com mães acompanhantes de crianças internadas em um Hospital de São Paulo, concluiu que as mães que identificavam as enfermeiras como médicas, ou que reconheciam as enfermeiras dentre os membros da equipe de enfermagem, o faziam pela atividade de examinar fisicamente a criança. O exame físico em pacientes hospitalizados pode ser analogamente comparado à consulta, transpondo os dados do ambiente hospitalar para a atenção básica.

Ao realizar a consulta de enfermagem, a enfermeira conquista prestígio junto aos usuários. Isto pode ser explicado em virtude da crescente medicalização da sociedade, que interfere na maneira como esta se relaciona com o Sistema de Saúde, com o que se busca e o que gera satisfação. As vivências nas unidades da rede básica permitem inferir que a maioria da população busca, nos serviços de saúde, o atendimento médico, preferencialmente acompanhado de prescrição medicamentosa. Matumoto, Mishima e Pinto (2001) apontam ainda que essa questão relaciona-se com o modelo de atenção vigente – o pronto atendimento – que gera necessidade contínua de mais consultas. Assim, a atenção individual, em consultório, está associada à atividade de maior importância para a população, por isso executada pelo profissional "mais capacitado".

Por esse motivo, chamar uma enfermeira de doutora é, para os usuários, um elogio à profissional e ao seu desempenho. A identificação da enfermeira como

médica está associada ao prestígio social dessa última categoria profissional, prestígio esse não atribuído às enfermeiras por grande parte da população.

A partir do momento em que são bem atendidos numa consulta eles dizem 'Nossa! Mas tu és uma doutora quase!' Mas daí eu firmo bem a posição, digo que sou enfermeira. "Não, mas tu és quase uma médica." Eu digo "Não, nunca estudei medicina, nunca pretendi estudar medicina, nunca vou estudar medicina. Medicina não é o que eu gosto. O que eu gosto é enfermagem e eu sou uma boa enfermeira. Apenas isso. O Senhor foi bem atendido por uma enfermeira, como pode ser bem atendido por qualquer outro profissional". ENFA1

Vêm muitos [...] até querendo me agradar, dizem "a doutora fulana", não sou doutora, sou enfermeira, "eu não fiz doutorado" eu digo para eles. ENFA 14

As diferentes áreas profissionais (aqui especificamente tratando de médicos e enfermeiros) não se diferenciam somente pelas especificidades técnicas, mas desiguam-se também na valorização social. As diferenças técnicas referem-se à especialização de saberes e intervenções que objetivam o atendimento das necessidades de saúde da população, ao passo que as desigualdades se relacionam com a existência de valores e normas sociais, que hierarquizam e disciplinam essas diferenças técnicas. Isto indica a permanência de relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais, significando a existência de profissões "superiores" a outras (PEDUZZI, 2001).

Com base no anteriormente exposto, considerando a histórica relação da Enfermagem com a Medicina e os elementos constitutivos da primeira desde sua gênese, o que os usuários demonstram ao "elogiar" as enfermeiras as chamando de médicas – ou doutoras – é um maior valor social dado à Medicina e o imaginário social relacionado com a subordinação da Enfermagem e de suas práticas ao profissional e ao trabalho médico.

Nas situações em que a enfermeira é reconhecida como profissional pelos usuários atendidos, a discussão da relevância atribuída às práticas das profissionais se faz pertinente. Uma vez sendo a enfermeira identificada como tal, seu trabalho também tem uma representatividade para a população e um dos critérios desse reconhecimento, como trabalho promotor de saúde, é a busca pelo atendimento específico da enfermeira, dentro das suas atividades nas Unidades de Saúde.

Eu sei que a população me conhece, sabe o que eu faço aqui e respeitam o meu trabalho. Às vezes vem as grávidas dizendo que querem fazer o pré-natal só comigo, e eu explico que tem coisas que eu posso fazer e que tem coisas que são da gineco/obstetra. ENFA5

Quando a profissional revela que a paciente grávida quer realizar o pré-natal exclusivamente com a enfermeira, demonstra a importância do atendimento realizado com aquela usuária, podendo identificar a formação de vínculo entre as envolvidas, novamente relacionado ao atendimento individual, conforme já mencionado.

Eu tenho uma agenda, então não é uma demanda espontânea, eventualmente até é uma demanda espontânea, mas assim que eles vão ter que esperar, não é? Entre uma consulta e outra porque as pessoas sabem que a porta não está aberta, não é? Eles vão ser atendidos, eu atendo todo mundo, assim, alguns com hora marcada, e outros entre consultas. Mas eles vêm pra falar, agendar e consultar com a enfermeira. Eu sei que é o meu trabalho aqui, o que eu faço bem feito que faz eles me procurarem. ENFA11

A entrevistada ENFA11 relata que é procurada pelos usuários para orientação e tratamento de feridas, pois é uma de suas especialidades e é uma atividade a qual ela dedica considerável tempo. A enfermeira considera que o reconhecimento do seu trabalho, que, além dos usuários, é indicado pelos colegas de equipe, se dá em virtude de sua qualidade e potencial resolutivo.

Pode-se, então, depreender que o reconhecimento das enfermeiras pela sua competência profissional expressa muito mais a resolutividade, pertinência e importância de suas ações para os usuários e não a titulação acadêmica obtida com o curso de graduação. Considerando que as próprias enfermeiras atestam que os usuários que demonstram maior identificação da profissional são os que estão mais em contato, entende-se que elementos como competência e resolutividade apontam para o reconhecimento baseado na ação junto ao usuário e não somente no valor social atribuído à profissão.

Mesmo considerando as informações apresentadas acerca do reconhecimento das enfermeiras, os dados das entrevistas indicam múltiplas realidades, também, quanto à relevância atribuída a esse reconhecimento.

Algumas entrevistadas afirmaram que o seu reconhecimento pela comunidade - ou a ausência dele - não consiste em um aspecto relevante para a

prática profissional e que por isso não se importam com a falta de reconhecimento como profissional pelos usuários.

Na realidade a população não sabe dizer a diferença entre enfermeira, entre auxiliar, alguém da enfermagem e até mesmo o médico. Para as pessoas que a gente atende não é isso o importante. O importante para a população é a resolutividade que a gente dá para as demandas deles. ENFA3

Eu não sou a enfermeira, enfermeiras são as auxiliares e eu sou uma doutora que eles não conseguem entender qual é a diferença. E tu queres saber? Se isso me incomoda? Não. Eu faço parte de uma equipe e eu acho que toda equipe tenta fazer tudo e o importante é no final é o que tu consegue com o paciente que vem aqui, e não qual é a tua profissão em Saúde Pública. ENFA12

Para essas enfermeiras, o seu reconhecimento profissional parece estar em um plano inferior às ações de saúde para a população, considerando que o trabalho em equipe é o que deveria prevalecer, promovendo a citada resolutividade.

A proposta da Saúde Coletiva, em unir saberes em torno de um objetivo comum pertinente às necessidades de saúde da população, prevê um trabalho em equipe que promova a articulação desses saberes. Para Peduzzi (2001), o trabalho construído em equipe não pressupõe a abolição das especificidades de cada trabalho constituinte, mas a flexibilização da sua divisão, coexistindo ações privativas de cada profissional e ações comuns que promovem a integração dos conhecimentos.

Assim, um trabalho em equipe efetivo não é impedido nem dificultado pelo reconhecimento pessoal de cada trabalhador atuante no processo. A identificação, pela população, de cada profissional e o reconhecimento do que é seu trabalho específico e do que é proposto como um trabalho comum dos agentes, contribui para a construção de uma representatividade da equipe e da sua assistência prestada para a população, facilitando o estabelecimento de vínculo entre os envolvidos, uma vez que se entende que o que é conhecido tende a se tornar mais próximo.

Observou-se ainda que as enfermeiras que indicaram como não relevante a sua identificação pela população não são efetivamente reconhecidas, nem em sua pessoa nem em seu trabalho. Entende-se que depende também do interesse das profissionais o seu reconhecimento pessoal e profissional, interesse esse que se relaciona com a identificação de relevância para a prática, o que pode ser

constatado por meio das estratégias citadas por algumas enfermeiras, dentre as quais foi mencionado o esclarecimento aos usuários sobre seu papel na UBS e sobre a constituição da equipe de enfermagem e de saúde como a principal atividade informativa à população. A exposição de cartazes, o uso de crachás e registros na carteira dos pacientes na marcação de consultas foram outras formas de identificação citadas.

Eu uso um crachá bem grande porque durante a última greve dos médicos, na última gestão, o sindicato médico acusou as enfermeiras de se passarem por médicos, por doutores. [...] Muitos me chamam de doutora, mas eles sabem que eu sou enfermeira, não só pelo meu crachá, mas até porque toda equipe me chama assim, mas também porque quando eles agendam consulta comigo, a gente costuma escrever na carteirinha "Enfermeira Ciclana". ENFA2

Em algumas entrevistas observou-se que enfermeiras usavam como crachás o documento de identificação oficial da SMS de Porto Alegre, que contém a fotografia e a identificação profissional em tamanho pequeno, difícil de ser visualizado à distância. Porém verificou-se o uso de cartões com sua profissão e seu nome, confeccionados a mão ou impressos pelas enfermeiras, em letras consideravelmente grandes. Vale ressaltar que essas identificações não foram observadas em nenhum dos outros profissionais da equipe.

Eu tento me identificar, eu uso crachá pra identificar. [...] E é uma coisa dos funcionários também aqui. Interessante, porque eles mesmos dizem, quando procuram: "quero falar com a enfermeira tal", "não, a enfermeira é ENFA8, tu queres falar é com a técnica tal". Então, tem essa coisa dos próprios funcionários, eles mesmos já falam". ENFA8

O esclarecimento quanto à identificação da enfermeira parece ser, também, uma atividade executada pelos auxiliares de enfermagem, à medida que todos se beneficiam do correto reconhecimento dos membros da equipe. Ao saber quem é e qual o papel de cada profissional, o usuário, mesmo o não freqüentador assíduo da UBS, pode mais facilmente identificar a pessoa possivelmente capaz de lhe ajudar na resolução de seu problema.

Uma das enfermeiras entrevistadas mostrou à pesquisadora um quadro explicativo, construído em papel cartolina, exposto na sala de espera da UBS, onde está indicado o nome e a formação de todos os profissionais ali atuantes.

Eu e umas das gurias [auxiliar de enfermagem] escrevemos o cartaz porque eu via que a população não sabia quem fazia o que no posto e esse foi um jeito de mostrar. Até pra ajudar no vínculo com eles, pois agora eles chamam todo mundo pelo nome. ENFA7

O uso de uniformes profissionais costuma facilitar a identificação dos trabalhadores. Sugano, Sigaud e Rezende (2003) afirmam que, mesmo no ambiente hospitalar, onde seu uso é obrigatório e se diferencia pela cor as categorias profissionais, o uniforme do enfermeiro não é suficiente para distingui-lo entre os outros profissionais de saúde. No caso das UBSs pesquisadas, nenhuma das entrevistadas vestia guarda-pó no momento da entrevista, mas foi observado que alguns médicos nas UBSs o vestiam. Contudo, experiências prévias nas Unidades de Saúde permitem afirmar que a maioria das enfermeiras utiliza o guarda-pó durante os atendimentos diários. Faz-se a ressalva de que as entrevistas foram realizadas nos horários de chegada ou de saída da profissional na Unidade, em momentos em que não havia grande volume de atendimento ou circulação de muitos usuários no local.

As ações realizadas para identificação dos profissionais atuantes nas UBSs parecem ser promovidas exclusivamente pela enfermagem, pois nenhuma das entrevistadas identificou iniciativa nesse sentido por outro profissional, quando questionada. Isso se justifica porque seria da enfermagem a necessidade do reconhecimento de seu trabalho para conseqüente valorização social, pela sua constituição em diferentes níveis de formação e pela dificuldade na definição de papéis de cada profissional, motivos que não atingem outros profissionais.

Uma parte (da população) sabe que eu sou diferente do outro pessoal da enfermagem, que eu não sou médica. [...] Mas ninguém confunde os médicos, por exemplo. Eles são eles. Da mesma forma as pessoas sabem que o pessoal da enfermagem é diferente de mim. ENFA4

O uso de denominação diferencial para identificar as enfermeiras na equipe de enfermagem foi citado por duas das entrevistadas, para explicar sua atividade à população.

Quando eles (os usuários) querem especificar que entenderam de certa maneira isso, dizem "Ah, tu és a enfermeira padrão, então". Está bem claro isso na imagem popular. ENFA1

Se eu não tenho muito tempo pra ficar explicando, eu digo logo que sou a enfermeira chefe ou a enfermeira padrão daqui, pois assim eles entendem mais fácil a diferença. ENFA 15

A expressão "Enfermeira-padrão" é ainda utilizada na linguagem popular para diferenciar as enfermeiras dos demais integrantes da equipe de enfermagem. Criado no início do século passado para diferenciar uma atividade nova no sentido de sua organização e padrões, mas antiga em sua prática, a expressão permanece e é reforçada pelas próprias profissionais no seu cotidiano de trabalho.

De todas as estratégias de identificação da enfermeira indicadas nas entrevistas, a mais citada vincula-se à educação como forma de esclarecimento. Em seu primeiro contato com um usuário, normalmente na consulta de enfermagem, muitas enfermeiras explicam quem são, sua formação e o que fazem na Unidade de Saúde. Uma enfermeira relatou, ainda, que costuma esclarecer ao usuário o tipo de conduta que está adotando e o respaldo dessa conduta, em virtude de eventual desinformação ou entendimento errôneo provocado por veiculações na mídia, sobre as ações das enfermeiras no Município.

Cada vez que eu vou atender pela primeira vez eu explico quem eu sou, a não ser que seja um contato breve, alcançar alguma coisa na recepção. Mas no acolhimento, numa consulta de enfermagem, eles têm claríssimo quem eu sou, porque eu falo bastante disso. E quando eu vou tomar alguma conduta, como pedir um exame, eu faço questão de dizer: "Olha, eu sou enfermeira, [...] nós podemos fazer isso". Eu deixo bem claro. ENFA3

Essas ações, além de demonstrarem a legitimidade das práticas das enfermeiras ao usuário atendido, são informativas à população, esclarecem e orientam os usuários quanto à organização da equipe de saúde e de enfermagem. Considera-se importante que os usuários do Sistema de Saúde entendam seu funcionamento e os caminhos a serem seguidos na busca pelo atendimento de suas necessidades. E dentro deste entendimento, a identificação de quais profissionais entram em contato, qual o trabalho de cada um, facilita o percurso.

O contexto de não identificação da enfermeira como tal pela população em geral, mas de reconhecimento da profissional pelos usuários cujo contato é maior, reforça a noção de que a estratégia mais eficaz de identificação profissional é a resolutividade da ação proposta pela trabalhadora, muito mais do que a informação à população sobre seu grau acadêmico.

Nesse sentido, a resolutividade das ações das enfermeiras tem relação com as necessidades expressas pelos usuários, pois foi citado que as profissionais representavam uma referência para a solução de problemas pela maioria dos usuários das UBSs. As enfermeiras revelaram representar para a população uma referência na equipe para a solução de variados problemas.

Correu a fama "Vai lá que a ENFA4 resolve". Eu sempre estive muito disponível pra comunidade, desde que eu vim pra cá, eles sabem que eu estou aqui praticamente o dia inteiro, que eu sou a pessoa que se eles vem de manhã ou de tarde eles enxergam aqui no posto, e também por que eu sempre tento resolver, a coisa que eu menos gosto de fazer é deixar as coisas pendentes. Aí acaba pegando aquela imagem de que tudo eu posso resolver. ENFA4

A representação das enfermeiras como uma profissional com credibilidade junto à população já foi descrita no estudo de Gomes e Oliveira (2005a). Para esses autores, a população identifica nos enfermeiros "profissionais acessíveis, preocupados com todas as dimensões que afetam a vida humana e dispostos a resolver as dificuldades práticas de acesso aos serviços" (GOMES E OLIVEIRA, 2005a, p.1016).

As informações acerca dessa característica do trabalho da enfermeira em UBSs, de ser reconhecida pelos usuários como auxílio na solução dos mais diversos tipos de dificuldades dos usuários, remetem à discussão das atividades realizadas no cotidiano de trabalho.

5.2 Atividades das enfermeiras no cotidiano de trabalho

Diversas atividades foram citadas pelas enfermeiras, durante as entrevistas, como constituintes do seu cotidiano de trabalho. Apresenta-se aqui a transcrição que constitui o conjunto das ações indicadas pelas entrevistadas. Faz-se a ressalva de que esta descrição não contempla todas as atividades realizadas pelas enfermeiras nas UBSs de Porto Alegre, mas consiste apenas na apresentação das que foram indicadas pelas profissionais durante a coleta dos dados.

Para fins de exposição das atividades citadas pelas entrevistadas, respeitaram-se os termos por elas utilizados, sem a preocupação de adequar à

terminologia mais correta das atividades. Os resultados encontrados foram organizados seguindo a classificação proposta pelo CIPESC (CHIANCA; ANTUNES, 1999): atividades gerenciais na Unidade de Saúde; atividades de coordenação, organização, treinamento, controle do trabalho de enfermagem; atividades de atenção de caráter individual e atividades de atenção de caráter coletivo.

As atividades gerenciais na Unidade de Saúde foram exemplificadas por meio das notificações de doenças, pedidos de material, agendamentos de consultas na própria unidade de saúde, agendamentos de consultas com especialistas na central de marcação de consultas, elaboração de relatórios diversos. Todas as enfermeiras entrevistadas indicaram, como parte de sua prática cotidiana, a coordenação da equipe de enfermagem da Unidade de Saúde e que as ações dessa equipe estavam sob sua responsabilidade.

