



**UNICRUZ – UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA
UNIJUÍ – UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO INTEGRAL
À SAÚDE**

**INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO COM AS MULHERES
ENFERMEIRAS QUE ATUAM NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
CIDADE DE CRUZ ALTA –RS**

Dissertação de Mestrado

LIDIANE CORADINI CARVALHO

CRUZ ALTA - RS, BRASIL 2016

**INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO COM AS MULHERES
ENFERMEIRAS QUE ATUAM NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
CIDADE DE CRUZ ALTA –RS**

Por

LIDIANE CORADINI CARVALHO

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde da Universidade de Cruz Alta (Unicruz-RS) em associação ampla a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ-RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Atenção Integral à Saúde**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces

Cruz Alta - RS, Brasil 2016

UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA E UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE
DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO INTEGRAL
À SAÚDE

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**“Integralidade na Atenção à saúde: Um estudo com as mulheres
enfermeiras que atuam nas estratégias de saúde da família da
cidade de Cruz Alta – RS”**

elaborada por:

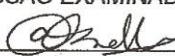
Lidiane Coradini Carvalho

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Atenção Integral à Saúde

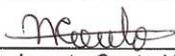


Prof.ª. Dr.ª. Solange Beatriz Billig Garcez

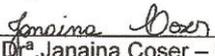
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.ª. Dr.ª. Eva Terezinha de Oliveira Boff - UNIJUI



Prof.ª. Dr.ª. Luciana do Nascimento Couto Usalma/PT – UNICRUZ



Prof.ª. Dr.ª. Janaina Coser – UNICRUZ

Cruz Alta, 16 de junho de 2016

AGRADECIMENTOS

A Deus por não fazer as minhas vontades e sim entender as minhas necessidades, por estar sempre junto de mim e me ajudar a fazer desta vida um palco de felicidades.

A minha querida orientadora, professora Solange, por ter cruzado o meu caminho e depositado, em mim, confiança. Pela atenção e empenho dedicado para a elaboração deste trabalho, por ter sido amiga e conselheira. Sou grata por toda nossa trajetória de orientações e por todas as boas ações que você fez por mim.

A minha amada mãe Aracélia, que é minha heroína, companheira, que me deu apoio nas horas difíceis, de desânimo e que está presente em minha vida em todos os momentos. Obrigada!

A meu amado pai Claudio, meu porto seguro, meu suporte para ingressar nessa empreitada, por me dar condições de lutar e alcançar meus objetivos pretendidos. Muito obrigado.

Ao meu esposo Frederico e a minha filha Alice pela paciência, compreensão nos meus momentos de cansaço e ausência, que depositam fé diariamente em mim e em meus projetos, incentivando a ter fé em mim mesma e em Deus sempre. Amo vocês!

A todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha trajetória acadêmica de formação no Mestrado, o corpo docente de professores, os funcionários das universidades, os colegas da nossa primeira turma de alunos desse mestrado, o meu eterno muito obrigado.

Em especial às colegas enfermeiras Aline Romero Cabral e Mônica Jaskulski, sem vocês eu não teria conseguido. Obrigado pela amizade, conversas, viagens, artigos, muito estudo. Conhecer vocês me faz mais feliz.

Agradeço as estagiárias de enfermagem Francieli C. Novaski da Silva e Caroline Freiburger já enfermeira, que me acompanharam no meu trabalho e a colega enfermeira Marta Krampe pelo apoio e incentivo que me ajudaram a buscar este objetivo e a crescer.

A meus familiares e amigos, meu agradecimento por me ajudar a vencer, uns com palavras, outros com tolerância, me fazendo encontrar a direção certa.

É muito bom aprendermos a ser gratos por tudo aquilo o que a vida nós dá, e descobrimos seu verdadeiro valor.

Dedico esta dissertação aos meus pais, Claudio e Aracelia;
ao meu esposo Frederico, a minha filha Alice;
a minha avó Ana Elvira e a toda a minha família que,
com muito carinho e apoio, estiveram caminhando ao
meu lado para essa direção.
Hoje estamos colhendo juntos: o fruto dessa conquista.
Esta vitória é de todos nós.

"A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica."

(Paulo Freire)

"O futuro pertence aqueles que acreditam na beleza de seus sonhos".

(Eleanor Roosevelt)

RESUMO

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO COM AS MULHERES ENFERMEIRAS QUE ATUAM NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE CRUZ ALTA -RS

Autora: Lidiane Coradini Carvalho
Orientadora: Dr^a Solange Beatriz Billig Garces

Esta dissertação teve como objetivo geral analisar a temática da integralidade na atenção à saúde das enfermeiras que atuam nas Estratégias de Saúde da Família da cidade de Cruz Alta no Estado do Rio Grande do Sul, partindo da realidade encontrada e do conhecimento técnico-científico, destacando as ações de enfermagem e sua importância para a saúde das próprias enfermeiras. O estudo foi desenvolvido em (11) ESFs do município de Cruz Alta-RS a partir de uma pesquisa de natureza descritiva observacional, com abordagem qualitativa dos dados e, portanto a amostra contou com onze (11) enfermeiras. Para coleta de dados utilizou-se como instrumento de pesquisa um roteiro de entrevista previamente organizado, relatos de histórias de vida e carta de agradecimento dos usuários, além de observações diretas registradas em diário de campo, interpretando os dados através de categorias de análise. Os resultados da pesquisa indicaram que o município possui 18 (dezoito) Estratégias de Saúde da Família, sendo que 17 (dezesete) são habilitadas pelo Ministério da Saúde, oferecendo cobertura de 94,39% aos usuários; a cobertura de Saúde Bucal é de 82% com atendimento em 13 (treze) ESFs; 01(uma) Unidade Móvel; e, 120(cento e vinte) Agentes Comunitários de Saúde, com 100% de cobertura para a população. Os dados sociodemográficos encontrados nesta pesquisa mostram que as enfermeiras entrevistadas têm em média de 38,88 anos (α 10,88) de idade; a renda familiar média é de 5,88 salários (α 2,42); o tempo médio de atuação das participantes na enfermagem é de 11,25 anos (α 5,34). As entrevistadas ressaltaram a importância de atender as necessidades exigidas quanto ao cuidado integral da população e a política da ESF, que para elas continua no modelo de saúde de assistência curativa, pontuada e especializada. Sobre as atividades desenvolvidas pelos profissionais da equipe de Saúde da Família descreveram que são diversas, atuando nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, mas nem uma das entrevistadas considera muito boa as condições de trabalho nas ESFs; as opiniões se dividem, principalmente entre boa (36,36%) e regular (36,36%) e 27,28% responderam que é ruim; quanto à atenção com sua própria saúde: 27,28% responderam que há integralidade; 18,18% responderam às vezes, e 54,54% responderam que não há condições da enfermeira ter integralidade na atenção da sua própria saúde. Nas cartas de agradecimento dos usuários, a maioria reconhece e é grato pelo trabalho realizado pelas enfermeiras, mas algumas pessoas não reconhecem o esforço, mesmo no atendimento em situações complexas, ou em condições adversas e precárias. A partir dos resultados sugere-se aos gestores locais do SUS retomar em seus espaços de discussão o tema integralidade da assistência e sua relação com os profissionais, organização e gestão dos serviços. Essa reflexão poderá enriquecer as possibilidades de trabalho interdisciplinar entre os níveis de atenção, redirecionando ações de algumas políticas de saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública. Integralidade. Mulheres. Enfermagem.