Como atividades de coordenação, organização, treinamento, controle do trabalho de enfermagem, foram citados: registros em folha-ponto, registros de faltas, organização de escalas de folgas e de escalas de férias, supervisão das equipes nas atividades executadas na unidade de saúde (curativos, acolhimento, vacinas, nebulização).

As atividades de atenção de caráter individual incluíram: acolhimento, visitas domiciliares, consultas de enfermagem nos programas (prá-nenê, hiperdia, saúde da mulher e pré-natal, prá-vida, tabagismo, orientação pra crianças com asma), aplicação de vacinas, realização de testes do pezinho, coletas de citopatológico, realização de exames para prevenção de câncer de mamas, instalação de sondas vesicais, realização de curativos cirúrgicos, instalação de nebulização, verificação de tensão arterial, verificação de glicemia capilar, solicitação de exames como mamografia, avaliação de exames laboratoriais solicitados pelos médicos (raios-X, ecografia, eletrocardiograma), entrevista de avaliação com casais para procedimento de vasectomia, atendimentos de guichê, atendimentos de portaria, distribuição de medicamentos.

Para exemplificar as atividades de atenção de caráter coletivo, as entrevistadas citaram: grupos educativos de planejamento familiar, grupos de tabagismo, grupos de diabéticos, grupos de asmáticos, grupos pediátricos.

Na proposta deste estudo, não houve preocupação com a distribuição do tempo das enfermeiras em cada atividade cotidiana, mas pode-se identificar uma variedade maior de atividades de caráter individual, que não necessariamente

correspondem à divisão de tempo dedicado a cada tipo de atividade. No estudo de Silva *et al.*, (2001), as atividades realizadas, no cotidiano de trabalho das enfermeiras pesquisadas, são quantificadas da seguinte forma: 28% das ações correspondem à atenção de caráter individual, 23,9% à coletiva, 33% às ações gerenciais e 13,8% referem-se à coordenação, organização, treinamento, controle e supervisão do trabalho de Enfermagem.

Os dados fornecidos por algumas enfermeiras confirmam essa tendência apontada de predomínio de ações gerenciais. Algumas enfermeiras entrevistadas informaram que o tempo dedicado à assistência direta aos pacientes é restrito devido ao acúmulo de funções, o que acontece na ausência ou falta de outros profissionais.

Como se pode identificar, as entrevistadas citaram a execução das atividades que são exclusivas da enfermeira, como as consultas de enfermagem e a supervisão dos auxiliares e técnicos. Porém, as ações mencionadas como atividades realizadas em seu cotidiano de trabalho, incluem algumas normalmente executadas pelos profissionais de nível auxiliar e técnico de enfermagem, que foram também presenciadas pelas pesquisadoras ao aguardar as entrevistadas em seu local de trabalho, para a coleta dos dados. Um exemplo desta questão foi a entrevista de ENFA2, que não pôde responder às perguntas no horário previamente marcado. Naquele momento pacientes aguardavam na sala de espera da UBS, para verificação de rotina da tensão arterial e para aplicação de medicação por via intramuscular e, como estavam na Unidade somente uma auxiliar de enfermagem e a enfermeira, esta precisou dedicar sua atenção aos pacientes que aguardavam os procedimentos.

Tem todo o trabalho administrativo, atendimento de guichê, de portaria, distribuição de medicação, sala de vacinas, nebulização, procedimentos de enfermagem, marcação na central com especialistas, triagem com verificação de TA e glicemia. Eu ajudo em tudo, pois como falta gente, não dá pra deixar a equipe de enfermagem sozinha. ENFA7

A enfermeira referiu preocupação com a continuidade das atividades usualmente realizadas pelas auxiliares e técnicas de enfermagem, demonstrando sua responsabilidade na atenção aos usuários, independente do procedimento que buscam na UBS. Almeida *et al.* (1997) indicam em seu estudo, que as atividades que a enfermeira e o pessoal de enfermagem executam nos serviços de saúde

sempre foram razões de preocupação para a Enfermagem brasileira, existindo indicativos na literatura de que "o trabalho da enfermeira não vem sendo utilizado em sua capacidade plena ou que ela está exercendo atividades de outro nível, como as do pessoal auxiliar" (ALMEIDA *et al.*, 1997, p. 64).

No meu caso, nas últimas semanas, além de ajudar a fazer os procedimentos aqui na unidade, o que acontece é que eu me sinto obrigada a trancar minha agenda em alguns turnos, evitando as consultas previamente marcadas, para poder fazer o trabalho auxiliar. ENFA2

Então, a enfermeira, às vezes, tem que trabalhar como auxiliar, ela não fica só coordenando; isso ai já era, isso não existe, talvez exista no hospital, que faz muito tempo que eu não atuo, mas aqui não existe. Enfermeira trabalha como auxiliar, várias vezes, em várias oportunidades. Então, fica tudo... Planejar, programar coisas, no meio de toda essa confusão, é complicado, fica complicado, né? ENFA13

As atividades normalmente executadas pelas auxiliares e técnicas de enfermagem são atividades que podem ser também cumpridas pelas enfermeiras. Porém esta situação se torna um problema, quando ocorre conforme o relato da ENFA2, que deixa de executar suas atividades privativas, como a consulta de enfermagem, para ajudar a equipe de enfermagem nos procedimentos técnicos, em virtude da falta de trabalhadores.

No estudo de Corbishley (1998) é caracterizado como típico da Unidade de Saúde no modelo tradicional, a indistinção das atividades das enfermeiras e dos auxiliares, sem hierarquia dentro da equipe de enfermagem e correspondendo a uma atenção centrada no indivíduo. Assim, à primeira análise, poder-se-ia indicar que o cotidiano das enfermeiras de UBSs de Porto Alegre aproxima-se do modelo assistencial de pronto atendimento, com pouco potencial de mudança, a partir das práticas de enfermagem, conforme a autora afirma estarem organizadas as Unidade de Saúde no modelo tradicional.

Contudo, entende-se que a situação acima apresentada aproxima-se das características descritas para unidades organizadas no modelo de transição, que pressupõe uma aproximação ao trabalho em equipe, demonstrando diferenças significativas entre as ações das auxiliares e das enfermeiras e evidenciando respeito à hierarquia entre os trabalhadores de enfermagem. Isto se afirma com base no fato de que as entrevistadas demonstraram conhecimento sobre as

diferenças entre o que seriam atividades próprias das auxiliares e o que seria privativo das enfermeiras. Além disso, as situações em que essas ações se confundem e as enfermeiras deixam de realizar suas atividades privativas, como consultas de enfermagem, devem-se ao particular momento atual, de falta de profissionais como um todo, na rede básica do Município.

Desta maneira, ainda tomando a classificação proposta por Corbishley (1998), entende-se que as atividades desenvolvidas e as relações estabelecidas dentro da equipe de enfermagem não são suficientes para determinar o tipo de trabalho executado nas UBSs. Deve-se levar em conta outros fatores que influenciam as ações realizadas pelos profissionais dentro das equipes, como a falta de pessoal de enfermagem identificada em Porto Alegre. Ainda assim, não se pode excluir a possibilidade de um trabalho executado como o idealizado nas Unidades Básicas de Saúde do tipo inovadoras que, conforme a autora, são as que executam as atividades do programa de saúde da família, com definição clara de atividades entre auxiliares e enfermeiras e pressupondo um trabalho em equipe integrado. Entende-se que não é exclusivo dessa estratégia, nem de seus princípios, a organização do trabalho conforme descrita, havendo possibilidades concretas de sua construção nos moldes de inovação, mesmo em UBSs com ambulatório básico, dependendo muito mais dos trabalhadores envolvidos e das condições locais do que do programa que orienta as ações.

Contudo, pelos achados deste estudo sobre as práticas das enfermeiras, pode-se considerar a forte influência das condições locais, em especial a falta de trabalhadores de enfermagem, o que justifica uma análise mais aprofundada deste tema.

A dificuldade que a gente tem agora, que está afetando a equipe toda, é a falta de auxiliares. Nós tivemos a saída de auxiliares que se aposentaram e não foram substituídos e aí sobrecarrega quem fica. [...] A chefia tem se desdobrado para conseguir, mas ainda não conseguiu. ENFA2

A falta de pessoal é absurda, nós temos três técnicos de enfermagem pra uma comunidade que tem 20 mil usuários. São seis médicos e três técnicos de enfermagem, já começa aí a desproporção. Isso é um problema grave, porque eu tenho que assumir muitas tarefas que não são minhas pelo problema de pessoal. A gente restringe algumas atividades, visita domiciliar, que eu fazia quase que diariamente, eu estou fazendo uma ou duas vezes por semana. ENFA4

Eu acho que essa questão de recursos humanos é muito importante. Eu acho que se houvesse uma maior disponibilidade de recursos humanos, muitas coisas que eu faço e que não é meu trabalho, que eu poderia estar delegando pra outra pessoa e fazendo coisa aí da minha atribuição, eu acho que se resolveriam. ENFA10

A maior dificuldade, como eu já disse, eu acho que são os recursos humanos. Muito, muito deficiente e aí complica tudo, porque se tu começa a fazer o mínimo do mínimo, aí que as coisas ficam pra sempre pra serem feitas e nunca vão ser feitas. Então, no fundo, no fundo, o que se vê é isso aí, é ter recursos humanos adequados pra fazer as coisas funcionarem. Quando falha num lugar, falha em todos os outros, repercute em todos os outros, no atendimento médico, no atendimento de enfermagem, no atendimento do auxiliar, do técnico e até pro pessoal administrativo, que sofre muito. ENFA13

Ai é que está: os limites! Tem visita domiciliar hoje, mas eu estou indo só em casos extremamente necessários, né? Eu não tenho ido por que senão eu deixo descoberto aqui, eu acho que são as coisas que me limitam. [...] Problemas que eu tenho sempre, que são corriqueiros, é falta de funcionários. Tem uma equipe reduzida, enxuta, tem um número certo de funcionários, sempre tem um de férias, existe também licença prêmio no serviço público e existe um que está doente. Então, tu ficas, por exemplo, se eu tenho cinco funcionários, eu fico com dois. E aí, tu tens que te virar com isso aí. Então, fica muito reduzido, as equipes teriam que ser maiores pra contemplar... Outra coisa, tem estudos feitos do serviço público, que a maioria já tinha que ter se aposentado, já está ficando caduco, senil, não que não tenha condições de trabalhar, tem, mas vive doente, como qualquer pessoa, com mais de sessenta anos, começa a ficar doente. Então, tu tens muita falta de funcionário, muita falta. ENFA14

Essa carência de profissionais é considerada uma condição de toda rede básica do Município, o que justifica a quantidade de transcrições expostas no texto. Não há informações oficiais sobre esse déficit de profissionais, porém se pode entender, pelas falas das entrevistadas, que a realidade do número de trabalhadores de enfermagem, em especial de auxiliares, está muito aquém da necessidade.

Assim, as enfermeiras deixam de executar ações próprias de sua competência profissional para cobrir o trabalho básico de enfermagem das Unidades de Saúde, que dá suporte a todos os outros trabalhos da equipe. A visita domiciliar, considerada uma atividade estratégica na atenção básica, é uma das ações limitadas pela falta de profissionais de enfermagem, pois, ao saírem da Unidade para esta ação, as enfermeiras acabam deixando as poucas auxiliares sozinhas, sem poder ajudar em caso de necessidade e, na eventual ausência dos outros profissionais, elas ficam como profissionais de saúde responsáveis pela UBS.

A falta de pessoal que limita porque se tivesse, por exemplo, mais auxiliares, tu poderia fazer um rodízio com eles, fazer o grupo com um, dividir um atendimento, uma atividade com outro. Mas do jeito que está não tem como, a gente não consegue fazer nem o básico direito. ENFA5

Ainda outras atividades são prejudicadas em virtude da falta de profissionais. O relato de ENFA5 demonstra a intenção de diversificar as práticas da equipe na Unidade de Saúde, objetivo impedido pela realidade de que nem as atividades de base estão sendo realizadas como se gostaria.

É um absurdo a falta de enfermeiras, de auxiliares. As pessoas estão morrendo, se aposentando e não está entrando ninguém na enfermagem, ninguém! Nem concurso pra enfermagem é feito. Eu sozinha não consigo fazer reuniões regulares com a equipe de trabalho, com os auxiliares. [...] Na verdade eu não sei como vai ser o nosso futuro, se o fim do SUS está perto. A gente desconfia, pois [...] não recolocando ninguém no lugar de quem se aposenta ou morre, vai ter que terminar o SUS. ENFA2

O relato da ENFA2 contribui para discussão ao evidenciar a escassez também de enfermeiras no sistema. Por atuar em um ambulatório básico, dentro de um grande centro de saúde, a enfermeira reivindica uma colega para, ao menos, melhorar a coordenação exercida com a equipe de enfermagem. A entrevistada ainda relata a falta de concurso público municipal para a área de Enfermagem e, assim, a falta de perspectiva de que a situação se modifique em curto prazo.

Segundo informações da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2006), o último concurso para cargo de técnico de enfermagem foi realizado em fevereiro de 2000, sendo os últimos classificados nomeados em fevereiro de 2004. Para enfermeiro, o último concurso ocorreu em julho de 1998 e as últimas nomeações aconteceram em julho de 2002. Assim, há pelo menos dois anos e meio, no caso de técnicos de enfermagem, e mais de quatro anos, no caso de enfermeiros, não são feitas contratações de novos funcionários, havendo somente a modalidade de contrato emergencial.

As práticas das enfermeiras não podem ser caracterizadas apenas pela descrição de suas atividades. A análise dessas práticas exige o exame do que é considerado em seu planejamento, das características e especificidades de seu trabalho, do que é tido como motivador e como limitador, entre outros aspectos.

Por meio da proposição de ações, as profissionais procuram atender a necessidades identificadas por elas ou pela equipe de saúde. A proposta de ações à

equipe vem acompanhada de contra-propostas, por parte dos outros profissionais, relacionadas com o reconhecimento do trabalho realizado. Ou seja, à medida que as ações propostas pelas enfermeiras se estabelecem e geram resultado positivo para a equipe ou para a população, mais idéias e propostas são apresentadas às enfermeiras por seus colegas de equipe.

Eu tenho uma aceitação excelente da equipe de trabalho tudo que eu propus desde que eu cheguei foi bem aceito. [...] Na verdade, nos primeiros meses meus aqui eu só fiquei observando. A equipe, antes de eu chegar, já funcionava muito bem, havia fluxos para tudo. Um dia eu sentei com a chefia e disse "estou encantada com a organização de vocês, mas queria fazer algumas sugestões". Aí sugeri algumas coisinhas, ela aceitou todas e a partir daí eu fui sugerindo coisas que eu poderia fazer. Ela também fez sugestões para o meu trabalho, me disse da necessidade de fazer preventivo de câncer, pois a nossa gineco não estava dando conta. Eu nunca tinha feito, mas fiz a capacitação em serviço com a própria gineco numa única tarde. Assim como eu propus modificações para chefia ela me propôs também. Não tive dificuldade de aceitação do meu trabalho. ENFA2

As atividades que compõem as práticas das enfermeiras nas UBSs são variadas, característica do trabalho nessas Unidades, que contam com diversos profissionais integrando a equipe. Assim, as especificidades de cada cotidiano de trabalho relacionam-se com características da comunidade e dos membros da equipe de saúde. Todas as enfermeiras entrevistadas relataram participar de equipes que incluem auxiliares ou técnicos de enfermagem, médicos clínicos, médicos ginecologistas e obstetras e médicos pediatras. Algumas equipes, contudo, contam ainda com nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e odontólogos.

Assim, conforme indicaram as entrevistadas, as práticas das enfermeiras se definem pela divisão técnica, entre os membros da equipe, das áreas e atividades pertinentes a cada um e, principalmente, baseadas nas demandas da população local.

Então eu acho que é a demanda que mais influencia o meu trabalho, com certeza. E tem o quadro de pessoal daqui. Então agora eu posso dizer assim que eu reduzi o que eu atendia, eu reduzi porque agora a gente tem a psicóloga, a assistente social, o que precisa está ali, os médicos também. ENFA14

Então, cada lugar é diferente, a característica de cada postinho, de cada comunidade, é diferente. A minha proposta é a proposta de continuar sempre, é observar o que está acontecendo na comunidade, porque nós, profissionais, temos que fazer a leitura, inclusive quando tu vê que alguma coisa se repete, os mesmos problemas, dentro da mesma comunidade, estão começando a aparecer, tu tens que descobrir o que que é aquilo, e as coisas não são estáticas, [...] Tu tens sempre que ir ao encontro daquilo que tu estás vendo e analisar, avaliar, começar a planejar, de alguma maneira pé no chão, né? Então, na verdade, geralmente as minhas idéias eu instalo dentro do próprio local de trabalho e rapidamente eu vou vendo, por exemplo: “isso aqui nem pensar, não vai funcionar... assim talvez quem sabe já muda”. Quando eu vejo que está mais ou menos funcionando, eu sento e começo a ver, assim, eu vou poder botar no papel e concluir se vale a pena continuar. ENFA12

Conforme demonstrado, quando questionadas sobre os fatores que influenciaram o planejamento das atividades, as enfermeiras indicaram a realidade de saúde local e as demandas da população como principais. Almeida *et al.* (1997) indicam que o perfil epidemiológico da demanda atendida constitui um importante momento do processo de trabalho para a organização da assistência, a fim de atingir também a demanda potencial. Assim, seria necessária uma análise sistemática dos serviços oferecidos e do que isto representa diante das necessidades de saúde da população.