ABSTRACT

COMPLETENESS IN HEALTH CARE: A STUDY WITH WOMEN NURSES ACTING ON STRATEGIES HEALTH FAMILY IN CITY CRUZ ALTA-RS

Author: Lidiane Coradini Carvalho
Advisor: Dr^a Solange Beatriz Billig Garces

This work aimed to analyze the issue of comprehensiveness in health care nurses working in Health Strategies City Family in Cruz Alta, the state of Rio Grande do Sul, based on the reality found and the technical and scientific knowledge, highlighting nursing actions and their importance to the health of nurses themselves. The study was developed in seventeen ESFs the municipality of Cruz Alta-RS from an observational descriptive research with qualitative approach to data collection was used as a research tool a pre-arranged interview script, stories reports life and letter of gratitude from users, as well as direct observations recorded in a field diary, interpreting the data through analysis categories. The survey results indicated that the city in eleven (11) Family Health Strategies, providing coverage of 94.39% users; Oral Health coverage is 82%, with service in 11 (eleven) ESFs; 01 (one) Mobile Unit; and 120 (one hundred and twenty) Community Health Agents, with 100% coverage of the population. The demographic data found in this research show that interviewed nurses have an average of 38.88 years ($\alpha 10,88$) age; the average family income is 5.88 wages ($\alpha 2,42$); the average time of work in nursing participants was 11.25 years ($\alpha 5.34$). Interviewees stressed the importance of meeting the needs required on the comprehensive care of the population and the ESF policy, which for them is still in the health model of curative care, and specialized scored. On the activities undertaken by the Health team professionals of the Family reported that are diverse, working in prevention, promotion and recovery of health, comprehensively and continuously, but not one of the interviewees considered very good working conditions in ESFs; opinions are divided mainly between good (36.36%) and regular (36.36%) and 27.28% answered that it is bad; as the attention to their own health: 27.28% answered that there is completeness; 18.18% said sometimes and 54.54% answered that there is no nurse conditions have integrity in the care of their own health. In letters of gratitude from users, most acknowledge and are grateful for the work done by nurses, but some people do not recognize the effort, even in care in complex situations, or in harsh and precarious conditions. From the results it is suggested to local managers SUS resume in their discussion spaces the theme comprehensive care and its relationship with the professionals, organization and management of services. This reflection can enrich interdisciplinary work opportunities between levels of care, redirecting actions of some health policies.

Keywords: Public Health. Completeness. Women. Nursing.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Escolaridade das Enfermeiras Entrevistadas | 67 |
| Tabela 2: Estado civil das Enfermeiras Entrevistadas | 67 |
| Tabela 3: Tempo da Enfermeira na ESF..... | 68 |
| Tabela 4: Condições de Trabalho nas ESFs, conforme opinião das enfermeiras... | 78 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Evolução do Modelo de Atenção à Saúde no Brasil..... | 28 |
| Quadro 1: Descrição das Atividades Desenvolvidas pelas Enfermeiras nas duas últimas semanas | 70 |
| Quadro 2: Malefícios e Benefícios da Profissão Enfermeira..... | 82 |
| Quadro 3: Estratégias mais significativas para evitar o adoecimento, conforme as participantes deste estudo | 90 |
| Quadro 4: Justificativas das enfermeiras para a não ocorrência da atenção integral à saúde | 93 |

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

- AB** - Assistência Básica
- ACS** – Agente comunitário de saúde
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- CAPS** – Centro de Atendimento Psicossocial
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- DAS** – Departamento de Ações em Saúde
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- GM/MS** – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
- HND** - História Natural das Doenças
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDS** - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde
- LOS** – Lei Orgânica de Saúde
- MS** - Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OPAS** – Organização Panamericana da saúde
- PAB** – Política de Atenção Básica
- PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PPGAIS** – Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde
- QV** – Qualidade de vida
- QVT**- Qualidade de vida no trabalho
- RS** – Rio Grande do Sul
- SAE** – Serviço de Atendimento Especializado
- SISCAN** - Sistema de Informação do Câncer
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- THD** - Técnico em Higiene Dental
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- USF** – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA | 12 |
| 1.1 | Hipótese Central | 16 |
| 1.2 | Objetivos da Pesquisa... | 16 |
| 1.2.1 | Objetivo Geral..... | 16 |
| 1.2.2 | Objetivos Específicos..... | 16 |
| 2 | CAMINHO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO | 18 |
| 2.1 | Caminho Epistemológico | 18 |
| 2.1.1 | Abordagem Epistemológica e Tipo de Pesquisa..... | 18 |
| 2.2 | Caminho Metodológico | 19 |
| 2.2.1 | Contexto de Realização da Pesquisa | 19 |
| 2.2.2 | População e Amostra de Pesquisa..... | 19 |
| 2.2.3 | Instrumentos e Procedimentos de Pesquisa..... | 20 |
| 2.2.4 | Análise e Interpretação dos Dados..... | 21 |
| 2.3 | Cuidados Éticos | 22 |
| 3 | SAÚDE PÚBLICA: INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE | 23 |
| 3.1 | Concepção de Saúde | 23 |
| 3.2 | Atenção Básica em Saúde | 29 |
| 3.3 | Estratégia de Saúde da Família | 31 |
| 3.4 | Equipes de Saúde da Família | 34 |
| 3.5 | A Integralidade na Atenção à Saúde | 38 |
| 4 | O HISTÓRICO DA ENFERMAGEM | 43 |
| 5 | A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM | 48 |
| 5.1 | A Enfermagem na Saúde Pública | 50 |
| 5.2 | A dinâmica de funcionamento da ESF no município investigado | 52 |
| 5.2.1 | Descrição das atividades desenvolvidas pelos profissionais na Equipe de Saúde da Família (ESF) | 56 |
| 5.2.2 | A Atuação da Enfermeira na Atenção Básica - ESFs..... | 69 |
| 6 | A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS ENFERMEIRAS | 76 |
| 6.1 | O Cuidado da Saúde das Enfermeiras que Atuam nas ESFs | 77 |
| 6.2 | A Integralidade na Atenção à Saúde das Enfermeiras que Atuam nas ESFs... | 81 |
| 6.3 | Reflexão Sobre o Cuidado Integral à Saúde das Mulheres Enfermeiras que Atuam nas ESFs, Mobilizando Ações de Mudança Coletiva | 91 |
| 6.3.1 | Mobilizando Ações de Mudança Coletiva a partir das Histórias de Vida das Enfermeiras que Atuam nas ESFs..... | 97 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 105 |
| | REFERÊNCIAS | 108 |
| | APÊNDICES | 119 |

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

Com a Constituição Federal de 1988, houve uma reformulação política e organizacional dos serviços e ações de saúde no Brasil. A atenção à saúde era desenvolvida com ênfase na prestação de serviços médicos individuais curativos, e, com a promulgação da Constituição de 1988, o enfoque de modelo assistencial foi gradualmente alterado para um modelo de atenção integral à saúde, com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 1990b).