As entrevistas realizadas neste estudo não permitiram alcançar a análise de como se dá o processo de proposição de ações e de que forma as enfermeiras e as equipes de saúde têm levantado as necessidades locais e o perfil epidemiológico da população. Porém as descrições feitas pelas entrevistadas indicaram tentativas de associação entre as áreas de preferência pessoal das profissionais e o atendimento da demanda.

Como eu gosto muito da parte de gineco e pré-natal, eu fiz especialização em obstetrícia e trabalhava em CO [Centro Obstétrico] antes de vir pra cá, essa é a área que eu atendo mais, junto com a gineco: consulta de pré-natal, consulta do preventivo, que também é o planejamento familiar. A gente faz um trabalho bem bom juntas. [...] Tem o Amparo⁷ aqui do lado, que tem um grupo grande de adolescentes que seria muito bom fazer um trabalho com eles, especialmente com os meninos, porque ninguém atende eles. Mas não dá, e se eu tenho que escolher pra onde dedicar meu tempo, prefiro as mulheres. ENFA5

⁷ A enfermeira faz referência ao Amparo Santa Cruz, uma instituição de caridade localizada ao lado da sede da unidade de saúde, que promove atividades para crianças e adolescentes da comunidade, fora do horário escolar.

A escolha à qual a ENFA5 se refere relaciona-se com a falta de funcionários que limita sua atuação. Porém, mesmo com as limitações do Sistema, não parece que os critérios de escolha da área de atenção à qual associar suas atividades sejam baseados nas solicitações da população, mas sim no que esteja mais preparado para fazer ou goste mais. Não se pode analisar esse assunto baseando-se apenas nos dados colhidos, mas reside aí um indicativo da maneira pela qual as práticas das enfermeiras estão se relacionando com as necessidades da população.

Contudo, independente dos motivos que levam as entrevistadas a executarem seu trabalho de determinada forma, a presença das enfermeiras nas UBSs é um elemento a ser destacado no seu cotidiano. As características da jornada de trabalho da maioria das enfermeiras, que se diferenciam dos profissionais de outras categorias por permanecer mais tempo na UBS, por atuar nas diversas áreas dentro da unidade e por executar mais atividades extra-muros, acabam por permitir o reconhecimento da enfermeira como uma profissional acessível à população.

Eu ouço muito eles dizerem "Como melhorou depois que a Sra. chegou, Enfermeira!", porque eu comecei a fazer coisas que ninguém podia fazer, como isso de facilitar o acesso deles pra consulta médica ou até porque eu consigo resolver uma porção de coisas sem precisar passar pelo médico. ENFA2

Qualidades como bondosos, generosos e humanos já foram atribuídas aos enfermeiros de Saúde Pública no estudo de Gomes e Oliveira (2005a). Em virtude dessas características, presentes na profissão desde sua gênese, e reforçadas pelo ideário social ainda atual que representa enfermeiras como anjos, e ainda por não visualizarem no Sistema de Saúde outro caminho para resolução de suas necessidades, as enfermeiras são procuradas pelos usuários para o atendimento de necessidades que muitas vezes vão além da sua capacidade de resolução.

5.3 As (in) especificidades do trabalho das enfermeiras

Diversas entrevistadas citaram que "tudo" é considerado pelos usuários como motivo para procurarem as enfermeiras, reforçando fortemente o papel articulador da profissional, que se relaciona a problemas levantados pelos usuários e a questões

da própria equipe de saúde. Assim, optou-se pela organização de um capítulo para discutir essa característica específica do trabalho das enfermeiras, e que não é exclusividade nas UBSs.

Dependendo da situação eu deixo bem claro pra pessoa que eu sou enfermeira e o meu papel é esse. O que tu está procurando eu não tenho condições de resolver, eu posso tentar encaminhar pra outro profissional. [...] Freqüentemente eu tenho que explicar a diferença [entre a enfermeira e outros profissionais de saúde] porque são coisas que eu não tenho ingerência sobre aquilo que eles querem que eu resolva. Desde problemas financeiros, familiares, briga de família, de moradia, tem muita coisa. Um atestado que o médico não deu do jeito que ele queria. [...] Eu gosto que as pessoas sintam confiança em mim, saibam que eu me empenho pra resolver. Mas às vezes isso é meio cansativo, eu saio esgotada daqui, fica pesado ter essa responsabilidade. ENFA4

Algumas entrevistadas classificaram a característica articuladora como positiva, pois reforça sua importância dentro da equipe e demonstra a polivalência de seu trabalho, mesmo significando sobrecarga. Leite, Maia e Sena (2001) indicam que o caráter polivalente, incorporado à prática profissional de forma inconsciente, como estratégia de ocupação de espaços, pode ser caracterizado como uma especificidade do trabalho das enfermeiras.

A polivalência do trabalho das enfermeiras refere-se, tanto às ações junto aos usuários, como às relacionadas à equipe de trabalho.

Mas, em geral, eu acho que é mais ou menos em relação ao resolver, tu acaba te envolvendo muito com problemas, às vezes até da limpeza eles acabam recorrendo pra ti: "Ah, porque não sei o que, o funcionário da limpeza não veio", coisas assim, bem que não tem a ver. [...] Acaba sendo uma enfermeira se envolvendo com tudo, toda hora. Daqui a pouco saio, daqui a pouco alguém já me chama pra alguma coisa. Então, tu te envolve tanto com tudo o tempo inteiro que agora nem tenho tempo... Da gerência geral à administração. ENFA8

Outro exemplo desta última questão é o relato de uma enfermeira que foi chamada para resolver um conflito entre a auxiliar de higienização e o porteiro da unidade de saúde. Mesmo não ocupando cargo de coordenação na UBS, as enfermeiras se envolvem com os problemas dos outros membros da equipe, fora do âmbito da Enfermagem.

As enfermeiras citam outras profissões para exemplificar os motivos de procura pelos usuários, os quais consideram que elas podem resolver ou dar o

encaminhamento adequado a todo tipo de problema. Assim, não é à figura dos outros profissionais que as enfermeiras se aproximam nessa analogia, mas à função desses profissionais de outras áreas.

Eu vejo, porque eu acho que, o que não é de ninguém é da enfermeira. Se não tem assistente social para resolver os problemas sociais, a coordenação não está, quem é que vai resolver? É tipo assim, eu não sei o que fazer, então passa pra enfermeira mesmo o que não tem nada a ver com a enfermeira. O que sobrar é teu, não é de ninguém. Por isso que eu disse, o que não é terra de ninguém, é terra de enfermeira. ENFA9

O que mais leva eles [os usuários] a nos procurarem é resolver problemas. Que acho que isso foge muito do que seria a atenção básica. Eu acho que enfermeiro na Unidade Básica, ele tem muito assim de apagar fogo mesmo, sabe? De resolver problema, de tapar o buraco. E os usuários nos procuram é mais pra isso mesmo... pra resolver problemas e muitas vezes problemas burocráticos sabe? Que fogem completamente do que seria a nossa atuação. ENFA10

Outra parte acha que eu sou enfermeira, assistente social, nutricionista, médica e mais algumas coisas. Tem uma parte que acha que eu posso me envolver em qualquer área, e é uma parte bem grande da população daqui. ENFA4

As falas das enfermeiras indicaram descontentamento com as situações apresentadas, mas ao mesmo tempo demonstraram aceitação dessa situação, uma vez que, mesmo afirmando não fazer parte de seu trabalho, elas aceitam os diversos problemas que lhes são encaminhados. Stacciarini *et al.* (1999) afirmam como razões para a concentração de diversas atividades na figura do enfermeiro o fato de ser o profissional de nível superior que permanece por mais tempo junto aos pacientes, por representar um elo entre a equipe de saúde e os pacientes e aponta também para características femininas. Já Medeiros e Tavares (1997) afirmam que o enfermeiro não é reconhecido pelo que faz ou deixa de fazer na sociedade e relacionam o problema com a dificuldade da própria categoria em ter definido para si o papel a ser desempenhado.

Ao aceitar a função de resolver os mais diversos problemas, as enfermeiras assumem um trabalho que não tem mensuração, não está definido nem pode ser classificado. Assim, é um trabalho invisível, que não seja por esta característica considerado leve ou menos importante. Mas, ao ser assumido, aproxima-se do trabalho feminino e doméstico que acompanha a profissão desde suas origens.

É como eu te digo: escolhe, dentro de todas as coisas, aquilo que estão te pedindo; porque, na verdade, atualmente, a coisa fica assim, por buracos. Não que a gente seja "tapa-buraco", mas, ao mesmo tempo, tu passas a ser porque existe muito o que fazer e uma única pessoa. ENFA12

Eu sou a legítima enfermeira bombeiro! Coordena, material, decoração, essas coisas. O que tiver pegando fogo é comigo! ENFA9

A associação de seu trabalho ao do bombeiro indica a amplitude das ações das enfermeiras diante da demanda apresentada, não apenas de necessidade de saúde da população, mas de todo tipo de problema. Algumas entrevistadas apresentam atividades fixas, pré-determinadas, como a agenda de consultas de enfermagem e os grupos. Mas todas alegam que, além de executar essas ações, assumem "todo o resto", indicando que há um tempo considerável dedicado a esse trabalho não definido.

Souza (2000) indica que as enfermeiras têm se apropriado de seus espaços de forma confusa, sobrecarregando-se de atividades, em seu cotidiano, mas sem a correspondente ocupação política desses espaços. Gomes e Oliveira (2005a) revelam que essa caracterização reflete entendimento de que todos os assuntos são pertinentes à enfermeira e, portanto, devem ser por ela resolvidos.

Ao absorver tudo como seu, o trabalhador dessa área pode se tornar invisível à instituição, à equipe de saúde e à sociedade. Assim, as profissionais se tornam invisíveis em virtude do trabalho invisível que executam. Os diversos relatos fornecem exemplos, nos momentos em que as profissionais descrevem o "todo o resto" como sua responsabilidade. Assim, ao indicar a um usuário os locais onde se pode obter a carteira de trabalho, ao envolver-se nos problemas que um paciente encontrou por receber um atestado médico incompleto, ao aconselhar uma usuária quanto a problemas conjugais (exemplos citados nas entrevistas), a enfermeira está executando uma ação de fundamental importância para esses usuários, que corresponde diretamente à necessidade de saúde deles no momento, mas que não pode ser considerada como um atendimento⁸ dentro das atividades previstas no Sistema.

Outro elemento considerado nessa problemática pode ser relacionado com a forma de organização de alguns serviços de saúde, que ainda obrigam os usuários a

adaptar suas necessidades à oferta de atendimento, por meio do cardápio de consultas⁹. Os relatos das enfermeiras permitem inferir que as entrevistadas estão conseguindo ouvir os usuários e de, certa forma, indicar uma via de resolução para suas variadas necessidades. Mas com isso, o problema da adequação ao cardápio passa a ser da enfermeira, que despende considerável tempo em ações que não têm possibilidade de registro e, por isso, quantificação, que não são valorizadas por outros profissionais e pelo Sistema e que contribuem para a invisibilidade profissional.

Essas ações, normalmente em forma de orientação, costumam ser realizadas nos corredores ou na sala de espera das Unidades de Saúde. Nesses locais os usuários podem interpelar as enfermeiras para solicitar ajuda, que, regularmente, acontece nesses mesmos ambientes, de forma verbal, sem possibilidade de registro formal no prontuário do usuário ou no boletim de produção ambulatorial. Assim, a ação fica sem possibilidade de verificação posterior, de visualização por outros profissionais ou qualquer outra perspectiva que possa advir do registro das condutas, pois se considera que "o registro das ações de enfermagem no prontuário é um instrumento de grande significado na assistência de enfermagem, sendo indispensável para a adequada prestação do cuidado ao paciente" (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003, p.81).

Algumas relações podem ser estabelecidas entre os períodos que constituíram a história da Enfermagem e a ainda permanente invisibilidade de suas práticas. Padilha (1999) relata a existência de códigos de tolerância, submissão, conformismo e alienação, criados nos períodos em que a Enfermagem organizou-se por meio das ordens religiosas, e que permaneceram mesmo após o desenvolvimento da Enfermagem moderna, a partir de Florence Nightingale. Esses códigos garantiam "um trabalho invisível, porém útil para o bom funcionamento do hospital e para a manutenção de uma ordem médica [...]." (PADILHA, 1999, p. 451).

⁸ É considerado atendimento o que é registrado no boletim de produção ambulatorial, documento base para elaboração de estatísticas de atendimento da UBS e cobrança do SUS.

⁹ Existe um entendimento de que os serviços de saúde são limitadores das necessidades de saúde da população. Mehry (1997) descreve a oferta diária, nas UBSs, de um cardápio de opções, em sua maioria consultas, que obriga os usuários a terem sua necessidade de saúde adequada ao que é oferecido (caso contrário não acessará a próxima etapa de atendimento), limitando as possibilidades de atenção aos indivíduos.

As práticas e os espaços das enfermeiras foram historicamente constituídos com objetivos de garantir o funcionamento das instituições e dar seguimento às ordens médicas, bem como atender às necessidades dos pacientes, desenvolvendo com isso as habilidades e a tradição para a “visão do todo”, muito citada para caracterizar o trabalho dos enfermeiros atualmente. Desta forma, justamente as ações que colaboram para a invisibilidade desse trabalho são as que garantiriam o funcionamento das instituições de saúde.

Já Lopes e Leal (2005) comparam a visibilidade do trabalho médico e a invisibilidade do trabalho de enfermagem na atualidade. Para essas autoras, o primeiro é composto por atos concretos e quantificáveis, legitimando um maior salário e o pagamento por ato realizado, enquanto o segundo se incorpora aos fins do primeiro, mesmo com sua existência concreta, contínua e indispensável.

Além disso, a questão da oralidade das condutas remete-nos às origens da Enfermagem, quando o conhecimento acumulado sobre os cuidados de saúde era transmitido por gerações, verbalmente, pelas mulheres que se responsabilizavam pela assistência aos necessitados. Também no período em que a Enfermagem ensaiava-se como profissão, a tradição de transmissão verbal dos conhecimentos persistia, conforme relata Padilha (1999) sobre a Companhia das Irmãs de Caridade, fundada em 1633: "o ensino das artes da enfermagem é transferido [...] de uma irmã para outra, demonstrando que não havia nenhum manual escrito sobre estas ações." (PADILHA, 1999, p.448). Portanto, a oralidade tem acompanhado a profissão e, ainda hoje, exerce influência na forma como as enfermeiras organizam suas atividades.

Ao discutir os pontos relacionados a esta problemática, surgem questões sobre o papel profissional. Friedrich (2000) indaga se as enfermeiras atuantes em UBSs precisam definir um papel ao exercer o cuidado, pois, ao desenvolver várias maneiras de cuidar, carregam consigo um arsenal de saberes específicos e práticas, que elas utilizam ao estabelecer relação com um portador de uma necessidade de saúde, assumindo um papel a cada relação estabelecida. O que as falas das enfermeiras do presente estudo denotam é que um sentido importante em seu trabalho envolve o atender às mais diversas demandas dos usuários. Porém, problemas que estão absolutamente fora do alcance de seu trabalho geram frustração e esgotamento.

Medeiros e Tavares (1997) afirmam que o entendimento do papel do enfermeiro, hoje, passa pela compreensão da Enfermagem como prática social historicamente influenciada. As autoras afirmam uma persistente indefinição de papéis e relacionam com a divisão sexual e técnica do trabalho, que restringiu o desenvolvimento da profissão. Gomes e Oliveira (2005a) discutem o tema, relatando que a Enfermagem possui contradições internas em seu saber/fazer, como a assistência em enfermagem que não é prestada exclusivamente por enfermeiros, a dificuldade em mensurar mercadologicamente sua força de trabalho e as inúmeras atividades desenvolvidas que nem sempre possuem relação com a enfermagem ou com o cliente, situações que se apresentam como base para um cotidiano conflitante e, às vezes, frustrante para as profissionais.

Os numerosos relatos sobre o papel articulador das enfermeiras na resolução de diversos problemas permitem considerar a hipótese de que às enfermeiras cabe justamente esse trabalho, obviamente sem desconsiderar outras atividades já descritas. Arrumar ou corrigir o que se tornou um problema, atendendo a solicitações e demandas de diversas ordens, consiste em um trabalho sofisticado de articulação. Assim, essa característica, tão evidenciada nas falas das enfermeiras, poderia ser interpretada não como uma dificuldade na definição dos papéis da enfermeira, conforme relato de alguns autores acima, mas justamente como uma especificidade de seu trabalho, de muito valor para o desenvolvimento do trabalho em equipe e, especialmente, para a atenção às necessidades dos usuários. Considera-se que esta é uma função das enfermeiras, uma característica de seu trabalho: "ter como singularidade de seu trabalho a generalidade de sua ação" (LEITE; MAIA; SENA, 2001, p.06).

Entretanto, nem todas as enfermeiras aceitam o fato de que os diversos problemas da população lhe são encaminhados, pois isso culmina em um excesso de trabalho. ENFA14 identificou que seu trabalho estava sendo prejudicado e buscou maneiras junto à equipe de saúde para minimizar a situação.

Eu até conversei com a minha coordenação e eu disse "olha, eu realmente eu acho que tenho que mudar algumas coisas mínimas, né? Porque eu não posso responder por tudo, por todo mundo. [...] Porque eu quero fazer mais, tipo assim, fazer relatórios, fazer uma pesquisa, que isso eu não consigo, né? Por causa dessa demanda. Então eu vou ter que me organizar agora para fazer o meu trabalho. E a gente está fazendo um seminário com toda a equipe. Para que? Pra que a gente consiga não centralizar mais só na enfermagem,

pelo o que a gente constatou, tudo passa pela enfermeira, na Saúde Pública. Tudo, desde problemas, tudo, tudo é nosso. Então a equipe se deu conta e todos os profissionais falaram: "não, agora nós vamos dividir". Está bem legal, sabe, foi a psicologia que criou esse seminário, foi muito bom, está sendo bom, a gente está continuando. ENFA14

Vale ressaltar que a ENFA14 atua há 12 anos na mesma Unidade de Saúde e que, durante todo esse tempo, foi-se construindo o hábito da equipe e da população de encarregá-la das diversas situações. Somente no ano corrente, em que foi acometida por um câncer de mama, a enfermeira resolveu tomar uma atitude quanto à sobrecarga de trabalho que lhe era proposta (e aceita).