Criado em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o atendimento ambulatorial até procedimentos mais complexos como transplantes. Ele garante acesso integral, universal e gratuito a toda população do país (BRASIL, 2013).

Para atender às necessidades da população e reestruturar a saúde na atenção básica no país, foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Cada equipe de ESF é responsável por determinado território, o que aproxima os profissionais da população, facilitando o conhecimento da realidade local com a finalidade de planejar ações direcionadas à resolução dos problemas encontrados naquela área. Para planejar, é necessário, inicialmente, o cadastramento das famílias da região de abrangência, realizando o levantamento de indicadores epidemiológicos e socioeconômicos. Além das informações da comunidade, também é preciso dados oficiais, como de cartórios e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015).

O Ministério da Saúde recomenda que a composição das equipes de ESF seja de médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). As ações devem ser desempenhadas com criatividade, dinamismo e precisam ser avaliadas permanentemente através de indicadores de saúde de cada área de atuação, identificando situações de risco e problemas de saúde prevalentes,

prestando assistência integral, com atenção às ações de promoção à saúde, voltado ao autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 2009).

De acordo com Ferreira (2012, p. 2) “A ampliação da cobertura assistencial pela ESF possibilitou às equipes identificar novas necessidades de saúde, gerando, assim, outras demandas assistenciais. Evidenciou-se a importância da inserção de outros profissionais a fim de assegurar a integralidade na atenção à saúde” .

Considerando às atribuições dos profissionais que compõem as ESFs, o médico deve atender a todos os componentes da família, independente de sexo e idade, compreendendo a doença em seu contexto pessoal, familiar e social. O enfermeiro trabalha juntamente com a equipe de profissionais do ESF e na comunidade, assistindo pessoas que necessitem de sua atenção, participando da programação de ações a serem praticadas pela equipe de saúde da família. O técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde desenvolvem ações de saúde na comunidade, identificando famílias de risco, garantindo a monitoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2006).

Para a realização plena de suas atribuições, todo profissional da saúde necessita de um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz. Ainda outros profissionais podem ser incorporados a uma ESF, conforme as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais (BRASIL, 1997).

Essa estratégia inovadora possui como objetivo o apoio, ampliação e aperfeiçoamento da atenção e da gestão da saúde na Atenção Básica/ Saúde da Família com o auxílio de uma equipe multidisciplinar. Sua função é orientar quanto às mudanças na atitude e atuação dos profissionais da equipe e da Saúde da Família, e ainda promover ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde e da cura (BRASIL, 2009).

Conforme Coelho *et al.* (2009, p. 155), “As estratégias para o desenho de práticas mais eficazes devem ser construídas no cotidiano da atenção à saúde, tornando-se imperativo o trabalho interdisciplinar e uma compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença.” E, citando Camargo Junior (2003, p. 40), Coelho *et al.* (2009, p.155) acrescentam que “[...] a integralidade deve ser considerada um ideal regulador, um dever, ‘impossível de ser plenamente atingível, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar.’ ”

Diante disso, também é importante acrescentar que:

A integralidade, além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais (COELHO *et al.*, 2009, p.155).

Portanto, a integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional da saúde que busca com atenção e, além das solicitações expressas pelos cidadãos, reconhecer as necessidades quanto à saúde dos mesmos. Mas também pode ser verificada a integralidade na preocupação do profissional que atua na saúde utilizando as técnicas de prevenção e tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (GOMES; PINHEIRO, 2005; COELHO *et al.*, 2009; FRIGO; BRAZ, 2010; MATTOS, 2006).

Assim, ao analisar a trajetória da saúde no Brasil, a história mostra que a atribuição do ato de cuidar está atribuída essencialmente às mulheres, visto que a incorporação de atividades relacionadas aos cuidados de outros seres humanos em processo de crescimento, assim como daqueles dependem dos cuidados dos outros para garantir o direito à vida. Então, pode-se afirmar que o cuidado é uma preocupação constante no cotidiano das mulheres, tendo em vista a forma como se apresenta.

Em pesquisa Coelho *et al.* (2009, p. 154/158) demonstram que:

A política atual de atenção integral à saúde das mulheres propõe a incorporação do princípio da integralidade e da dimensão de gênero nas práticas profissionais [...] em se tratando da relação mulher e saúde, além das especificidades ligadas à sua inserção social do ponto de vista de classe, raça e geração, há a dimensão de gênero que participa do processo de saúde e de adoecimento desse grupo populacional e que, embora identificada pelos sujeitos do estudo, não é valorizada como produtora de demandas de saúde.

Em outra pesquisa realizada por Coelho (2001), como sua tese de doutorado, na qual investigou as “Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero”, a autora já destacava que, em relação à saúde das mulheres, a integralidade pode ser compreendida como a realização de práticas de atenção para assegurar o acesso das mulheres a ações de saúde. Essas ações devem ser construídas segundo as características de cada período de vida feminino e considerando o contexto em que as necessidades se produzem.

Ainda, conforme a autora acima referida, o cuidado e o acolhimento estão relacionados, sendo essencial a escuta de necessidades das usuárias para, a partir das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres, reconhecer as interferências que acontecem. Levando em conta as equipes multiprofissionais e as desigualdades sociais que ocorrem apesar da implementação das políticas públicas de saúde, pesquisas têm sido realizadas com profissionais do campo da saúde da mulher para identificar as principais dificuldades na efetivação da integralidade do cuidado.

Assim sendo, como o cuidado da usuária mulher também tem características próprias do gênero e pelas diretrizes de humanização do SUS deve ser integralizado, por outro lado levanta-se, a partir disso e das considerações iniciais, a seguinte questão norteadora de pesquisa: “Como se dá a integralidade na atenção à saúde das enfermeiras que atuam nas Estratégias de Saúde da Família em um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul?”

Como questões norteadoras complementares levantaram-se as seguintes:

-As enfermeiras sendo responsáveis pela integralidade na atenção à saúde das famílias em seus territórios de ação, também se preocupam com a integralidade na atenção à sua saúde?

- Como esta atenção integral à sua saúde ocorre?

- Há essa viabilidade de autocuidado integral ou isso se torna impossível pela rotina estressante, cansativa e de duplas e triplas jornadas como enfermeira, mulher e mãe?

Nesta direção cabe justificar que o interesse e a escolha por este tema surgiu pela vivência da pesquisadora nesta área, ou seja, perpassa pelas experiências vividas e pelas dificuldades encontradas na prática diária de trabalho.