Então o que eu uso é isso, os meus limites. Também porque tem momentos que tu está assim, que tu não consegues. Eu tento sempre atender o máximo que eu posso, de acordo se eu estou bem, né? Isso é uma coisa que eu aprendi, porque antes não, podia vir 40 que eu atendia os 40. Ai depois da doença eu cheguei à conclusão que eu também tenho o direito de sentar... ENFA14

O excesso de trabalho ao qual ENFA14 se submetia apresenta íntima relação com os ideais que acompanharam historicamente a profissão. Amor e doação, sem exigência de condições para o trabalho são características apontadas por Rodrigues (1997) como parte do imaginário social, correspondente ao enfermeiro. O relato da ENFA14 retrata claramente a noção, comum a muitas profissionais, de que são responsáveis por fazer o possível para minimizar falhas do Sistema de Saúde, sacrificando-se em prol dos pacientes. Lima *et al.* (2000) relatam a relação da autoconcepção sobre o trabalho das enfermeiras com os mitos da profissão, os quais indicam a responsabilidade das profissionais por minimizar o sofrimento dos pacientes, atuando como "advogada do paciente".

A discussão do papel das enfermeiras nas UBSs reporta-se à discussão da finalidade de seu trabalho. A maioria, ao citar o que acreditavam deveria ser o objetivo principal de seu trabalho na Saúde Coletiva, baseava-se na idéia de prevenção.

De uma série de formas, assim, mas trabalhar com a prevenção. Óbvio que a gente não vai fugir da parte curativa, não é? Mas eu acho que a gente não pode perder essa questão da prevenção. Acho que é um papel importante do enfermeiro. ENFA11

Olha, eu tenho vontade, mas nem sempre consigo colocar em prática, porque pra trabalhar mais na Saúde Pública seria com prevenção, seria fazer trabalhos em grupo, orientação, pode ser até orientação individual, mas precisa tempo e a gente se envolve muito com todo o resto, mais ainda com a parte curativa, quem está com febre, que está hipertenso, quem está com a diabetes lá em cima, ou quem está com dor no peito... Então, a doença sempre vem em primeiro lugar, não se tem uma organização dentro do serviço que tu tenhas tempo igual pras duas coisas, pra prevenção e pra parte curativa. [...] Mas eles me procuram por motivo maior de doença, prevenção ninguém procura, né? Ainda não é sim, né? Não é assim. ENFA13

Ao assumir a função de resolver a quase totalidade dos problemas dos usuários, as enfermeiras distanciam-se do que seria o projeto de trabalho da Saúde Coletiva, que extrapola a prevenção. Matumoto, Mishima e Pinto (2001) indicam a construção de um projeto coerente com os princípios do SUS, no sentido de que os trabalhadores direcionem suas ações para um ser social, como é a sua prática. Assim, a especificidade da Enfermagem nessa construção, reside no seu núcleo de competência específico, o cuidado, que deve voltar-se para o doente. Ainda, segundo as autoras, as enfermeiras têm um espaço privilegiado nesse contexto, pela possibilidade de estabelecer mais intensivamente canais de interlocução com os trabalhadores de outras disciplinas.

Diante disto, retoma-se a fala de ENFA11, que, no início da discussão dos resultados, destacou sua "proposta de trabalho", esclarecendo que os usuários da UBS onde atua entendem que ela está aberta a ajudá-los, mas que suas ações têm um objetivo, um propósito, e que para acessar a enfermeira, os usuários precisam marcar consulta ou aguardar que ela esteja livre em alguma de suas atividades. Assim, ela afirma que conseguiu diversificar sua prática na UBS, promovendo ações em diversas áreas e reduziu sua procura pela população para resolver problemas que não são de sua competência, mas permanece sendo referência de credibilidade para a população. A entrevistada ressaltou que a organização do trabalho se relaciona também com o entendimento pela população do que é o seu papel e como organiza suas atividades, incluindo o respeito ao tempo e a dedicação de atenção exclusiva às atividades.

Mesmo não sendo objeto direto de investigação na entrevista, a opção pelo trabalho na Saúde Coletiva surgiu no discurso de algumas enfermeiras. Grande parte delas informou que foi sua escolha o trabalho, mas não necessariamente na Unidade em que atuam atualmente. Isso foi citado em virtude das mudanças de alocação de trabalhadoras promovidas na última troca de Governo Municipal e indicam certo grau de descontentamento das entrevistadas. Algumas mencionaram a dificuldade de organização de suas práticas na Unidade, se comparadas com o trabalho que executavam na unidade anterior na qual atuavam havia algum tempo e executavam um trabalho reconhecido pela comunidade. Vale ressaltar que todas as entrevistadas trabalhavam no local havia pelo menos um ano, de acordo com os critérios de inclusão no estudo.

As que citaram seus motivos, incluíram o contato com a população e uma especial admiração pelas possibilidades de trabalho na Saúde Coletiva. Não houve citações sobre conveniências pessoais, como horário de trabalho ou remuneração, como os achados de Almeida *et al.* (1997) indicaram. A maioria das enfermeiras entrevistadas mostrou-se consideravelmente interessada em seu trabalho. Até as limitações da prática pareciam ser-lhes um fator de estímulo. Pelas dificuldades enfrentadas, por perceberem descaso ou abandono por parte da administração, elas relataram satisfação em conseguir ajudar e fazer diferença para as populações atendidas. Pode-se considerar que as profissionais que atuam na área, em sua maioria, sentem-se responsáveis pela continuidade do trabalho com a população.

5.4 Inserção das enfermeiras no trabalho em equipe

O trabalho em equipe se revelou um tema importante para as enfermeiras. Em todas as entrevistas, questões que tangiam à equipe de saúde foram citadas como influentes e muitas vezes determinantes nas práticas das enfermeiras em UBSs. Foram atribuídos tanto aspectos limitantes e, portanto, negativos ao trabalho em equipe nas UBSs, como momentos de integração e cooperação entre os profissionais, revelando grandes diferenças entre as realidades das diversas entrevistadas.

Peduzzi (2001), em estudo sobre o trabalho em equipe, aborda a sua decomposição em dois componentes, na prática, que são interdependentes e recíprocos: trabalho e interação. O trabalho inclui a ação instrumental e a ação estratégica, que são representadas por regras técnicas e por valores, respectivamente. A interação refere-se à comunicação, simbolicamente mediada e orientada por normas obrigatórias que definem expectativas recíprocas de comportamento entre os sujeitos que se relacionam, que buscam entendimento e reconhecimento mútuo. Pode ser representada pelas interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação (PEDUZZI, 2001).

Dentro da perspectiva da interação, destaca-se a intersubjetividade, que pode estar relacionada à comunicação dos profissionais com os usuários e com a comunicação entre os agentes. É por meio da prática comunicativa que os profissionais podem argüir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde desses usuários (PEDUZZI, 2001).

Considera-se que a interação, e, dentro dela, a comunicação entre os profissionais, é necessária para que o projeto da Saúde Coletiva se desenvolva plenamente. Contudo, essa interação é dificultada, nos casos pesquisados, por características presentes em algumas equipes as quais as enfermeiras integram. Por esta razão se faz necessária, aqui, uma análise, a partir do referencial de trabalho em equipe, pois é uma modalidade de trabalho coletivo que se contrapõe à individualidade e o isolamento com os quais os profissionais de saúde usualmente executam seu trabalho no cotidiano dos serviços.

Peduzzi (2001) apresenta, em seu estudo, uma proposta de tipologia de trabalho em equipe, classificando em equipe agrupamento a modalidade em que ocorre a justaposição de ações e o agrupamento de agentes; e em equipe integração, a modalidade que inclui articulação de ações e interação de agentes.

Nas equipes em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e respectivos agentes, ocorre maior integração. A fala da enfermeira entrevistada exemplifica uma situação em que há maior relação entre trabalho e interação, caracterizando situações de trabalho que buscam consensos acerca da sua execução e da sua finalidade.

Quando é adulto, clínico, os usuários me procuram no pós-atendimento, pra esclarecimentos, quando a equipe [médica] nota que precisa dar um complemento, um suporte maior de acompanhamento. Tudo que não for muito medicamentoso, a equipe passa pra mim, pra fazer uma orientação maior, às vezes um apoio psicológico no tratamento. Quando se percebe que não é só a questão clínica, mas que tem algo além, os pacientes já são marcados comigo, a equipe me encaminha. [...] Eu fico muito à vontade, consigo trabalhar junto com a maioria dos médicos daqui, troco muitas idéias e informações, eu tenho liberdade de perguntar, quando eles ficam em dúvida, também me perguntam coisas. ENFA7

A mesma enfermeira, ao se referir a outro profissional da equipe de trabalho, exemplificou que nem todos os membros executam suas atividades sob a forma de organização da equipe-integração. Assim, pode-se depreender que a mesma equipe pode funcionar como tipo integração em alguns momentos, e como tipo agrupamento, em outros, dependendo da modalidade de interação que se estabelece entre os diferentes profissionais. Isto demonstra que as dificuldades para realizar um trabalho integrado incluem, além das questões do trabalho, em si, e sua excessiva demanda, questões como perfil e preparo profissional para atuar no modelo de Saúde Coletiva.

Às vezes nem todos os profissionais estão no mesmo entrosamento, da equipe como um todo. Têm médicos que não se comunicam com a equipe, não dividem com os colegas os problemas. Não é por questão de arrogância e tal, acho que é mais por ainda não entender que é muito importante que os profissionais se comuniquem sobre a questão dos pacientes, de como a gente pode ajudar como um todo. É questão de perfil pra trabalhar na Saúde Pública. ENFA7

Mesmo com exemplos de equipes funcionando integradamente, a maioria dos relatos das enfermeiras expõem uma organização em equipe agrupamento, ao mesmo tempo em que denotam um desejo de mudança dessa situação, identificando a importância atribuída pelas enfermeiras ao trabalho em equipe integrado.

Eu queria, seria importante se eu conseguisse, digamos assim, um parceiro a mais na unidade. Quando eu falei interdisciplinaridade, por exemplo, o que é da competência do médico é do médico e eu queria que o meu trabalho também somasse com o dele, entende? E não tipo assim, eu não sei o que fazer, então passa pra enfermeira que

não tem nada a ver com a enfermeira, o que sobrar é teu, não é de ninguém. ENFA9

O pior problema é a síndrome do funcionário público e a unidade já estava estruturada dessa forma e para mudar isso, leva um tempo. Eu já tentei bem devagarzinho. Não existe um atrito na verdade, existe assim, como é que vou dizer? Uma resistência, que é diferente, que é parte dos médicos em geral, de dividir alguns serviços. [...] É partilhar, digamos, atendimento. Eu poderia fazer consultas com as gestantes, da parte da enfermagem, isso liberaria mais consultas médicas e eu poderia participar do atendimento e sendo assim, muitas vezes, encaminhar a gestante que precisa, né? Essa precisa de pré-natal de alto risco? Tem que encaminhar e notificar, a gestante HIV positiva, por exemplo. Se houvesse uma parceria, eu já conheceria aquela gestante, não seria a primeira vez que ela estaria me vendo, é um trabalho diferente, feito junto, mas cada um com o que é seu. ENFA10

Ao considerar a autonomia de seu trabalho como uma das vantagens da sua atuação na UBS em relação ao seu outro emprego em hospital, uma das enfermeiras entrevistadas indicou uma noção de autonomia interdependente, numa relação com a complementaridade dos trabalhos realizados na equipe.

No posto de saúde tu tens um papel bem mais autônomo, de maiores decisões, de maior repercussão dessa decisão e está mais inserida no contexto multiprofissional, os profissionais estão mais igualitários na sua atuação. É uma vantagem em relação à atuação da enfermeira no hospital, aqui a gente consegue um amplo espaço profissional pra fazer isso, te é oportunizado, mas é preciso que tu abocanhes essa parte pra ti. ENFA7

Gomes e Oliveira (2005b) afirmam que a autonomia profissional tende a ser configurada a partir da identidade profissional do enfermeiro, apresentando tensões com os aspectos sociais, políticos, mercadológicos, culturais e intelectuais nos quais o profissional se insere, indicando que a autonomia profissional do enfermeiro não é um fenômeno simples ou fácil de ser analisado.

Peduzzi (2001) indica três concepções de autonomia técnica no trabalho em equipe: noção de autonomia plena, a que ignora a noção de autonomia de seu trabalho e a que entende um caráter interdependente da autonomia. A autonomia colaborativa, exemplificada por ENFA7, difere da realidade do trabalho de outra enfermeira entrevistada. ENFA5 demonstrou um desejo de atuar em uma equipe tipo integração, exemplificada em algumas tentativas de organização de uma proposta de trabalho comum aos profissionais atuantes na UBS, sem sucesso.

Aqui dentro do posto também, o objetivo do posto seria pra quê? Pra unir a equipe, em torno de um objetivo só, que atualmente não existe, cada um vem, trabalha e vai embora. Atualmente o pessoal na Prefeitura está assim, eu acho que na realidade os postos tinham que ter pessoas que tivessem interesse na prevenção, que tivessem formação específica pra trabalhar com a comunidade, e não exigem que tenha. Aí fica difícil, por mais que tu tentes, que tu proponhas 'vamos fazer uma equipe e tal', não é equipe. Cada um faz a sua agenda, do seu jeito, chega, atende e vai embora. ENFA5

Algumas enfermeiras indicam o desconhecimento e não valorização do trabalho por parte dos colegas de outras profissões como limitações às suas práticas. Afirmam ainda haver uma dificuldade no reconhecimento por parte de outros profissionais, que não tem a noção de suas possibilidades de trabalho e de seu conhecimento.

Não me sinto valorizada como enfermeira dentro da Unidade Básica. É tudo a mesma coisa, acho que até os médicos às vezes eles confundem, a única diferença é que os médicos dão uma atenção maior, assim, né? Acho que é porque a gente tem curso superior, sei lá. ENFA10

Vejo problema sim quando é a visão dos próprios colegas, de outras profissões. Isso sim é difícil de trabalhar. Quando os profissionais, teus colegas, não têm claro o que é um enfermeiro dentro do serviço. Por eu trabalhar muito mais com profissionais da área médica, também da nutrição, se vê neles a visão do enfermeiro sendo uma mera base de apoio, um mero auxílio e não enxergando a nossa ciência e o nosso objeto de trabalho, que é o cuidado. Então é muito mais difícil encarar profissionais que não nos entendem do que trabalhar com a população. ENFA1

Mas ainda tem colegas que vêem a enfermeira na unidade de saúde como administradora, como alguém que assume a chefia quando a chefe não está, que assume os rolos, que supervisiona os auxiliares. Eu acho que as resistências em relação ao nosso trabalho têm a ver com a reserva de mercado e com preconceito. [...]. Mas a verdade é que as enfermeiras chegam a muitos cargos de chefia na Saúde Pública (chegavam, pois na atual administração não estão mais) por causa da disciplina, do cumprimento dos horários, das rotinas. No local onde eu trabalhava antes, quando eu cheguei à chefia da UBS, tinham duas médicas da unidade que diziam "agora o poste está mijando nos cachorros". Isso é muito comum. ENFA3

A maioria dos médicos reconhece o meu trabalho, gostam que eu esteja aqui, até porque eu sou uma segurança, eles me encaminham as pessoas dizendo vai lá que a enfermeira resolve. Mas em compensação tem um que eu sinto que está disputando espaço comigo, digamos assim. Na verdade ele se queixa que, por minha causa, está tendo muito mais trabalho. Antes de eu vir pra cá ele atendia cinco ou seis consultas por dia e agora tem que atender 20 por dia. ENFA4

Os relatos apresentados demonstram que alguns médicos não consideram as enfermeiras profissionais que podem contribuir com o trabalho multidisciplinar e com o atendimento aos usuários, pois representam gerentes ou administradores das Unidades de Saúde. Considera-se que o desconhecimento das especificidades técnicas dos trabalhadores dificulta o trabalho em equipe. Quando um profissional não sabe o que o outro faz, quais suas habilidades e competências, a flexibilização da divisão técnica fica dificultada.

Os achados de Gomes e Oliveira (2005a) diferem, em certo grau, dos encontrados no presente estudo, pois esses autores indicam a existência de uma imagem invisível dos enfermeiros também em relação aos médicos com quem trabalham, nas equipes da rede básica do Município pesquisado, no interior do estado do Rio de Janeiro. Essa imagem invisível diz respeito ao desconhecimento, por parte dos médicos, dos diferentes níveis de formação da equipe de enfermagem, sendo os enfermeiros vistos como empregados e indistintos dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Vale ressaltar que as enfermeiras entrevistadas afirmam que os médicos com quem trabalham sabem de sua formação, de seu papel de líder da equipe de enfermagem, apenas não consideram relevante a contribuição que podem trazer ao projeto de assistência aos usuários. Assim, o resultado prático das duas situações – a citada pelos autores acima e a identificada nesta pesquisa - é o mesmo: o enfermeiro não representa para seus colegas de equipe – nos casos citados, médicos - um profissional capaz de contribuir para a assistência direta à população.

O discurso da ENFA3 exemplifica o modelo de subordinação, e reforça aspectos relacionados à interação. Ao não se comunicar com o médico que não reconhece seu trabalho, a enfermeira reitera a relação hierárquica e não abre a possibilidade de diálogo com o profissional que ela já sabe, de antemão, que não vai considerar sua avaliação e sugestões.

Têm alguns médicos que eu não vou brigar porque eu não vou nem puxar papo com eles. Eles não entendem porque uma enfermeira pode pedir um exame de baixa complexidade, porque uma enfermeira pode prescrever uma medicação de baixa complexidade, pra alguns não tem cabimento uma coisa dessas. Tem colegas que eu já sei que não adianta conversar, discutir o caso do paciente para ver qual é a melhor conduta para todos os profissionais tomarem juntos, pois eles acham que a enfermeira não tem conhecimento nem capacidade pra discutir uma coisa dessas. Pra eles a enfermeira está na unidade pra dizer que queimou uma luz e chamar a manutenção. ENFA3

A divisão técnica e social do trabalho acaba por reforçar esses aspectos dentro das equipes de saúde. Para Colomé (2005), alguns profissionais tendem a considerar suas ações e saberes como auto-suficientes, não se disponibilizando a trocar informações, compartilhar dúvidas ou mesmo conhecimento no ambiente de trabalho. A autora afirma, ainda, que esta situação relaciona-se com a forma de organização do trabalho, geralmente centrado em tarefas, impedindo a conexão entre as ações dos diferentes agentes.

Os discursos das entrevistadas revelaram que, a partir de sua visão do trabalho dos outros membros da equipe, o cuidado aos usuários que se caracteriza como resolutivo é o prestado pelo médico, na sua consulta. A consulta desenvolvida pela enfermeira ou outra prática de atenção à população parece à equipe que não repercute tanto na saúde da população e, sendo assim, podem ser perturbadas. A fala da ENFA6 demonstra as atitudes dos auxiliares de enfermagem da equipe frente às suas práticas.

Eu já falei um milhão de vezes que não gosto de ser interrompida durante a consulta, somente em caso de urgência. É o meu momento com o paciente. Mas os auxiliares insistem em me chamar quando alguém da gerência telefona pedindo informação, outra qualquer outra coisa que pode esperar. Parece que eles acham que a minha prioridade aqui é descascar abacaxi. ENFA6

Conforme já discutido anteriormente, quando se tratou da identificação do trabalho das enfermeiras pelos usuários dos serviços, também os outros profissionais que compõem as equipes apresentam dificuldades de entendimento das funções das enfermeiras nas UBSs. Discutiu-se também a indefinição de papéis da profissional, que influencia seu trabalho em diversas instâncias e que pode ser um gerador de conflitos, no cotidiano do trabalho.

Mesmo um discurso crítico acerca da divisão do trabalho e subordinação das diferentes práticas à atuação do médico, os profissionais tendem a reiterar essas relações assimétricas, tomando a assistência médica individual como trabalho nuclear, e como periféricos e secundários as ações dos outros âmbitos de cuidados (PEDUZZI, 2001).

Entretanto, essa situação não deriva somente de características das equipes e dos trabalhadores. É fundamental que as atividades dos profissionais estejam definidas e, para isso, questões político-administrativas acerca do que é o trabalho das enfermeiras na rede básica de Porto Alegre são consideradas, relacionadas ao protocolo de Enfermagem¹⁰.

Existe uma divergência nas informações fornecidas pelas entrevistadas sobre a vigência desse protocolo de Enfermagem na rede básica do Município. Algumas informam que ele está suspenso e em fase de reformulação, sendo que as atividades nele apoiadas não devem ser mais realizadas. Outras entendem que essa reformulação não fez perder seu efeito e que práticas como solicitação de exames e prescrição de medicamentos de baixa complexidade pelas enfermeiras estão atualmente respaldadas.

As entrevistadas que citaram a suspensão do protocolo, relacionam as conseqüências à limitação na autonomia de suas práticas.

Bom, na verdade eu acho que pra enfermagem o último período foi bem ruim, está sendo bem ruim, especialmente pros enfermeiros. Porque por questões políticas, com a mudança de governo e com o novo projeto de governo, a gente teve restrições à nossa prática. O protocolo de enfermagem, que nos dava garantia de determinadas práticas está em suspenso, até hoje. Então hoje eu estou mais restrita no pedido de exames, por exemplo. A maior autonomia que eu tinha pra trabalhar, pra tomar decisões, eu não tenho mais hoje. Não tem nada que me garanta que eu não vá ser punida, então eu me sinto mais restrita no meu trabalho do que antes. Essa falta de autonomia que incomoda. ENFA4

¹⁰ Existem discussões acerca da prescrição de medicamentos e solicitação de exames de baixa complexidade por enfermeiras. Pela Lei nº 7.498/86 está previsto que medicamentos incluídos em programas de Saúde Pública e em rotinas nas Instituições podem ser prescritos pelo enfermeiro, desde que o profissional tenha vínculo empregatício com a instituição. Contudo, os enfermeiros devem seguir um protocolo institucional que deve descrever indicações e condutas para orientar a prescrição desses itens.

Eu acho que falta autonomia também pra gente decidir muitas coisas. Essa questão, por exemplo, do protocolo de enfermagem né, até um tempo atrás eu usava o protocolo tranqüilamente, agora eu tenho medo. Eu avalio uma paciente, vejo que ela tem necessidade de utilizar determinado tipo de medicação, mas eu não me sinto respaldada pra indicar o uso dessa medicação. Nem remédio pra piolho, pra criança, eu não indico mais. Então eu acho que isso, essa questão de política, essa mudança, porque a gente nunca sabe se pode não pode, até que ponto. Então eu acho que isso limita muito, não saber até aonde a gente pode ir. ENFA10

Agora, está curto o tempo e, na verdade, cada vez que muda o partido, então, muda toda a política, alguns programas caem, passam a ser mais importantes alguns programas do que os outros. E tu tens que, então, em detrimento disso, tu tens que mudar também a tua direção, porque, como funcionário público, tu tens que estar sempre atrelado aos objetivos do governo. Então, a coisa já começou a mudar, antigamente a gente fazia muito mais coisas, a gente podia muito mais, não tinha tantas mudanças, a gente já está mais atrelada. ENFA12

Pela dificuldade de obter informações oficiais sobre a questão, a análise deste aspecto teve por base as informações da informante-chave, que considera que a questão do protocolo, na Prefeitura, está confusa, mas esclarece que algumas gerências distritais, quando assumiram, após a troca do Governo Municipal, propuseram-se a fazer valer o ato médico e verbalmente informaram, em reunião com as enfermeiras, que elas estariam proibidas de usar o protocolo de Enfermagem. Em janeiro deste ano, o Secretário Municipal de Saúde realizou reunião com cerca de 50 enfermeiras e disse que o protocolo de Enfermagem atual estaria valendo, até que um novo, reformulado, estivesse pronto. A partir desta reunião formou-se uma comissão de enfermeiras para reformular o protocolo, projeto que foi concluído em agosto e atualmente aguarda avaliação da coordenação da rede básica, sob a denominação de "Normas Operacionais". Algumas gerências continuam aplicando o protocolo de Enfermagem integralmente, em outras as enfermeiras decidiram que não iam mais realizar consultas de enfermagem, nem outras atividades previstas no protocolo.

As atividades que, no entendimento de algumas enfermeiras, não são mais respaldadas pelo protocolo acabam sobrecarregando outros profissionais de saúde da Unidade. Algumas enfermeiras citaram o apoio de colegas médicos à suspensão do protocolo, mas a maior parte se mostra contrária à interrupção das atividades por algum tempo realizadas. Elas referiam também descontentamento da população atendida com término de algumas práticas.

Os meus colegas aqui do posto [médicos] percebem, eles sabem e eles acham isso muito ruim, porque muita coisa que eu fazia antes, que eu resolvia com muita tranquilidade, hoje eu digo "olha, isso eu não posso mais fazer". Então aí é um transtorno, porque tem que agendar pro médico, é demorado. E os usuários perceberam essa mudança imediatamente, ainda hoje eles me pedem coisas que antes eu podia fazer e agora não faço mais, como avaliar exames. Eles também acham ruim, pois confiam em mim. ENFA4

Assim, em relação ao protocolo de Enfermagem, o que se vê são desencontros de informações que repercutem em diferenças nas atividades das enfermeiras, conforme a gerência distrital e a Unidade de Saúde. Citaram-se as repercussões da suspensão das ações previstas no protocolo, porém nas análises já apresentadas, foram mostrados relatos das atividades de enfermeiras que atuam respaldadas pelo documento, como consultas de enfermagem, solicitação de exames, entre outros. Contudo, mesmo se o protocolo atualmente permanece válido, o fato de que nem todas as enfermeiras têm ciência disto já indica os possíveis prejuízos à suas práticas, conforme evidenciado em algumas falas.

Outro elemento ainda pertinente à discussão do trabalho em equipe nas UBSs trata do perfil de trabalho e de trabalhadores em Saúde Coletiva. O perfil de trabalho de alguns colegas de equipe é apontado como um elemento limitador das práticas das enfermeiras, pois impede a associação de forças na construção de um projeto comum, mais abrangente para a população. Ao citarem o termo "perfil", entende-se que as enfermeiras referem-se às características dos profissionais e de seu trabalho, demonstrando o entendimento de que há uma especial necessidade de interesse e comprometimento dos trabalhadores que optam pela área da atenção básica.

As falas das ENFA1 e ENFA4 exemplificam a concepção da importância do perfil adequado ao trabalhador em Saúde Pública.

E também limitam a gente os profissionais não adequados ao Sistema de Saúde pública, sem a mentalidade e o perfil que a Saúde Pública pede. ENFA1

Mas ainda infelizmente tem gente que vê isso aqui como um emprego, não como um trabalho. É mais um bico, não querem nenhum envolvimento com saúde comunitária, que não têm absolutamente nenhum perfil pra fazer saúde comunitária. Está aqui porque é um emprego que trabalha uma hora e meia por dia. Eu acho que trabalhar com Saúde Pública tem que ter perfil, tem que gostar de trabalhar com Saúde Pública, senão nunca vai dar certo. Se não gostar, vai ficar aquele atendimento mínimo, típico de pronto-atendimento, que tu não tem vínculo, tu não tens envolvimento nenhum. E em Saúde Pública tu tens que ter envolvimento com a comunidade que tu trabalha, se tu queres qualquer resultado em termos de saúde e de educação da população tu tem que te envolver, senão é zero, vai passar batido e não vai fazer nenhuma falta o dia que for embora. Eu sou dessa opinião, pra Saúde Pública, tem que ter perfil, tem que se envolver com a comunidade. ENFA4

Além das ENFA1 e ENFA4, outras trabalhadoras citaram a dificuldade da construção de um trabalho em equipe, em virtude do perfil dos profissionais, especialmente os médicos. Leite, Maia e Sena (2001) associam a diferença no perfil dos trabalhadores da rede básica com os conflitos, comuns no trabalho em equipe, indicando que em cada trabalhador "a disponibilidade para acolher, responsabilizar e vincular é crucial para uma nova prática sanitária" (LEITE; MAIA; SENA, 2001, p.11).

Tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Estas preocupações estão refletidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, assim como no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS, documentos que refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema (GIL, 2005). O profissional requerido para esta nova prática está por se construir, pois a formação tradicional toma o saber como algo fragmentado, hierarquizado, desembocando numa atuação compartimentada, técnico-reparadora, que exclui usuários, famílias e populações da participação no seu próprio processo de saúde e de vida. Embora existam iniciativas para a formação de profissionais com este perfil, os trabalhadores que estão atuando nos serviços de saúde são frutos da formação fragmentada, carecendo, portanto, de capacitação complementar para que possam fazê-lo sob esta nova perspectiva (SAUPE; WENDHAUSEN, 2005).

Conforme afirmam os autores acima, a formação dos profissionais em Saúde influencia na construção desse perfil de trabalhador necessário à Saúde Coletiva,

sendo que a Graduação não tem preparado os profissionais para a mudança da realidade da atenção básica. Contudo, mesmo as enfermeiras entrevistadas que não tiveram formação complementar na área, expõem em suas falas o entendimento do que é necessário em um trabalhador para a atuação nessa área, demonstrado nas críticas feitas a seus colegas.

A discussão do trabalho evidencia alguns dos elementos limitadores às práticas das enfermeiras. Contudo, o contexto atual do Sistema de Saúde é indicado por algumas enfermeiras como o maior limitante às suas práticas.

5.5 Limitações às práticas das enfermeiras

Ao serem questionadas sobre as limitações encontradas, no cotidiano de trabalho, às suas práticas, as enfermeiras indicaram uma variedade de elementos. Alguns já foram discutidos nos resultados, como escassez de profissionais de enfermagem no Município, a invisibilidade da sua figura e do seu trabalho, as dificuldades inerentes ao trabalho em equipe. Desta forma, associadas às informações já apresentadas, outras limitações são expostas neste tema, em sua maioria relacionadas a problemas do Sistema de Saúde. Perceber-se-á a ligação com os assuntos até o momento tratados, novamente afirmando a indissociabilidade dos elementos que compõem as práticas das enfermeiras nas Unidades Básicas de Saúde.

As limitações do Sistema de Saúde foram apontadas como referentes às práticas das enfermeiras por todas as entrevistadas. A falta de medicamentos para distribuição à população, de material de expediente e para a realização de procedimentos foi indicada como uma importante limitação às atividades cotidianas.

Outro problema é a dificuldade de abastecimento de alguns itens, como anticoncepcionais, medicamento para hipertensos, diabéticos. Isso é uma luta, porque a gente tenta cadastrar os usuários, chamá-los ao posto, mas não consegue oferecer aquilo que é necessário pro tratamento dele. ENFA2

Limitação? Falta de material, falta de medicação em toda rede. Tu colocas o paciente no compromisso do tratamento, mas tu não dás as condições pra esse tratamento seguir. Como fica a nossa relação com ele? Dá até vergonha. ENFA7

A impossibilidade de prover aos usuários os recursos para a seqüência dos seus tratamentos foi relatada por diversas enfermeiras como uma das limitações do sistema que mais influencia sua relação com os usuários. Friedrich e Sena (2002) afirmam que as Unidades de Saúde são micro estruturas nas quais se reproduz a realidade dos serviços e que as relações entre os profissionais e com os usuários são influenciadas diretamente pelo contexto histórico, político e cultural vigente.

As profissionais demonstraram sentirem-se responsáveis pela continuidade dos cuidados com os usuários – o que tem relação com o papel articulador para a resolução de problemas que cabe ao enfermeiro em sua prática, conforme discutido anteriormente - revelando também preocupação com prejuízo do vínculo estabelecido e da conseqüente responsabilização envolvida no processo. Uma vez o usuário comprometido com o tratamento, parece razão de descrédito da relação instituída a falta de condições para a continuidade, chegando a ser entendida como pessoal – motivo de vergonha – essa situação.

Eu creio que seja o suprimento de materiais e medicações, que é um problema de toda rede, esse é o primeiro. Cabe ao enfermeiro fazer a solicitação, ir atrás quando falta alguma coisa, justificar para a população quando não tem alguma coisa, cabe a nós falar com os usuários. ENFA1

Eu acho que a falta de recursos, porque tu tens que trabalhar com o mínimo, às vezes vem um curativo, tu mal tem um restinho de gaze, tu não tem pinça. Que nem agora, tinha sumido tudo, a gente não tinha nem material pra fazer curativo, mas, ao mesmo tempo, tu não podes negar pro paciente, tem que fazer o que pode. Cansa até da falta do papel toalha pra secar as mãos, soro, gaze, sempre tem alguma coisa... a medicação... Muita coisa sempre faltando e, daí, tu tens que saber lidar com essa coisa do paciente, porque é difícil, o paciente quer o remédio, precisa, a gente tem que saber explicar. ENFA8

É a infra-estrutura, é a gente poder fazer e não, como é que vou te dizer, não é poder... É ter potencial pra fazer e não poder fazer por falta de estrutura. Por falta de material, por falta de autoclave, por uma série coisas, de outros motivos, não é? É poder fazer muito mais do que se faz pela população. E eles sabem disso, sabem que faltam as coisas. E eu tenho certeza que esse é o sentimento dos outros profissionais também, a gente conversa da falta de estrutura pra se fazer. ENFA11

Pode-se ressaltar a preocupação das enfermeiras com o esclarecimento aos usuários sobre a impossibilidade de atenção às suas necessidades por falta de material. A maioria das entrevistadas identificou um entendimento pelos usuários

dessas situações, uma vez que são elas as responsáveis por comunicar e esclarecer a população sobre o não suprimento da Unidade.

E isso é uma coisa super importante, porque a partir daí tu vais ter a resposta do paciente: ou ele vai ficar p. da cara porque foi mal atendido ou ele vai ficar muito satisfeito, mesmo que tu não tenhas a medicação pra dar pra ele, mas tu soubeste explicar, acolhê-lo. ENFA6

A fala de ENFA6 retrata bem o cuidado dispensado à maneira como transmitir aos usuários as limitações do sistema.

Elementos como infra-estrutura da Unidade de Saúde, dificuldade no transporte de pacientes até os locais de assistência são também citados pelas entrevistadas.