A realização dessa pesquisa firma sua relevância tendo por base o pressuposto de que a prevenção é fundamental na saúde pública. Com este conhecimento, pretende-se contribuir para melhorar a atenção da saúde das mulheres enfermeiras, proporcionando-lhes qualidade de vida e auxiliando na abordagem do profissional da área.

Também se deve destacar que a equipe de enfermagem, como parte da ESF, necessita de gestores comprometidos com a organização do sistema e engajados com a saúde coletiva; trabalhadores valorizados para desenvolver, plenamente, seu conhecimento específico, educados de forma contínua e permanente nos serviços e compromissados com a defesa da vida individual e coletiva; comunidade integrada nas decisões e no planejamento das propostas e ações de saúde; tudo isso, permitindo articulações com as proposições do SUS, num encontro concreto com a integralidade da atenção.

Neste sentido, entende-se que realizar esta pesquisa vem ao encontro da linha de pesquisa do PPGAIS, que tem como base os *processos saúde-doença-cuidado*, e como objetivo investigar a atenção à saúde, nas diferentes fases do curso da vida: neste caso, as mulheres enfermeiras, estudando o cuidado integral à sua própria saúde.

Além do exposto, a constituição da demanda em saúde surge de interações dos sujeitos, usuários(as), profissionais e gestores, na relação com a oferta nos serviços de saúde, diante de um determinado projeto político institucional. E a integralidade do cuidado à saúde,

por sua vez, requer escuta, acolhimento, ações resolutivas para que aconteça a humanização das práticas.

1.1 Hipótese de Estudo

A integralidade na atenção à saúde das próprias enfermeiras que atuam nas Estratégias de Saúde da Família em um município do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul inexistente, já que as mesmas apresentam sobrecarga de trabalho que as fragiliza para obtenção de uma saúde integralizada.

1.2 Objetivos da Pesquisa

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a temática da integralidade na atenção à saúde das enfermeiras que atuam nas Estratégias de Saúde da Família em um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, partindo da realidade encontrada e do conhecimento técnico-científico, destacando as ações de enfermagem e sua importância para a saúde das próprias enfermeiras.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a dinâmica de funcionamento da ESF no município em enfoque descrevendo as atividades desenvolvidas pelos profissionais à equipe de Saúde da Família;
- Investigar o papel das enfermeiras no desenvolvimento da atenção integral à saúde nas ESFs;
- Identificar aspectos no desenvolvimento do trabalho da mulher enfermeira que fragiliza e/ou potencializa o próprio cuidado de saúde;
- Descrever o impacto da integralidade na atenção à saúde das próprias enfermeiras que atuam nas ESFs em foco no estudo;
- Oportunizar reflexão e discussão sobre o cuidado integral à saúde das mulheres enfermeiras que atuam nessas ESFs, mobilizando ações de mudança coletiva.

A partir dessa contextualização inicial, neste primeiro capítulo apresentam-se as questões norteadoras, a justificativa do estudo, a hipótese e os objetivos da presente pesquisa. No segundo capítulo descreve-se o caminho metodológico que se seguiu para a realização do estudo, destacando a caracterização e o contexto de realização do mesmo, população e amostra, bem como os instrumentos e procedimentos de pesquisa, além dos cuidados éticos observados.

O terceiro capítulo refere-se às concepções de saúde pública e o quarto sobre a Atenção Básica em Saúde, seguido pelo quinto capítulo que trata sobre a integralidade na atenção à saúde. O sexto apresenta um histórico sobre a enfermagem e o sétimo aborda sobre a profissão da enfermagem para a mulher; descreve-se, no oitavo capítulo, a enfermagem na saúde pública, fazendo a apresentação e análise dos dados obtidos neste estudo. Por fim, expõem-se as considerações finais a partir da pesquisa.

2 CAMINHO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO

2.1 Caminho Epistemológico

2.1.1 Abordagem Epistemológica e Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva observacional de abordagem qualitativa dos dados. A pesquisa de abordagem qualitativa preocupa-se em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, trabalhando com a vivência, a experiência, o cotidiano e a compreensão das estruturas e instituições como a somatória da ação humana objetivada (MINAYO, 2008; RICHARDSON *et al.*, 1999).

Minayo (2008) fundamenta que a abordagem qualitativa preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com um universo de significados, concepções, motivações, valores e atitudes, que por sua vez correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis quantificáveis.

Partindo do pressuposto de que a pesquisa descritiva leva a observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos sem que se façam interferências, realiza-se este estudo descritivo, o qual, de acordo com Minayo e Gomes (2002, p.124) é assim definido: “Pesquisas descritivas são habitualmente solicitadas na área de enfermagem”, portanto, uma das características da pesquisa descritiva é a técnica padronizada da coleta de dados, realizada principalmente através de questionários e da observância sistemática.

A observação permite que o pesquisador chegue mais perto da perspectiva dos sujeitos, pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado (LÜDKE; ANDRE, 2007).

2.2 Caminho Metodológico

2.2.1 Contexto de Realização da Pesquisa

O Município de Cruz Alta está situado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), tem 63.961 habitantes. Possui 17 (dezesete) Estratégias de Saúde da Família (ESFs), as quais são habilitadas pelo Ministério da Saúde, oferecendo cobertura de 94,39% aos usuários. A cobertura de Saúde Bucal é de 82% com atendimento em 13 (treze) ESFs. O município conta ainda com 01(uma) Unidade Móvel; 120 (cento e vinte) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com 100% de cobertura para a população.

Assim, a rede de saúde do município é formada por 17 (dezesete) ESFs, 01(um) Centro Saúde da Mulher e da Criança, 01 (uma) Unidade Básica de Saúde (UBS); 01(um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 1), 01(um) Centro de Atenção Psicossocial –Alcool e Drogas- CAPS AD, 01(um) Centro de Atenção Psicossocial Infantil -CAPS i, 01(um) Serviço de Atendimento Especializado (SAE); 01(uma) Central de Especialidades Médicas; 01(um) Pronto Atendimento e também o serviço oferecido pelo Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Santa Lúcia e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Para realização da pesquisa, nas 17 (dezesete) ESFs do município de Cruz Alta, solicitou-se ao setor de gestão de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, a autorização para coleta de dados junto às enfermeiras das ESFs, que se deu por meio de carta enviada à secretária municipal de saúde (APÊNDICE A).