Outro problema é o transporte social para pessoas acamadas que precisam de consulta, tanto especialidade quanto fisioterapia no hospital, que precisam de maca nós temos uma grande dificuldade de adequar a demanda à oferta da secretaria. ENFA2

Falta também uma sala para eu trabalhar, que eu não tenho. Eu tenho que ficar esperando alguém vagar uma sala pra eu atender as pessoas. ENFA4

A falta de estrutura, de infra-estrutura para a gente poder dar continuidade às coisas, né? Isso pra mim é a coisa mais importante. Exemplo, o fechamento, há falta de um local adequado, na minha sala não tem janela, não tem pia, então, na verdade não poderia nem estar atendendo lá, né? Então, e a mesma coisa, por exemplo, quando se fala de odonto. O próprio consultório de Odonto não tem janela, por isso agora estão usando isso como causa para o fechamento do atendimento de Odonto aqui no posto. Depois de tantos anos, claro, né? A vida inteira funcionou assim, agora não pode mais funcionar sem janela. ENFA11

Algumas Unidades de Saúde do Município estão funcionando em instalações novas, adequadas. Porém observou-se que ainda persistem como sede de UBSs casas e prédios com espaço mínimo, sem ventilação adequada, normalmente cedidos por Instituições públicas ou pela comunidade, como escolas e associações de bairro.

A marcação de consultas para as especialidades médicas também é apontada como limitação às práticas das enfermeiras.

A dificuldade da rede básica toda seria a agilidade na marcação de consultas para as especialidades, como neurologia, proctologia, otorrino. ENFA4

Outra coisa que eu vejo é a questão da marcação pro especialista, é uma coisa muito deficiente, não tem número suficiente de consultas, os pacientes ficam aguardando muito, tem pacientes que chegam a morrer, tu vai avisar quando é a consulta, ai ele não tem telefone, tu vai na casa, chega lá ele já morreu faz um ano. Então, é difícil trabalhar com uma população insatisfeita assim e mal entendida assim, porque se tu estás doente, tu vais ficar dois anos esperando pra ir ao médico? Só se tu fores morrer em casa e isso acontece já, porque essas pessoas simplesmente não têm entrada no sistema a não ser pela central de marcação de consultas. ENFA14

Atualmente, a marcação de consultas com especialistas na rede básica de Porto Alegre funciona por meio da central de marcação de consultas, conforme explicado pelo veículo de comunicação da Secretaria Municipal de Saúde.

Como acessar serviços?

1. A primeira consulta, nas especialidades consideradas de atenção básica como clínico-geral, pediatria e ginecologia-obstétrica, é marcada diretamente nos postos de saúde. Nos postos onde não há serviço de acolhimento, as fichas são distribuídas a partir das 7h.
2. De acordo com a necessidade, o clínico encaminha o paciente a um especialista.
3. O paciente se dirige ao guichê de marcação, por área, e um funcionário faz a marcação acessando por telefone a Central de Marcação de Consultas (PORTO ALEGRE, 2006).

Nas Unidades pesquisadas, a marcação é feita pelas enfermeiras ou por auxiliares de enfermagem, por meio de contato telefônico com a central. As entrevistadas indicaram dificuldade na obtenção dessas consultas, pois os pacientes permanecem em lista de espera por longos períodos até conseguirem o atendimento. Assim, novamente as enfermeiras demonstraram a preocupação com o tratamento dos usuários. Além disso, o relato de ENFA14 evidencia a compreensão da profissional com a situação dos pacientes, conforme apresentado a seguir.

Tu vêes aquele monte de pessoas com doenças esperando e tu não tens pra onde encaminhar, e ai fica aquelas, tem uns que é "com urgência", mas tem trinta com urgência, tem que esperar os trinta e por trigésimo primeiro entra, isso leva um ano, dois anos. Então essa triagem fica capenga. Então, é uma população muito sofrida, muito sofrida. E pra quem que eles vão demonstrar a insatisfação deles? Pra equipe que trata diretamente com eles. Então, nós somos alvos também de muitas agressões verbais, inclusive teve, agora aqui, há pouco, teve agressão física, uma paciente bateu em três funcionários, nas duas psicólogas e no psiquiatra. Isso é um horror! Então, isso ai são barreiras muito grandes, isso nos bota numa condição muito frágil em relação à comunidade. Afinal, que porcaria nós somos? "Porque que aquela enfermeira não marcou ainda a

minha consulta? Ela vem todo dia trabalhar e não marca minha consulta!" Explica como, dá explicação de fila, de telefone, de agenda, mas quem tem pressa, quem está doente, não quer saber nada disso, entra por um ouvido e sai por outro, quer é a consulta. Olha, é difícil trabalhar em Saúde Pública, está difícil. [...] A parte administrativa fica toda pra Unidade, de marcar, de conseguir o agendamento. O nosso computador estragou, nós tínhamos ontem quatro pacientes pra transferir e não pode ser por escrito, tem que ser pelo computador. Bom, aí nós transferimos pra gerência, pro nível central, lá eles não sabiam fazer, quando voltaram de tarde, no outro dia, às oito horas da manhã era a consulta e ninguém consultou. O sistema não prevê falhas, de máquinas, de aparelhos, e isso é uma coisa que sempre acontece. Então, como é que vai funcionar? Tu imaginas esperar dois anos pra marcarem tua consulta, aí tu chegas aqui, teve um problema no computador e aí tu não vai marcar a consulta. Ah, é de dar um escândalo, né? Então, é isso que acontece. Então, está danado, está danado! A gente tem que ter muita paciência, muito carinho, muita compreensão com o pacientes, porque eles ficam desesperados e com razão. ENFA14

A fala da ENFA14, além de demonstrar as difíceis situações a que os usuários se submetem no aguardo pela referência, explicita a postura da profissional diante disso, de entendimento e compreensão, até das agressões sofridas. A enfermeira manifestou a capacidade de colocar-se no lugar do paciente, promovendo, assim, a vivência de um trabalho que reconhece suas necessidades.

Matumoto, Mishima e Pinto (2001) discutem a necessidade de respeito mútuo, de disponibilidade para escuta, de acolhimento do outro em momento de necessidade que não é só biológica, promovendo, desta maneira, a responsabilização pelo cuidado na atenção básica. Assim, não se justifica a atitude de violência contra a equipe pelos usuários insatisfeitos, mas o que se procura é demonstrar que a postura tomada pela enfermeira diante do sofrimento alheio demonstra um exemplo das linhas de escape apresentadas na introdução deste trabalho, na qual a profissional fez uso de seus saberes, não para desenhar outro trajeto de solução para o problema, pois isto não está a seu alcance, mas para posicionar-se de forma a ultrapassar o âmbito biológico das demandas da população e considerar também as relações sociais envolvidas.

5.6 Perspectivas para práticas inovadoras

A identificação de ações propostas e realizadas pelas enfermeiras que contribuem para modificações nas realidades de saúde dos usuários da rede básica foi abordada na coleta dos dados por um questionamento sobre as práticas consideradas pelas entrevistadas como inovadoras, realizadas na UBS. Durante toda a entrevista, as enfermeiras citaram elementos do seu cotidiano de trabalho que as configuram como profissionais com um grande potencial de promoção de saúde e modificação de realidades.

Como destaques, as enfermeiras apresentaram atividades executadas por elas ou em equipe que não necessariamente se configuram como atividades diferentes das propostas nos programas, únicas ou originais. Elas salientaram ações consideradas como as que mais interferem na saúde das populações atendidas, que são feitas com prazer e, por isso, com dedicação e acabam gerando satisfação no trabalho.

Muitas entrevistadas não souberam responder à pergunta, não identificando ações que merecessem destaque em suas práticas. Porém na maioria delas, em algum ponto da entrevista, pôde-se apreender que exemplos de uma visão coletiva do processo saúde-doença permeiam seus cotidianos. Assim, este espaço nos resultados é utilizado para relatar idéias e ações que foram captadas em diversos momentos, em diversas entrevistas. Muitos destaques já foram dados na análise de outros aspectos da pesquisa, restando agora somente uma complementação até o momento relatado.

Uma das enfermeiras destaca em seu trabalho a forma como se faz entender na orientação a pacientes analfabetos. Ao desenhar suas orientações, atividade considerada por ela simples, facilita a compreensão de algo importante para os cuidados de saúde do usuário atendido.

Então, a dificuldade é como que tu tens que passar por essa vala que nos separa cada vez mais forte. Porque assim, a educação, eles não sabem mais ler, quem sabe ler é pouco, eles não têm um poder de comunicação, tu falas com eles, eles têm uma dificuldade imensa de entender, não adianta tu querer... tanto que quando a gente está orientando, nós enfermeiros, a gente já usa a linguagem desenhada, porque não adianta, tu falas, -"Tu entendeste?" – "Tá", às vezes eles até entendem. Mas eu estou vendo que desde que comecei a desenhar as orientações, eles ficam muito mais satisfeitos e aderem mais fácil. ENFA12

A Feira de Saúde foi o destaque da ENFA1 dentro das atividades realizadas pela equipe de saúde da Unidade onde trabalha. Ela relatou que a iniciativa da primeira feira partiu dela e que é consideravelmente difícil conseguir mobilizar toda a equipe para a efetivação dessa ação, porém os resultados são sempre muito satisfatórios.

Eu posso falar por mim, pois nós somos bem heterogêneas aqui. Eu gosto muito da prática de "feira de saúde". No outro posto eu consegui trabalhar bastante isso, neste posto eu estou tentando implementar algumas. Então, a gente já promoveu duas ou três feiras de saúde da mulher. A gente fazia tanto atividades técnicas de enfermagem, de medicina e de estética pra mulher. Com apoio comunitário a gente conseguiu gente de outros locais da área pra fazer ações aqui dentro do posto. A gente já fez duas feiras de saúde da criança – existe muita rede de apoio pra criança. A gente já conseguiu muita coisa da prefeitura, muita coisa das escolas locais. Eu acho que quando a gente consegue mobilizar a equipe pra promover uma feira de saúde, a gente consegue criar um espírito de grupo na unidade, a gente consegue mobilizar os recursos da própria comunidade, não só os do posto e ainda a gente consegue reconhecimento da comunidade. A gente mostra pra população que o posto não é isolado, o posto se comunica até o salãozinho de beleza da esquina, o posto se comunica com o supermercado que veio aqui, doou um bolo, pratinhos e salgadinhos. O posto de saúde se comunica com a creche, com o colégio. ENFA1

Os relatos de ENFA2 evidenciam as mudanças promovidas nas atividades disponíveis para a população, desde sua chegada à Unidade de Saúde. Muitas atividades são comumente encontradas entre as práticas da rede básica, porém não estavam estabelecidas nesta comunidade e demonstram o comprometimento da enfermeira com seu trabalho e sua preocupação em promover a saúde entre os usuários do local.

A avaliação dos pacientes da clínica médica que eu inventei aqui, pois havia uma dificuldade tremenda dos usuários conseguirem retornar à consulta e ficavam angustiados, pois o médico havia solicitado o exame e eles não conseguiam avaliação do resultado. Isso teve uma repercussão muito boa dentro da equipe e entre os pacientes. Tu vê bem, a gente fala cada vez mais em promoção de saúde e prevenção, a gente quer saber se o nível de colesterol e de glicose está normal, o médico pede os exames e os usuários têm dificuldade de saber o que o resultado significa. Outra contribuição importante foi a ajuda para diminuir a demanda reprimida de mulheres que precisavam fazer preventivo de câncer. Outra inovação importante foi o trabalho com tabagistas, que foi interesse meu desenvolver. É um problema muito sério, nós temos que ajudar as pessoas a terem alguns riscos a menos para sua saúde e tem muita gente querendo parar de fumar, que precisa de ajuda. Só que é um trabalho que dá muito trabalho, um grupo para o qual tu tens que preparar material, te preparar. Eu criei material que não existia, pois a capacitação te mostra diversas coisas, mas o material tu tens que criar. As visitas domiciliares não existiam aqui na unidade antes da minha chegada, pois não havia quem pudesse fazer. Isso dá uma satisfação muito grande para os usuários atendidos, pois eles têm muitas dúvidas. Os pacientes têm alta do hospital e não tem orientação, não sabem como lidar com uma sonda, os familiares não sabem como fazer os curativos e não tem como se deslocar ao posto. Não adianta só fornecer o material, tu tens que ir lá e ensinar.

ENFA2

ENFA3 apresentou em seu relato duas atividades propostas pela equipe de enfermagem no seu local de trabalho, ambas em parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS, que permitem conferir a essas ações um potencial de grande diferença na situação de saúde dos usuários atendidos e que são constituídas de idéias criativas e relativamente simples. Destaca-se o retorno dado pela população envolvida e o comprometimento da equipe promotora.

Tem o APQV [Ambulatório de Promoção de Qualidade de Vida] que é muito legal, a gente faz a consulta de enfermagem com a prática da massagem neurológica, começou só pra pressão. Agora a gente está com massagem pra angina, tendinites. As pessoas ficam muito contentes e a gente ganha muito presente dos pacientes. Quando eles não vêm, ligam e avisam, os pacientes tem a maior consideração pela gente. A gente vê que tem resultado, tem resolução. Em uma massagem se vê que a pessoa já sai feliz da vida. Tem a questão do programa dos acamados, que é um programa de extensão da UFRGS que é uma coisa muito simples: a gente dá atenção e escuta os pacientes. A gente não tem perna, não tem gente na equipe pra fazer procedimento em casa, não tem material pra fazer curativo. Mas a gente faz uma avaliação, escuta, orienta, mas o vínculo maior dos pacientes e das famílias deles é o ato de escutar. Eles ligam depois, quando o paciente piora eles ligam, quando morre eles ligam e perguntam o que fazer, vêm aqui chorar um pouquinho com a gente, e essa relação é uma descoberta enorme. Esse projeto já foi levado à gerência, foi apresentado no conselho local de saúde, a gente já recebeu vários elogios. Essas coisas todas eu considero inovadoras, mas é nós, da enfermagem, que estamos levando tudo isso pra frente. A coordenadora do ambulatório sempre pergunta por que a Medicina não tem propostas assim, ela fica louca de inveja de mim, mas dá a maior força. ENFA3

Os destaques de ENFA4 se relacionam com alternativas que facilitam o acesso dos usuários ao atendimento da Unidade de Saúde. São soluções administrativas que não exigem muitos recursos, somente a organização do trabalho e da estrutura de atendimento de áreas-chave para a população, como a recepção e a farmácia da UBS.

Eu acho que tem várias coisas, que foram iniciativas minhas com a equipe de enfermagem. Uma delas é a agenda aberta, que a maioria das Unidades não tem. A pessoa pode vir a qualquer hora do dia, agendar um procedimento ou uma consulta comigo ou com os médicos, pra quando ela achar que pode. Isso é uma coisa que a maioria das Unidades não tem, que ainda tem aquele esquema de acordar cedo, enfrentar a fila e tal. A gente também organizou um cadastro de medicamento contínuo para hipertensos e diabéticos, então a pessoa não precisa vir com a receita cada vez que precisa de medicação. ENFA4

Atividades que são parte da rotina das Unidades também foram destacadas pelas enfermeiras, não por sua inovação, mas por serem ações já estabelecidas e, quando realizadas de maneira comprometida, geram resultados satisfatórios para os envolvidos. Poder-se-ia dizer que essa seria a obrigação dos atendimentos nas UBSs, mas o que se observa é que realidade se apresenta tão deficitária que aquilo que, mesmo já previsto, é bem feito, merece destaque.

A puericultura e a saúde da mulher. Eu noto que no nosso trabalho tem uma diferença. Esse trabalho de escuta, de atendimento periódico, mensal, abrangente porque atende a mãe e o bebê, tu tens alcance, tu tens como chegar até a uma avó, saber de um câncer de mama, fazer um trabalho mais preventivo e de orientação. Isso eu sei que é o meu trabalho e que eu faço muito bem. Eu vejo o retorno, vejo o resultado das minhas condutas. ENFA7

Ah, bom. Nisso de fazer de maneira diferente... a gente nota que os pacientes adultos, pra fazer o acolhimento, tu tens que ter uma abordagem um pouco diferente daquela que foi uma antiga abordagem, que era dizer que não tem ficha, que não tem consulta e que o médico já está com todas as fichas tomadas, infelizmente vai ter que procurar outro local. Essa era a abordagem antiga. A atual: - "o que é que o Sr. tem? O que é que o Sr. sente?"; verificar todos os sinais vitais, fazer uma avaliação, está em risco, não está em risco, pode ser encaminhado, não pode ser encaminhado, vai ser encaminhado com alterações em tais e tais sinais ou alguma coisa que esteja com alterações e fazer o encaminhamento. Ele foi atendido aqui, ele é atendido aqui, ele só vai ser atendido em outro lugar se aqui não tem, no momento, como fazer o atendimento e ele precisaria de uma emergência, de um exame, alguma coisa assim. Então, isso eu acho que foi uma coisa boa, isso é uma coisa boa que mudou. Antes a gente ficava meio assim, né? Mas, agora já vem automático esse novo comportamento e isso é bom, bem bom. ENFA13

Observe-se um exemplo que merece destaque, mas não foi citado em entrevista. A entrevista de ENFA2 foi interrompida duas vezes para que ela pudesse atender ao retorno de duas ligações que aguardava: da gerência distrital e de um Hospital de referência do Município. O que ela tentava resolver relacionava-se com uma usuária da Unidade de Saúde que foi encaminhada, após aguardar por um ano, uma consulta com neurologista no referido Hospital. Como a paciente tem dificuldade de deambulação e outras limitações, a ENFA2 providenciou transporte por meio da Prefeitura para que a paciente pudesse comparecer à consulta. Porém a paciente, não se sabe o motivo, não foi atendida e não conseguiu receber nenhuma orientação no local indicado. Assim, ENFA2 tentava contato para resolver a situação, saber como o fato aconteceu e como poderia remarcar, num prazo menor, a consulta do especialista. Destaca-se que ENFA2 já tentava fazer esses contatos havia dois dias, sem sucesso, e persistia na busca de uma solução para a situação.

A situação observada, bem como as atividades até então citadas, podem parecer comuns no cotidiano de trabalho das enfermeiras. Podem parecer exemplos de situações que em outros locais já estão estabelecidas e legitimadas socialmente.

Porém essa não é a realidade das UBSs utilizadas como campo para este estudo e justifica, assim, o destaque dado.