2.2.2 População e Amostra de Pesquisa

O município tem um total de 18 (dezoito) Estratégias de Saúde da Família (ESFs), sendo que destes, 01 (uma) ESF não está habilitada pelo Ministério da Saúde. Nestas ESFs há um total de 20 (vinte) enfermeiros em atividade, sendo que destes 18 (dezoito) são mulheres. Como o critério de seleção da amostra desta pesquisa é ser enfermeira (sexo feminino) e estar atuando em ESF a população da pesquisa totalizou 17 (dezesete) enfermeiras das 17 (dezesete) ESFs. Todavia, a amostra contou com 11 (onze) enfermeiras de 11 (onze) ESFs, pois foram as que aceitaram participar voluntariamente e fizeram a devolução dos

questionários. A participação das enfermeiras se deu através do aceite voluntário na pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Além disso, foram selecionados 10 (dez) usuários para escreverem cartas de gratidão às enfermeiras selecionadas na pesquisa, expressando seu agradecimento pelo trabalho realizado pelas mesmas. A escolha dos usuários se deu por conveniência, ou seja, os usuários eram convidados e os que aceitaram participaram livremente.

De acordo com Minayo (2008), não se faz necessária maior atenção quanto ao número de sujeitos que serão investigados. Para essa autora, quanto à pesquisa qualitativa, o que é relevante é que o sujeito selecionado esteja realmente vivenciando ou fazendo parte da situação em estudo.

2.2.3 Instrumentos e Procedimentos de Pesquisa

Para a coleta de dados utilizou-se como instrumento de pesquisa um questionário com perguntas abertas (APÊNDICE C), o qual foi previamente organizado, assim como relatos de histórias de vida das participantes e carta de gratidão dos usuários, além de observações diretas registradas em diário de campo.

Os questionários foram aplicados às enfermeiras das ESFs, com questões elaboradas em conformidade com os objetivos referidos no estudo e validado para este fim (APÊNDICE D). O questionário teve o propósito de direcionar os relatos dos entrevistados, permitindo assim que o recorte temático da pesquisa fosse contemplado de acordo com as representações dos diferentes sujeitos que compõe o campo de estudo.

Complementar a isso foram realizadas observações diretas. Como forma de registro das observações diretas, optou-se por diário de campo, principal instrumento do trabalho de observação. Para a sua realização foi elaborado um roteiro norteador para que a observação ocorresse de forma sistematizada nos espaços onde são desenvolvidas as atividades dos enfermeiros nas ESFs.

Segundo Minayo (2008), o referido instrumento é um caderninho de notas em que o investigador, dia a dia, vai anotando o que observa. Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios como falas, dentre outros aspectos do processo

teórico – empírico de análise de dados a partir dos objetivos, das técnicas de coleta de dados, dos sujeitos entrevistados e das dimensões de análise.

Além disso, alguns usuários selecionados voluntariamente e por conveniência escreveram cartas de gratidão às enfermeiras que participaram da pesquisa.

A técnica da carta de gratidão pode ser justificada, como explica Couto (2014, p. 46) pelo fato de que na vida existem “momentos tristes e dolorosos com os quais sofremos e estes fazem parte da vida de cada um de nós. O que podemos aprender com cada uma destas experiências e [...] concentrar a nossa atenção em todas as bênçãos da nossa vida e agradecer” Além disso, a mesma autora também lembra que “[...] tudo está interligado e as palavras e pensamentos não são exceção. A palavra dita ou pensada tem o poder de refletir ou criar a realidade” (COUTO, 2014, p. 29).

2.2.4 Análise e Interpretação dos Dados

Os dados da pesquisa, em sua maioria qualitativos foram analisados através de análise de conteúdo por meio de pré-categorias previstas em Matriz de Análise (APÊNDICE E). A análise dos dados foi orientada por três etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados, pelo método de análise de conteúdo temático por categorias, com base em Minayo (2008) e Bardin (1977), e das observações da prática, que possibilitam uma análise dos elementos subjetivos que atravessam a produção da referida prática.

De acordo com Bardin (1977, p. 42) a análise de conteúdo:

[...] significa um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva e apresentados em tabelas. Para as variáveis qualitativas escolaridade, estado civil, e tempo de atividades na ESF, foram apresentadas as tabelas de frequência, e para as variáveis quantitativas idade, renda familiar e tempo na enfermagem, foram calculadas a média e o desvio padrão.

2.3 Cuidados Éticos

Para realização desta pesquisa foram respeitados todos os cuidados éticos estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), através do encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unicruz (CEP), registrado sob CAAE nº 49963715.1.0000.5322 e aprovado sob parecer nº 1302888.

3 SAÚDE PÚBLICA: INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

3.1 Concepção de Saúde

Desde a origem das espécies o ser humano tem buscado a cura para doenças, seja através de rituais ou através de remédios, mostrando ser essa uma característica inerente a humanidade em defesa da vida, além de que a arte de curar vem de séculos e através destes o mundo era dirigido pela tradição e os costumes foram repassados entre gerações (BALESTRIN; BARROS, 2009). Essa ideia se associa com as colocações de Zanchi e Zugno (2010, p. 19) ao explicitarem que: “[...] a história da medicina é a história do esforço do homem para debelar a doença e conservar e/ou recuperar a saúde física e mental dos indivíduos e da população”.

A busca por explicações causais do processo saúde-doença resultou na configuração da História Natural das Doenças (HND), conhecido como modelo processual dos fenômenos patológicos. O processo saúde-doença é conceito central da proposta de epidemiologia social para caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados dinâmicos nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais; cada situação de saúde específica, individual ou coletiva, é o resultado, em dado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos (ROUQUAYROL, 1993).

Nesse caso, de acordo com o mesmo autor, a ênfase está no estudo da estrutura socioeconômica, a fim de explicar o processo saúde-doença de maneira histórica, mais abrangente, tornando a epidemiologia um dos instrumentos de transformação social.

Alguns eventos importantes na área da saúde, no mundo, contextualizaram essa mudança de conceito de saúde-doença, dentre os quais se pode destacar o Relatório Lalonde (Canadá), a Conferência de Alma-Ata (Casaquistão) e a Carta de Ottawa (Canadá) (ZANCHI; ZUGNO, 2010).

Conforme Cruz (2016, p. 9) o conceito de saúde, ao longo do tempo, vem sofrendo modificações e aperfeiçoamentos, conforme explicita a autora:

Nessa trajetória, o conceito de saúde vem sofrendo mudanças, por ter sido definido como ‘estado de ausência de doenças’ e redefinido em 1948, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como ‘estado de completo bem-estar físico, mental e social’, passando de uma visão mecânica da saúde para uma visão abrangente e não estática do processo saúde-doença. A definição de saúde presente na Lei Orgânica de Saúde (LOS), n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, procura ir além da apresentada pela OMS, ao se mostrar mais ampla, pela explicitação dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Esta lei regulamenta o Sistema Único de Saúde, e é complementada pela Lei n. 8142, de dezembro de 1990.

O Relatório Lalonde alerta que muito além de curar a doença “é preciso intervir nos determinantes do adoecimento” (ZANCHI; ZUGNO, 2010, p. 31). Conforme esses autores, o Relatório Lalonde definiu as bases de um movimento pela Promoção de Saúde, a partir de quatro eixos: a biologia humana, o sistema de organização dos serviços, o ambiente e o estilo de vida. Já, a Conferência de Alma-Ata trouxe como resultado o ‘Programa Saúde para Todos.’ Essa Conferência, de acordo com Zanchi e Zugno (2010, p. 32) “[...] tornou-se um marco mundial pelo reconhecimento dos direitos humanos para todos os povos do mundo em relação à saúde.”

Foi, portanto, a partir disso que no mesmo período (1978) no Brasil surge a política interministerial lançada pelo Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social, “que estabelecia diretrizes para a execução dos Serviços Básicos de Saúde em nível federal, estadual e municipal em três grupos: saúde, saneamento e técnico-administrativo nos níveis elementar e primário” (ZANCHI; ZUGNO, 2010, p. 33).

De acordo com os mesmos autores (2010, p.34), outro importante marco para saúde mundial foi a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde onde se estabeleceu a Carta de Ottawa com ênfase na promoção da Saúde, incorporando cinco campos, tais como: “elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação de sistemas e serviços de saúde.”

Todavia, conforme Balestrin e Barros (2009), a ênfase na doença e não na saúde continua ainda na visão de muitas pessoas envolvidas no processo de cuidado e principalmente na população. Dessa forma, as necessidades de saúde que são buscadas na própria comunidade acabam sendo ainda da medicina curativa, pois a população exige esses investimentos, não valorizando a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Para Barbosa *et al.* (2004, p.13):

A saúde sendo promovida de forma coletiva abrange todas as classes sociais e faixas etárias, engloba os mais variados assuntos direta ou indiretamente e contribui para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Esse é um anseio de toda e qualquer sociedade e é a expressão maior da cidadania, além de constituir-se no marco que se precisa alcançar.

A Constituição Federal Brasileira atual, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 destaca: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e à recuperação” (BRASIL, 1988, p. 26).

Quanto à organização dos serviços de saúde, o artigo 198 da Constituição Brasileira de 1988 define que:

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, p. 27).

O Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição e regulado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos que dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde (RONCALLI, 2003, p.34).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90, Capítulo II, Art. 7º) prevê que, além das diretrizes constitucionais, as ações e serviços de saúde, públicos e privados, devem obedecer aos seguintes princípios:

A universalidade de acesso; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas; a igualdade; o direito à informação; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; a utilização da epidemiologia para o planejamento das ações; a participação da comunidade (BRASIL, 1990a, p. 04).

Segundo Campos (2003), o modelo de vigilância da saúde pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde. Seguindo esse modelo, os problemas de

saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dividida. Consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos, em termos de doença.

O mesmo modelo propõe ainda o envolvimento de todos os setores inseridos naquela realidade e vê o indivíduo e a comunidade como o sujeito do processo. Nesta perspectiva, a família passa a ser objeto de atenção, sendo entendida a partir do ambiente no qual vive. Mais do que uma delimitação geográfica é nesse espaço que se permite uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (CAMPOS, 2003).

Montenegro (2010, p. 12) relata que “Os novos desafios sociais, políticos e culturais, assim como o esgotamento do paradigma biomédico, e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm imposto aos trabalhadores do setor saúde mudanças na prática assistencial.”

A fim de substituir o modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da lei nº 8080 de 1990, consolidou um sistema público de políticas de saúde que reorganizou as práticas assistenciais por meio dos princípios doutrinários da universalização, equidade e integralidade (BRASIL, 1990a). O referido modelo de saúde possui a atenção centrada na família, entendida e percebida no contexto do seu ambiente físico e social.

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, os progressos da medicina e da ciência, além do fato da prática médica ter se tornado mais arriscada e, em muitos casos, mais impessoal e desumanizada, geralmente envolvendo grande burocracia, mostrou a importância de se reconhecer o direito do indivíduo à autodeterminação e de assegurar garantias de outros direitos dos pacientes (VAITSMAN; ANDRADE, 2005 *apud* GOULART; CHIARI, 2010, p. 256).

Atualmente, como ressaltam as recomendações do SUS, em relação principalmente à Atenção Básica, é importante buscar modelos de atenção à saúde que, além da assistência médico-curativa, no campo da saúde pública a promoção e a prevenção à saúde. Com isso, é alterado o entendimento de saúde como produção social, que passa a ter a compreensão da necessidade de desenvolver políticas públicas e ações que alcancem a população, ou seja, o coletivo, principalmente no campo da prevenção (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Conforme explica Campos (2005) *apud* Goulart e Chiari (2010, p.257), “os conceitos de integralidade e de humanização devem ser discutidos e contextualizados sempre que forem

empregados, pois são passíveis de interpretações variadas”. E descrevem, ainda, que a ordenação do espaço urbano há muito deixou de lado a preocupação com o bem-estar das pessoas e que, em saúde, é comum a redução de pessoas a objetos a serem manipulados pela clínica ou pela saúde pública.

O movimento brasileiro da Reforma Sanitária tornou possível a concretização de um serviço de saúde regulado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, cujas ações estejam voltadas para a resolução das necessidades sociais e, por consequência, para os determinantes do processo saúde-doença da população. Nessa perspectiva, surgiu o SUS, que foi oficializado na Constituição Federal de 1988 (BONFADA *et al.*, 2012).

Como ressaltam Sícoli e Nascimento (2003), o setor Saúde poderia ter, além das atribuições “tradicionais”, um papel de destaque para a operacionalização da intersetorialidade, sensibilizando outros setores e viabilizando a pactuação de metas e objetivos comuns, voltados a impactar positivamente sobre as condições de vida cotidianas e seus determinantes socioeconômicos e ambientais.

Diante dos problemas que ocorrem no Brasil, quanto à assistência à saúde, incluindo tanto o aspecto financeiro como político, de organização ou ético, Deslandes (2005 *apud* GOULART; CHIARI, 2010, p. 257) ressalta que, assim,

[...] coloca-se em pauta o fundamental debate sobre a qualidade da atenção prestada. Qualidade esta que diz respeito, de maneira indissociável, ao emprego de tecnologias, saberes, recursos considerados adequados e disponibilizados num contexto singular: o do encontro entre quem sofre, sejam indivíduos ou populações, e aqueles que se dedicam a mitigar este sofrimento, profissionais de saúde, gestores ou técnicos.

Considerando os limites de atuação do setor Saúde, em relação ao amplo contexto da desigualdade na sociedade, o qual não é resolvido, ressalta-se que “a luta pela equidade na saúde se torna um processo isolado e interminável”. Portanto, uma comunidade saudável, seria aquela que fosse capaz de “identificar e entender os determinantes e condicionantes da desigualdade, da miséria, de um meio ambiente insalubre, das doenças e do sofrimento entre seus membros”. Além disso, a comunidade também deveria ser capaz de “construir os meios de superação destes problemas, criando um desenvolvimento sustentável que dê suporte a uma vida saudável e digna” (PRATA, 1994, p.390-1 *apud* SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 116).