Assim, as práticas das enfermeiras merecem ser destacadas, pois revelam fortemente a utilização dos recursos do Sistema e de tecnologias de forma criativa, demonstrando envolvimento e empenho de muitas profissionais na construção de uma atenção básica, organizada de forma realmente coletiva, com sujeitos sociais e integrando saberes, ainda que parcialmente. Concorde-se com as palavras de Gomes e Oliveira (2005b).

Pela sua compreensão do ser humano além dos aspectos biológicos, pelo seu entendimento da influência dos fatores sociais e ambientais na determinação da saúde e da doença, pela sua capacidade de prática amalgamadora, coordenando e gerenciando o processo de trabalho da equipe de saúde dentro da unidade, por seu comportamento generoso com a clientela, demonstrando preocupação com o acesso da mesma aos serviços de saúde e pela disponibilidade de uma relação didático-pedagógica-dialogal com a comunidade, [o enfermeiro] pode se constituir um elemento fundamental a uma prática multiprofissional e transdisciplinar [...]. (GOMES; OLIVEIRA, 2005b, p. 396).

As potencialidades das enfermeiras na Saúde Coletiva, descritas acima, corroboram para a afirmação que são profissionais essenciais nas equipes de saúde e apresentam um vasto potencial para contribuir para a modificação das realidades de saúde da população.

6 AS ENFERMEIRAS NA SAÚDE COLETIVA: SÍNTESE ASSOCIATIVA

Os dados fornecidos nas entrevistas indicaram uma considerável diversidade de idéias acerca das práticas das enfermeiras nas UBSs e foram organizados de acordo com os temas até o momento apresentados. A construção da árvore associativa representa uma complementação a essa análise, consistindo na representação gráfica das palavras associadas pelas entrevistadas sobre a expressão "Enfermeira na Saúde Coletiva" que, se entende, complementam as informações até aqui apresentadas e significam a expressão verbal espontânea e menos controlada das enfermeiras sobre o assunto em discussão.

Não se tentou utilizar os referenciais teóricos dos estudos da área das representações sociais e da Lingüística, que aplicam essa técnica com tratamento científico específico para obtenção de resultados, mas apenas adaptar a técnica para complementar os dados colhidos nas entrevistas.

Com base na análise das palavras citadas, em função de seu sentido e considerando os dados empíricos fornecidos no restante das entrevistas, foram criadas três categorias: sentimentos, cuidado e trabalho. A representação da árvore associativa completa, com as três categorias, encontra-se no apêndice D.

A categoria sentimentos (figura 1) inclui dez termos relacionados a sentimentos citados pelas enfermeiras. Com essas palavras, elas demonstraram a atitude mental ou moral caracterizada pelo estado afetivo relacionado ao seu trabalho. As noções destacadas apresentam graus negativos e positivos, algumas vezes opostos e, eventualmente, citados pela mesma entrevistada.

Pode-se depreender que, do cotidiano conflitante do trabalho nas UBSs, as enfermeiras manifestam tristeza e frustração, ao mesmo tempo em que demonstram alegria e satisfação. As realidades expressas por suas falas evidenciam, conforme demonstrado na análise das entrevistas, que algumas limitações cerceiam suas práticas, ao passo que também servem de motivação para a criação de novas estratégias de fazer assistência à saúde, diariamente.

A palavra "orgulho" vincula-se a dados já apresentados, como as falas das entrevistadas que destacam ações por elas propostas para a melhoria da assistência e cujos resultados são identificados pelos usuários e pelos membros da equipe de saúde. Ao mesmo tempo em que o sentido de orgulho indica a satisfação com algo

que é visto como creditável de valor, o fato de algumas enfermeiras não entenderem como importante sua identificação para os usuários contradiz esse sentido, uma vez que se suas ações são dignas de orgulho, dever-se-ia então querer não somente exibir a iniciativa, em si, mas também a pessoa responsável por sua utilização. Dentre os sentimentos citados destaca-se o termo "gostar", pela sua freqüência, indicando um predomínio de sentimentos positivos.

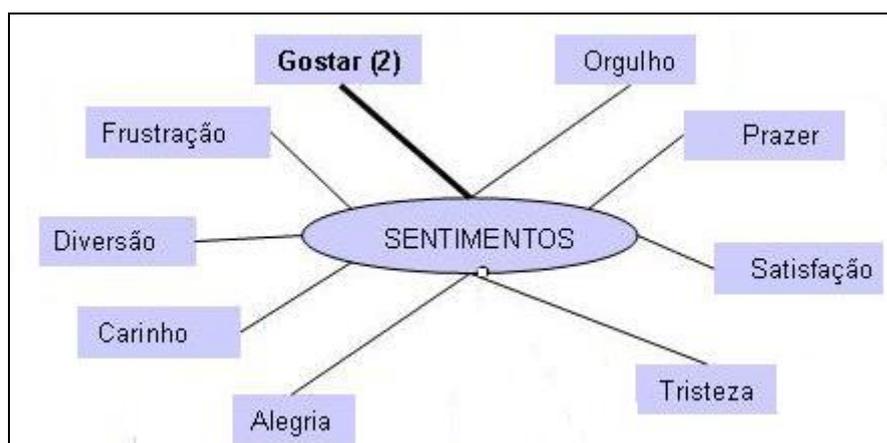


FIGURA 1: Palavras associadas pelas enfermeiras na categoria sentimentos.

FONTE: Pesquisa direta, Nauderer, T. M. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2006.

A segunda categoria que emergiu da análise relaciona-se ao cuidado (figura 2), e foi assim denominada por tratar de aspectos mais gerais da profissão, que se vinculam à Enfermagem também em outros âmbitos de atuação. Assim, os 15 termos dessa categoria expressam idéias associadas ao cuidado de enfermagem não só na Saúde Coletiva, mas a aspectos técnicos da profissão, como “ferida” e “rotina”.

Esta categoria demonstra também algumas idéias que acompanham historicamente a profissão, confirmando que sua influência na Enfermagem permanece, como as referências à “doação”, “comprometimento” e “confiança”. As palavras relacionadas com educação também foram incluídas neste item, como “orientar”, “ensinar”, “aprender”, pois se entende ser este um dos elementos mais presentes da profissão, independente do âmbito de atuação.

A idéia de “prevenção”, citada por quatro entrevistadas, está bem associada ao trabalho das enfermeiras na rede básica, como destacado na análise. Elas afirmam nas entrevistas, que suas ações principais nas UBSs deveriam se concentrar na prevenção, contudo não lhes restavam tempo e disponibilidade para

agir desta forma. Destacam-se ainda, pela maior freqüência, os termos “ouvir”, “orientar”, “prevenção” e “vacina”.

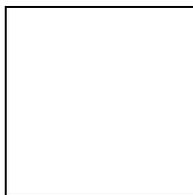


FIGURA 2: Palavras associadas pelas enfermeiras na categoria cuidado.

FONTE: Pesquisa direta, Nauderer, T. M. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2006.

A categoria trabalho (figura 3) é a que contém o maior número de elementos associados, com 20 palavras. Nesta categoria estão descritas as idéias que mais se aproximam do que foi considerado nas práticas das enfermeiras, ou seja, as palavras que contêm as noções mais presentes nas respostas das outras perguntas do instrumento de coleta de dados. Faz-se a ressalva de que os elementos associados ao trabalho não são exclusivos da Saúde Coletiva, apenas foram objeto de maior atenção nas falas das entrevistadas.

As palavras “tudo”, “diversidade”, “polivalência” e “versatilidade” indicam a característica do trabalho na rede básica, como o que lida com uma grande variedade de situações, exigindo das profissionais um preparo para atuar com as diversas faixas etárias e múltiplas necessidades de saúde. Associado a isto, recupera-se a idéia de “apagar fogo”, ação das enfermeiras que acabam por se responsabilizar por uma infinidade de necessidades e problemas que lhes são encaminhados, que nem sempre apresentam relação com seu papel, naqueles locais. O termo essencial indica a noção da importância de seu trabalho e da indispensabilidade da presença das enfermeiras nas Unidades de Saúde da rede básica.

Os termos associados ao trabalho em equipe foram incluídos nessa categoria, uma vez que mesmo presentes nas demais áreas de assistência em Enfermagem, são fundamentais para o desenvolvimento das práticas (das enfermeiras e dos outros profissionais) na Saúde Coletiva. A palavra “equipe” foi citada por três vezes, associada à idéia de “conflito” e “problemas”, conforme já discutido na análise desse tema, mas também incluíram uma aproximação às idéias de “autonomia”, “liberdade” e “reconhecimento”. A atuação na equipe de enfermagem foi representada pelas

palavras “administração”, “controle” e “coordenação”. Dentre as palavras mais citadas na categoria, destacam-se “equipe”, “tudo”, “vínculo”, “autonomia” e a própria palavra “trabalho”.

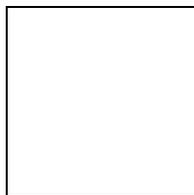


FIGURA 3: Palavras associadas pelas enfermeiras na categoria trabalho.

FONTE: Pesquisa direta, Nauderer, T. M. Coleta de dados por meio de questionário. Porto Alegre, 2006.

Fica claro que as mesmas palavras citadas se associam a diversos elementos das práticas das enfermeiras, diferentes da exposição apresentada. Poder-se-iam criar outras categorias ou mesmo modificar os termos presentes em cada uma, mas a intenção consiste em estabelecer associações que se baseiem nos dados fornecidos nas outras questões das entrevistas, sem desconsiderar que as dimensões das práticas das enfermeiras são indissociáveis e estão inter-relacionadas no cotidiano do trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais achados desta pesquisa são retomados nestas considerações, juntamente com algumas reflexões sobre os temas abordados e proposições para desdobramentos e possibilidades de aprofundamentos dos elementos associados às práticas das enfermeiras nas Unidades de Saúde.

Inicialmente, esclarece-se que os dados fornecidos pelas entrevistadas expressaram algumas características que se aproximavam e outras que se opunham nos seus discursos, demonstrando multiplicidade nas práticas das enfermeiras atuantes em UBSs de Porto Alegre. As informações sobre as práticas evidenciam a grande riqueza existente em um serviço de Saúde e permitem entender que o trabalho nesses locais é complexo e se constrói em seu cotidiano.

A investigação sobre as práticas das enfermeiras apresenta, ao mesmo tempo, características das Unidades de Saúde, com suas especificidades locais, e características relacionadas à profissão de enfermeira e seu trabalho. O contexto histórico e político atual influenciam decisivamente as relações que se estabelecem dentro do serviço, entre os profissionais e com a comunidade, bem como as práticas realizadas pelas enfermeiras.

A análise desses dados não desmembrou as dimensões técnicas das dimensões sociais que compõem as práticas estudadas, procurando respeitar a inter-relação de cada âmbito do objeto de estudo com os demais aspectos. Os resultados permitem identificar influência, nas práticas das enfermeiras atuantes nas UBSs, do modo como as profissionais e suas ações são identificadas pela população, das relações que se estabelecem com outros profissionais da equipe de saúde, da estrutura física e dos recursos materiais das Unidades de Saúde, da disponibilidade de recursos humanos no Município e das mudanças que a situação política atual do Município promoveu.

Com base na amostra das enfermeiras estudadas atuantes em UBSs em Porto Alegre, pode-se afirmar que as profissionais têm considerável preparo para as atividades, muitas com especialização na área e todas com relativa experiência na rede básica de saúde. Não há enfermeiras recém formadas atuando nos serviços,

bem como não há enfermeiras novas na área de atuação, em virtude da ausência de concursos e nomeações.

Os resultados indicam também que as enfermeiras não são identificadas profissionalmente pela população em geral e que a confusão com outros profissionais da equipe dá-se, freqüentemente, em virtude da natureza da atividade realizada, sendo que a consulta aproxima as enfermeiras da representação de médicas e os procedimentos técnicos as associam à figura das auxiliares e técnicas de enfermagem, não havendo uma ação que seja considerada própria da enfermeira e que a identifique entre os outros trabalhadores. Todavia, algumas enfermeiras relataram iniciativas no sentido de esclarecer à população sobre a composição da equipe de Saúde e seu papel no processo.

A representatividade do trabalho das enfermeiras e suas práticas nas UBSs foi analisada a partir do pressuposto de que é no trabalho proposto e realizado no cotidiano das UBSs que a valorização profissional encontra um meio para se constituir na sociedade. Assim, considera-se que a competência profissional, traduzida em ações resolutivas junto aos usuários das unidades de saúde, permite o reconhecimento da profissional e a valorização de seu trabalho.

As enfermeiras não realizam suas práticas sozinhas, mas interdependentemente às práticas dos demais trabalhadores da equipe de Saúde. Mesmo com considerável autonomia em suas ações, citada pelas entrevistadas como característica de seu trabalho nas UBSs, as participantes demonstraram o desejo de atuar na forma integrada de trabalho em equipe, com comunicação efetiva entre os agentes e respeito mútuo, expondo que desigualdades entre as diferentes profissões permanecem nos cotidianos de trabalho. O desconhecimento por parte de colegas, especialmente médicos, do papel das enfermeiras e de suas possibilidades de atuação foi apontado como um especial entrave ao trabalho integrado.

A centralidade das ações da equipe de saúde no trabalho médico pôde ser constatada em algumas falas de enfermeiras, contrariando a construção de um modelo assistencial, de acordo com a Saúde Coletiva. Contudo, o que se considera realmente relevante nesse processo é que essa condição não é aceita com passividade ou alienação pelas enfermeiras. Suas práticas vêm sofrendo um processo de enfraquecimento progressivo na rede básica do Município, caracterizado especialmente pela escassez de profissionais e pelas incertezas

acerca do protocolo de enfermagem. Assim, com muitas das suas atividades limitadas no cotidiano, a consulta médica volta a ser o centro das ações da equipe.

A perspectiva das práticas, a partir da visão das enfermeiras, privilegia a dimensão do sujeito como modificador da realidade, que constrói as possibilidades de mudança e inovação dentro da organização estrutural já estabelecida das atividades. Identificou-se que algumas enfermeiras têm encontrado meios de garantir que suas práticas alcancem os objetivos de modificar as realidades de saúde locais, por meio de criatividade e inovação, mas sobretudo por meio de ações de qualidade, consideradas importantes para os envolvidos.

A imagem profissional, relacionada à identificação das enfermeiras no ambiente de trabalho, tanto em sua figura como em seus papéis e funções, para a população e para os outros profissionais de saúde, configuram uma perspectiva de aprofundamento de investigação. Além disso, os aspectos históricos e intrínsecos à profissão que permeiam o cotidiano de trabalho das enfermeiras, influenciando tanto a visão da própria trabalhadora, como de seus colegas e dos usuários dos serviços configuram possibilidades de continuidade de estudo. Os diversos elementos que influenciam o planejamento e a execução das atividades das enfermeiras de seu cotidiano de trabalho indicam outras perspectivas de desdobramentos. O trabalho em equipe, mesmo com a considerável produção científica existente sobre o tema, por sua importância como reorganizador das práticas de todos os trabalhadores, merece atenção, e na perspectiva deste estudo, poderia ser examinado pelo que foi considerado como perfil do trabalhador ou abordando o entendimento dos profissionais sobre a profissão de seus colegas, suas funções e possibilidades de contribuição.

Enfim, as contribuições do estudo apresentado não se configuram na resposta às perguntas de pesquisa nem na apresentação de dados e informações analisadas e acabadas. Ao concluir este trabalho, indica-se uma contribuição muito mais na geração de novos questionamentos, de novas perspectivas de investigação, da fertilização de novas idéias e processos que podem contribuir com as práticas das enfermeiras da rede básica de Porto Alegre e que culminam em contribuições para a Enfermagem e para a Saúde Coletiva brasileiras.

Infelizmente não se pode dar voz a todas as questões levantadas pelas enfermeiras entrevistadas. Seus discursos foram avaliados sob forma acadêmica para a construção deste trabalho e tiveram que se submeter à análise que classifica

e, de certa forma, limita suas falas. Mas a realização das entrevistas permitiu o entendimento de que uma grande parte dessas enfermeiras, que estão trabalhando na ponta do sistema, carrega consigo um sentimento de abandono por parte de suas gerências, coordenação em níveis superiores e das próprias políticas de saúde aplicadas no Município. Algumas enfermeiras viam na entrevista uma chance de expor suas insatisfações e as realidades de trabalho às quais estão sendo submetidas, com esperança que a pesquisa pudesse trazer algo concreto em sua ajuda.

As motivações que levaram à construção deste estudo incluem uma admiração muito grande pela profissão e pelas profissionais. Desde a construção do referencial teórico, escolha da metodologia e sua execução, uma intenção de valorização da Enfermagem e do trabalho das enfermeiras permeou as ações desta pesquisa. E seria incongruente concluir a dissertação sem comentar o potencial de trabalho das enfermeiras em todas as áreas da Saúde, mais especificamente na Saúde Coletiva. Em muitos serviços do Município sabe-se que são elas as que realmente se responsabilizam pelo trabalho com a comunidade; são elas que fazem a diferença no atendimento à população, seja com suas práticas, seja colaborando com as equipes das quais fazem parte. O que se observou, em algumas UBSs, foram muitas enfermeiras descontentes, sub-utilizadas, desrespeitadas pelos colegas de equipe que desconhecem ou ignoram suas capacidades e seu conhecimento, com um grande potencial de atendimento das necessidades de saúde dos usuários, mas que estão engessadas em suas práticas por decisões políticas e interesses que não correspondem aos do grupo para o qual o serviço foi construído, funciona e cujo objetivo maior deveria ser um atendimento qualificado: aos usuários.

O objetivo inicial deste estudo foi o de conhecer e compreender as práticas das enfermeiras atuantes em UBSs de Porto Alegre. Ao analisarem-se os resultados obtidos nas entrevistas, concluí-se que o conhecimento e a compreensão das práticas das enfermeiras não podem ser considerados terminados, sem contemplar a articulação dessas práticas com as dos outros trabalhadores em saúde, envolvidos no processo de trabalho. Assim, não considerar as perspectivas dos outros profissionais é uma das limitações deste estudo, que se detém a um lado do tema: as falas das enfermeiras.

Para que a análise das práticas das enfermeiras pudesse ser mais abrangente, haveria ainda a necessidade da observação dos cotidianos de trabalho e da escuta dos próprios usuários dos serviços. A associação de informações mais detalhadas acerca do cenário político atual, com o aprofundamento da histórica inserção das enfermeiras na constituição da rede básica do município de Porto Alegre, poderia enriquecer as análises propostas.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.-C. Méthodologie de recueil dês représentations sociales. In: _____. (Org.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 1994. p. 59-82.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. ; PEDUZZI, M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. In: 51 Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10 Congresso Panamericano de Enfermería, 1999, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis : Associação Brasileira de Enfermagem, 2000. p. 259-277.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M .M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ANGELO, M.; FORCELLA, H. T.; FUKUDA, O. M. K. Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 211-223, ago., 1995.

ANGELONI, R. Nursing's media image: overcoming the stereotypes. **Journal of Practice Nursing**, Carlton, v. 34, n. 2, p. 28-29, Dec. 1984.

AUSTIN, J. K.; CHAMPION, V. L.; TZENG, O. C. S. Crosscultural comparison on nursing image. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 22, n.3, p. 231-239, 1985.

BARBOSA, M. A. *et al.* Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p.09-15, 2004. Disponível em <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 30 setembro 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 1977.

BARNARD, A. G.; SINCLAIR, M. Spectators & spectacles: nurses, midwives and visuality. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 55, n.5, p. 578-586, 2006.

BARREIRA, I. A. **A enfermeira-ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose**. 1992. 355 f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

BAUER, M. W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002. p. 17-36.

BELCHER, M. C. I'm no angel: I am a nurse – and that's enough. **American Journal of Nursing**, New York, v. 104, n. 7, p. 13, July, 2004.

BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. S. M.; LIMA, J. V. C. A unidade básica de saúde no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina (PR): ABRASCO, 2001. p.133-143.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília (DF), 1990.

_____. **O SUS de A a Z**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>>. Acesso em: 30 setembro 2007.

BUSHY, A. International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA. **Australian journal of rural health**. Carlton, v. 10, p. 104-111, 2002.

CHANDLER, L. Are nurses their own worse enemies? A look at nursing's image. **Imprint**, New York, v. 35, n. 4, p. 75-76, Nov., 1988.

CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. (Org.). **A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva**: CIPESC. Brasília: ABEn, 1999. 356p.

CHO, H. S. M.; KASHKA, M. S. The evolution of the community health nurse practitioner in Korea. **Public health nursing**. Malden, v. 21, n. 3, p. 287-294, 2004.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses, 1989. 385p.

COLOMÉ, I. C. S. **Trabalho em equipe no programa de saúde da família na concepção de enfermeiras**. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CORBISHLEY, A.C.M. **A prática de enfermagem em centros de saúde; uma visão do processo de trabalho.** 1998. 305 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

CUNNINGHAM, A. Nursing stereotypes. **Nursing Standard**, Harrow, v.13, n. 45, p. 46-47, Aug. 1999.

DANTAS, T. C. C. A gerência local como componente estratégico na implantação de políticas de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador (BA), v. 13, n. 1/2, p. 75-81, abr./out., 2000.

ELLIS, J. R.; HARTLEY, C. L. A enfermagem como profissão em desenvolvimento. In: _____. **Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências.** 5ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 1998. p. 13-49.

EVANS, D.; FITZPATRICK, T.; HOWARD-RUBEN, J. A district takes action. **American Journal of Nursing**, New York, v. 83, n. 1, p. 52-54, 1983.

FEALY, G. M. 'The good nurse': visions and values in images of the nurse. **Journal of advanced nursing.** Oxford, v. 46, n. 6, p. 649-656, 2004.

FRIEDRICH, D. B. C.; **O cuidado no trabalho da enfermeira em unidade básica de saúde: uma práxis em transformação.** 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerias, Belo Horizonte, 2000.

FRIEDRICH, D. B. C.; SENA, R. R.. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em Unidades básicas de saúde em Juiz de Fora - MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 10, n. 6, p. 772-779, nov./dez., 2002.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** 3ed. São Paulo: Cortez, 1985. 118p.

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

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. de. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 13, n. 6, p. 1011-1018, nov./dez., 2005a.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. de. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 393-398, jul./ago., 2005b.

GROSSER, L. R. Let's take the bedpan out of the public's image of nursing. **AORN Journal**, Denver, v. 34, n. 4, Oct. p. 589-594, 1981.

GUSTAVO, A. S.; LIMA, M. A. D. S. Idealização e realidade no trabalho da enfermeira em Unidades especializadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 1, p. 24-27, 2003.

HOLROYD E. A., BOND M. H., CHAN H. Y. Perceptions of sex-role stereotypes, self-concept, and nursing role ideal in Chinese nursing students. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 37, n.3, p. 294-303, 2002.

JINKS, A. M.; BRADLEY E. Angel, handmaiden, battleaxe or whore? A study which examines changes in newly recruited student nurses' attitudes to gender and nursing stereotypes. **Nurse Education Today**, Orlando, v. 24, p. 121-127, 2004.

KALISCH, B. J.; KALISCH, P. A. Improving the image of nursing. **American Journal of Nursing**, New York, v. 83, n. 1, p. 48-52, 1983.

KALISCH, P. A.; KALISCH B. J. A comparative analysis of nurse and physician characters in the entertainment media. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 11, n. 2, p. 179-195, 1986.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: reconstrução da prática de enfermagem em Unidade Básica de Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte (MG), v. 3, n. 1, p. 02-06, jan./dez., 1999.

LEOPARDI, M. T. Instrumentos de trabalho em saúde: razão e subjetividade. In: _____. (Org.) **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis (SC): Papa-Livros; 1999. p. 71-81. 1999.

LIMA M. A. D. S. *et al.* **Avaliação dos usuários sobre acesso e acolhimento em Unidades de saúde de Porto Alegre.** 2002. 13 f. Projeto de pesquisa. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2002.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 53, n. 3, p. 343-354, jul./set., 2000.

LIMA-BASTO, M. O que fazem os enfermeiros para promover a saúde da população? – análise preliminar. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 19-28, 2001.

LIPPMAN, D. T.; PONTON K. S. Nursing's image on the university campus. **Nursing Outlook**, Milwaukee, v. 37, n. 1, p. 24-27, Jan./Feb., 1989. [abstract]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=2911492&itool=iconabstr> Acesso em: 30 setembro 2007.

LOPES, M. J. M. Imagem e singularidade: reinventando o saber de enfermagem. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. (Org.) **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre (RS): Artmed, 1998. p. 43-52.

LOPES, M. J. M., LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas (SP), v. 24, n. 1, p. 105-125, jan./jun., 2005.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, 2001.

MEDEIROS, L. C.; TAVARES, K. M. O papel do enfermeiro hoje. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 2, p. 275-290, abr./jun., 1997.

MENDES-GONÇALVES R. B. **Práticas de saúde:** processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde; 1992. 54p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 7ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994. 80 p.

MUFF, J. A look at image in nursing. **Imprint**, New York, v. 31, n. 1, p. 40-44, 1984. [abstract]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=6559743> Acesso em: 30 setembro 2007.

_____. Meeting the goddesses: exploring the positive feminine in nursing stereotypes. **Imprint**, New York, v. 35, n.4, p. 42-49, 1988. [abstract]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=3192250> Acesso em: 30 setembro 2007.

NAUDERER, T. M. **A Imagem da Enfermeira**: Pesquisa Bibliográfica. 2003. 33 f. Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. **Imagem da enfermeira**: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), v. 58, n. 1, p. 74-77, jan./fev., 2005.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma Ata**. Disponível em: <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1> Acesso em: 30 setembro 2007.

PADILHA, M. I. C. de S. As representações da história da enfermagem na prática cotidiana atual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 3, p. 443-454, jul./set., 1999.

PADILHA, M. I. C. S.; NAZARIO, N. O.; MOREIRA, M. C. A compreensão do ideário da enfermagem para a transformação da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 50, n. 3, p. 307-322, jul./set., 1997.

PADILHA, M. I. C. S.; SILVA, A. L.; BORENSTEIN, M. S. Os congressos brasileiros – pontes para a liberdade e transformação da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 9, n. 3, p. 07-13, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev., 2001.

PLEWS, C.; Billingham K.; Rowe A. Public health nursing: barriers and opportunities. **Health and Social Care in the Community**, v. 8 n. 2, p.138, March, 2000.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2005. 118p.

PORTO ALEGRE. **Prefeitura Municipal de Porto Alegre**. Secretaria Municipal de Saúde. Endereço eletrônico oficial, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>>. Acesso em: 30 setembro 2007.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. O espaço de enfermagem em saúde coletiva na rede municipal de saúde de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 21, n. esp., p. 45-55, 2000.

RIZZOTO, M. L. F. O contexto teórico da enfermagem profissional no Brasil: o modelo biomédico e suas implicações. In: RIZZOTO, M. L. F. **História da enfermagem em sua relação com a saúde pública**. Goiânia (GO): AB, 1999. p. 33-46.

RODRIGUES, M. S. P. De fada e feiticeira à sua imagem atual. A mulher enfermeira: cuidadora, gerente, pesquisadora. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis (SC), v. 6, n. 1, p. 104-117, jan./abr., 1997.

ROSA, R. B.; LIMA, M. A. D. S. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre o que é ser enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 125-130, 2005.

RUSH K. L.; KEE C. C.; RICE M. Nurses as imperfect role models for health promotion. **Western Journal of Nursing Research**, Edmonton, v. 24, n. 2, p. 166-183, Mar., 2005.

SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 11, n. 01, p. 80-87, jan./fev., 2003.

SAUPE, R.; WENDHAUSEN, Á. L. P. O mestrado profissionalizante como modelo preferencial para capacitação em Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde Educação**, Botucatu (SP), v. 9, n. 18, p. 621-630, set./dez., 2005.

SCHRAIBER, L. B. Ciência, Trabalho e Trabalhador em Saúde: contribuições de Ricardo Bruno M. Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, práticas e recursos humanos. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina (PR), n. 14, p. 06-17, 1996.

SILVA, A. L.; PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 10, n. 4, p. 586-595, jul./ago., 2002.

SILVA, E. M. *et al.* Práticas de enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 989-998, jul./ago., 2001.

SLUSARSKA, B., KRAJEWSKA-KULAK E., ZARZYCKA D. Children's perceptions of the nursing profession in Poland. **Nurse Education Today**, Orlando, v. 24, p. 521-529, 2004.

SOUZA, J. G. de. Autonomia e cidadania na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 86-99, ago./dez., 2000.

STACCIARINI, J. M. R. *et al.* Quem é o enfermeiro? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 01, n. 01, p. 01-11, 1999. Disponível em <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 30 setembro 2007.

SUGANO, A. S.; SIGAUD, C. H. S.; REZENDE, M. A. A enfermeira e a equipe de enfermagem segundo mães acompanhantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 11, n. 5, p. 601-607, set./out, 2003.

TAKASE, M.; MAUDE, P.; MANIAS, E. Impact of the perceived public image of nursing on nurse's work behaviour. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 53, n. 3, p. 333-343, 2006.

_____. Explaining nurse's work behavior from their perception of the environment and work values. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 42, p. 889-898, 2005.

TAKASE, M.; KERSHAW, E.; BURT, L. Does public image of nurses matter? **Journal of Professional Nursing**, New York, v. 18, n. 14, p. 196-205, July/Aug., 2002.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 175p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 507-514, 2005.

TZENG, H.-M. Testing a conceptual model of the image of nursing in Taiwan. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 43, p. 755-765, 2006.

YAMASHITA, M.; MIYAJI, F.; AKIMOTO, R. The public health nursing role in rural Japan. **Public Health Nursing**. Malden, v. 22, n. 2, p. 156-165, Mar./Apr, 2005.

WARD, C.; STYLES I.; BOSCO, A. M. Perceived status of nurses compared to other health care professionals. **Contemporary nurse**, Queensland, v. 15, n. 1-2, p. 20-28, Aug., 2003. [abstract]. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=14649505&itool=iconabstr> Acesso em: 30 setembro 2007.

VIDAL, A. B. *et al.* Uma leitura do cenário de Campo Grande/MS na perspectiva do CIPESC. In: CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. (Org.). **A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva**: CIPESC. Brasília: ABEn, 1999. 356p.

VIEIRA, M. J. A representação do cuidar na imagem cultural da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 7, n. 5, p. 25-31, dez., 1999.

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista com enfermeiras

PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE:

HORA DE INÍCIO:

GERÊNCIA DISTRITAL:

HORA DE TÉRMINO:

NOME:

DATA:

CARACTERIZAÇÃO

1. Idade: ____ anos
2. Sexo: () F () M
3. Tempo de atuação como Enfermeira: _____
4. Tempo de atuação na Saúde Coletiva: _____
5. Tempo de atuação nesta unidade básica de saúde: _____
6. Especialização em alguma área? Qual?

PERGUNTAS

7. Quais são as cinco primeiras palavras que vêm a sua cabeça quando você ouve a palavra "Enfermeira na Saúde Coletiva"?
8. Como é a representatividade da sua profissão e do seu trabalho para os usuários do serviço onde você atua? Quais motivos levam os usuários desta unidade a te procurarem?
9. Você vê algum problema? Você realiza alguma ação para modificar aspectos relacionados a este assunto?
10. Quais você considera os maiores problemas enfrentados no seu cotidiano de trabalho aqui na unidade básica de saúde?
11. Quais são as práticas realizadas por você como enfermeira desta unidade básica de saúde?
12. O que você leva em consideração para planejar e realizar essas práticas? Quais os fatores que influenciam o planejamento e a realização dessas práticas?
13. Quais as maiores dificuldades encontradas e quais os limites das suas práticas?
14. Quais as propostas para solucionar as dificuldades ou ampliar os limites?

15. Mencione práticas que você considera inovadoras realizadas nesta Unidade básica de saúde.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e informado

Prezada Enfermeira,

Convidamos você a participar do presente estudo sob título de "Práticas de Enfermeiras em Unidades Básicas de Saúde". O estudo faz parte da dissertação de mestrado em enfermagem de Tais Maria Nauderer e está vinculado ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O Objetivo do estudo é conhecer e compreender as práticas das enfermeiras atuantes em Unidades Básicas de Saúde da rede do município de Porto Alegre, identificando alternativas que são utilizadas pelas profissionais que podem contribuir para modificações na representatividade de seu trabalho e na realidade de saúde das populações atendidas.

Para coleta de dados será realizada uma entrevista semi-estruturada com as informantes, cujo tempo médio é de 45 minutos. As entrevistas serão gravadas, para que não se perca nenhuma informação e, após transcritas, as fitas serão inutilizadas. O conteúdo das entrevistas será guardado sob responsabilidade das pesquisadoras por cinco anos. O nome dos informantes será mantido em sigilo e as informações fornecidas serão usadas apenas para os fins acadêmicos propostos.

Caso você aceite participar da pesquisa, é seu direito retirar seu consentimento e desistir em qualquer momento do estudo, sem que isso lhe traga prejuízo. Você tem também a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa, bem como o acesso ao relatório final do estudo.

A pesquisadora responsável por este estudo é Tais Maria Nauderer (51 91527424, e-mail tnauderer@terra.com.br), sob orientação da Professora Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima (e-mail malice@enf.ufrgs.br).

Concordo em participar do estudo acima referido, após ter sido informada de forma clara dos objetivos e finalidades da entrevista a qual serei submetida.

Nome do Entrevistado: _____

Assinatura do Entrevistado: _____ Data: ____/____/2006

Tais Maria Nauderer
Mestranda

Maria Alice Dias da Silva Lima
Orientadora

APÊNDICE C – Palavras citadas pelas enfermeiras na associação livre

ENFA 1	Elo
	Cuidado
	Administração
	Resolver problemas
	Chefia
ENFA 2	Medicação
	Dedicação
	Controle
	Equipe
	Presença
ENFA 3	Confiança
	Orgulho
	Diversidade
	Aberta à tecnologias
	Convivência com população
ENFA 4	Trabalho
	Tristeza
	Alegria
	Futuro
	Solidariedade
ENFA 5	Dedicação
	Prevenção
	Coordenação
	Equipe
	Essencial
ENFA 6	Gostar
	Tudo
	Liberdade
	Autonomia
	Nebulização
ENFA 7	Doação
	Comprometimento
	Vacina
	Vínculo
	Prevenção
ENFA 8	Versatilidade
	Polivalência
	Prazer
	Paciência
	Trabalho

ENFA 9	Educação
	Satisfação
	Comunidade
	Falta de recursos
	Apoio
ENFA 10	Prevenção
	Vacina
	Rotina
	Equipe
	Ouvir
ENFA 11	Educar
	Ensinar
	Aprender
	Tudo
	Orientar
ENFA 12	Carinho
	Orientar
	Diversão
	Contemporizar
	Ouvir
ENFA 13	Ferida
	Conflito
	Autonomia
	Tudo
	Ajeitar
ENFA 14	Reconhecimento
	Apagar fogo
	Vínculo
	Gostar
	Prevenção
ENFA 15	Frustração
	Persistência
	Problemas
	Trabalho
	Prevenção

APÊNDICE D – Árvore associativa baseada na associação livre