Mesmo diante de tantas limitações, historicamente, a assistência individual e a curativista assumem o papel de personagens principais da produção dos serviços de saúde e

esta situação ganha força na atualidade pela existência de uma série de determinantes. Um deles seria a formação profissional ainda embasada em referências que não dão suporte para a realização da assistência que tenha como estrutura de sustentação a integralidade da atenção à saúde e que, sobretudo, esteja voltada para a transformação da realidade de saúde dos mais diversos espaços sociais (BONFADA *et al.*, 2012).

Quanto ao papel da saúde em cada espaço social, ainda de acordo com os autores referidos acima, outro determinante é a interferência do capitalismo que, ao ser influenciado pelas grandes empresas em saúde, as quais são as principais privilegiadas por essa organização, indica a atenção curativa como sendo rentável e a saúde como uma mercadoria a ser consumida e negociada.

E, para resumir a evolução do modelo de atenção em saúde, traz-se a contribuição de Montenegro (2010, p. 23).

Figura 1 – Evolução do Modelo de Atenção à Saúde no Brasil



FIGURA 1 – Linha do tempo retratando os modelos de atenção e as políticas de saúde no Brasil.
 FONTE: Elaborado para fins deste estudo.

Fonte: Montenegro (2010, p. 23)

Nesse contexto, a Enfermagem é uma profissão que possui número significativo de profissionais atuando em diversos lugares e desenvolvendo as mais variadas funções dentro da área da saúde e destacam ainda que, no contexto brasileiro, a atuação da Enfermagem “acontece na maioria das vezes sem que as pessoas percebam o que realmente esses profissionais desenvolvem e qual é o seu potencial para a implantação, manutenção e

desenvolvimento de políticas de saúde tanto em nível curativo quanto preventivo.” (BARBOSA *et al.*, 2004, p. 1).

Também, segundo os autores “ não se pode negar que a Enfermagem é o eixo principal para suportar qualquer política de saúde que tenha como objetivo uma assistência de qualidade”. (BARBOSA *et al.*, 2004, p. 1).

Para os mesmos autores, os profissionais de enfermagem encontram emprego na rede suplementar, mas, também, há uma rede pública que se encontra em crescimento, tanto em nível municipal, quanto em nível estadual. Além disso, esses autores apontam que para fazer frente às necessidades da população, o Estado e o Município contam com um efetivo de estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde ainda insuficientes.

3.2 Atenção Básica em Saúde

A história da organização de serviços de saúde, orientados pela atenção primária, é marcada por um caminho de continuadas reconstruções até se confirmar como uma política de reforma. Existem discussões sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde e, no Brasil, essa discussão envolve alguns destaques. A expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, apesar de que, em documentos oficiais brasileiros, identifica-se maior utilização de “Atenção Primária à Saúde”. Porém, os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde”, na maioria das vezes, podem ser utilizados como sinônimos, sem que isto se torne um problema para a compreensão da ideia a que se refere (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2007).

Conforme o mesmo texto, a Atenção Básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da

coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Segundo Mello, Fontanella e Demarzo (2009), no Brasil, a acentuada desigualdade social estende suas consequências ao sistema de saúde, fazendo com que a Assistência Básica (AB) do SUS seja priorizada para as classes menos favorecidas economicamente. Isso é uma opção relacionada à equidade do sistema com a finalidade de oferecer acesso à grande maioria da população. Porém, torna-se conceitualmente relevante quando a AB é entendida por alguns como “medicina para pobres”, ou quando não se organiza os demais níveis tecnológicos de acordo com tais princípios equitativos.

Importante acrescentar que as políticas procuram ser destinadas principalmente para a “cobertura” do sistema, ou seja, permanecem com enfoque, sobretudo, na extensão do acesso àquela população menos favorecida, sem, contudo, envolver a consideração tecnológica devida, reforçando um caráter de classe associado à conceituação da Atenção Primária à Saúde -APS (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

De acordo com Bodstein (2002), a implementação e a gestão da rede de atendimento básico, coordenada e induzida pelo governo central, foi incumbida de fato aos municípios e provocou inovações, como também alguns efeitos nos demais níveis do sistema, como é o caso daqueles municípios que possuem uma rede de serviços mais complexa. Nesses municípios, a dificuldade é reestruturar os investimentos locais em saúde para uma mudança do modelo assistencial.

É importante acrescentar que os municípios situados nas regiões e estados mais desenvolvidos tendem a reunir os requisitos básicos necessários para assumirem a gestão descentralizada e o desenvolvimento de ações mais complexas, visando à integralidade do atendimento, à otimização dos resultados e à eficiência na utilização de recursos, por apresentarem, teoricamente, mais capacidade técnica e gerencial, bem como mais recursos financeiros (BODSTEIN, 2002).

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, criando uma combinação entre a saúde pública e a privada financiada, especialmente por recursos privados. Os componentes público e privado do sistema são diferenciados, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar

os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM *et al.*, 2011).

Conforme esclarece Bodstein (2002), a década de 1990 foi marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. E, ainda que de modo lento, gradual e negociado, a esfera municipal tornou-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Além disso, a responsabilização crescente dos municípios com a oferta e com a gestão dos serviços de saúde no começo da nova década é uma realidade inquestionável.

O conjunto de mudanças no setor saúde ressalta a universalidade do direito à saúde e aos serviços por ela prestados; a integralidade da atenção, implicando na oferta pública de ações preventivas e curativas, básicas e de média e alta complexidade; a hierarquização do atendimento, garantindo referência e contrarreferência diante dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Este sistema também prevê a participação e controle da sociedade civil na gestão do processo, incentivando a formação dos chamados Conselhos de Saúde (BODSTEIN, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. E, ao estar bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas unidades básicas de saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis. E isso resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

3.3 Estratégia de Saúde da Família- ESF

As políticas de saúde no Brasil sempre refletiram o momento vivido e, como mostra a história, as ações propostas nem sempre tinham como seu objetivo o bem-estar da população: sua finalidade era apenas direcionada para a cura das doenças. Na atualidade, as estratégias de saúde propostas pelo Ministério da Saúde, são fundamentadas com ações para prevenir a questão da saúde, buscando melhor qualidade de vida da população atendida em determinado espaço.

Diante disso, “A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem ocupando lugar de destaque no Sistema Único de Saúde – SUS, por compartilhar dos seus princípios e diretrizes e buscar um atendimento à saúde humanizado, resolutivo e capaz de responder às necessidades sociais e de saúde da população” (COSTA; MIRANDA, 2008, p. 121).

Antes chamada de Programa de Saúde da Família, a ESF teve seu início em meados de 1993 e foi regulamentada de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para ocorrer a mudança de forma tradicional de prestação de assistência, tendo em vista a necessidade de estimular a implantação de um modelo novo de Atenção Primária com o objetivo de resolver a maior parte dos problemas de saúde (DA ROS, 2000).

Assim, conforme Paim (2008), com base nos objetivos e orientações definidos para a ESF, são ressaltadas a integralidade e hierarquização da atenção. Por sua vez, pode-se entender a ESF como o primeiro nível da atenção do sistema de saúde, substituindo as práticas de saúde tradicionais de assistência por outras maneiras de trabalho. Com isso, a ESF destaca a promoção da assistência integral para a população da área atendida, com planejamento e programação conforme os problemas identificados.

A ESF possui como objetivo acolher, ampliar e melhorar quanto à atenção e gestão da saúde na Atenção Básica, atuando na Saúde da Família com o auxílio de uma equipe multidisciplinar, a qual também pode ser responsável por outras equipes de Saúde da Família. Entre as condições necessárias para os componentes da equipe atuarem está o conhecimento técnico, mas além disso, também o profissional deve orientar quanto às mudanças na atitude e atuação dos profissionais da equipe e da Saúde da Família, propondo ações para promover, prevenir e reabilitar a saúde e a cura (BRASIL, 2009).

Silva Júnior e Alves (2007) explicam que a partir do conceito de territorialização, o Ministério da Saúde buscou aperfeiçoar as ações do setor saúde, alterando a organização dos serviços. Para os mesmos autores, dentro do sistema de saúde, é fundamental levar em conta as possibilidades e necessidades reais das pessoas, usuários e profissionais. Assim, em outros momentos, os profissionais que constituíam as ESFs, mesmo que tivessem preparo técnico, não conseguiam acolher os usuários e valorizar todos os problemas que lhes eram apresentados nas situações de atendimento. Mas o sistema permitia que fossem resolvidos os problemas mais simples e encaminhar os mais difíceis, apesar de não reconhecer as particularidades e a dificuldade do trabalho desenvolvido nas ESFs.

Com base nas normas definidas para a atenção básica, o objetivo geral da ESF é contribuir para reorientar o modelo assistencial, observando os princípios do SUS e colocando em prática uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, além de agir com

responsabilidade entre os serviços de saúde e a população. Para realizar as ações na Estratégia de Saúde da Família, é importante observar alguns critérios, dentre os quais estão a natureza complementar, a complementaridade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento, instalação das Unidades de Saúde da Família (USF), como também composição e atribuições das equipes (PAIM *et al.*, 2011).

Assim, a família deve ter acesso à saúde e ser atendida no ambiente onde vive, e este espaço não é somente considerado uma delimitação geográfica, mas também um local onde as pessoas constroem suas relações intra e extrafamiliares. Além disso, é na família que acontece a busca por melhorias das condições de vida e se verifica a necessidade de interferir nas situações que a sociedade exige (BRASIL, 2006).

O Programa de Saúde da Família (PSF), que atualmente é a chamada ESF, torna possível a integração, promovendo atividades em determinado território definido, tendo por finalidade enfrentar e solucionar os problemas vivenciados pela população atendida, visto que:

O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 2006, p. 8).

Como descreve Da Ros (2006), a ESF propõe um trabalho com fundamento na promoção da saúde e buscando a integralidade da assistência ao usuário, este considerado como sujeito integrado ao seu domicílio, à família e à comunidade. Dentre outros aspectos, é importante relacionar os profissionais e os serviços com a comunidade acolhida, a partir do entendimento das ações intersetoriais de promoção, propostas e desenvolvidas.

Segundo Oliveira (2011) a ESF é estratégia fundamental de atenção primária e o mais importante apoio do SUS, para o desenvolvimento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo. A Estratégia de Saúde da Família observa os princípios gerais da Atenção Básica e tem caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família exercem sua função, principalmente porque a maioria dos municípios brasileiros já trabalham com ESF.

Oliveira e Tavares (2010) explicam que a ESF está fundamentada na visão ativa da intervenção em saúde, ou seja, a possibilidade de não somente esperar a população chegar aos serviços de saúde para intervir, mas, através de profissionais qualificados, responsáveis pelo

cuidado prestado e com incentivo para atenção integral à saúde, os profissionais de saúde interagem com a população de maneira preventiva. Além disso, a ESF destaca a atenção no domicílio, ou seja, onde reside o usuário, já que isso favorece a compreensão do espaço social dos sujeitos e familiares, ampliando as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde e o estabelecimento de parcerias para a realização do cuidado.

Segundo Rangel *et al.* (2011), a partir de um novo modelo de intervenção com base na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, a ESF foi criada com a finalidade de melhorar as condições de saúde da população. Desse modo, a ESF, a partir de ações voltadas às famílias e comunidade, observa os princípios, orientações e normas do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional.

De acordo com Polaro (2011), a ESF também visa maior qualidade ao processo de cuidado, buscando manter seu estado de saúde com a família e na própria comunidade. A Estratégia de Saúde da Família também possibilita ações de enfermagem ao idoso doente e/ou fragilizado na atenção básica de saúde, visando atendê-lo na sua integralidade, além de um acompanhamento periódico e contínuo a essa população, já que a maioria sofre de múltiplas doenças crônicas.

Portanto, a fim de substituir o modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da lei nº 8080 de 1990, consolidou um sistema público de políticas de saúde que reorganizou as práticas assistenciais por meio dos princípios doutrinários da universalização, equidade e integralidade (BRASIL, 1990a). O referido modelo de saúde possui a atenção centrada na família, entendida e percebida no contexto do seu ambiente físico e social.

Destaca-se que a ESF é o local ideal para desenvolver ações de enfermagem, principalmente aquelas que estão relacionadas à Sistematização de Assistência de Enfermagem, através das Equipes de Saúde da Família, assunto desenvolvido a seguir.

3. 4 Equipes de Saúde da Família

A saúde familiar necessitava ter estratégias de mudança, repensando práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo da produção social da saúde. Para isso, necessitava ampliar as ações dos profissionais de saúde, bem como, o limite e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas ações e habilidades para

atuarem no convívio familiar de pessoas que necessitam reabilitação das condições de saúde (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008).

Como explicam Rangel *et al.* (2011), para melhor atender a população, foram criadas equipes de ESF, cada uma responsável por aproximadamente 800 famílias, residentes em território urbano e rural, compostas normalmente por: um médico generalista, dois enfermeiros, um técnico em enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A partir de um esforço governamental para a melhoria destas intervenções, foi integrado também um profissional de odontologia, para contemplar a atenção à saúde bucal.

As ESFs são formadas por equipes que são responsáveis por até quatro mil pessoas, conforme a equipe, e realizam visitas domiciliares para desta forma cadastrar as famílias da região pré-determinada. No cadastramento, são identificados os componentes do grupo familiar, doenças, condições ambientais, de moradia e saneamento onde estão inseridas. Com esta etapa, inicia-se o vínculo da unidade de saúde com a comunidade, que terá o ESF como sua referência em saúde, e os gestores, a partir dos dados coletados poderão planejar ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2009).

Desse modo, as ações de saúde da ESF são dirigidas às famílias com ênfase nos aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, articuladas com outros setores que contribuem para melhoria das condições de saúde. Por exemplo, a ESF possui um espaço estratégico para o desenvolvimento das ações de saúde voltadas para os idosos (MARIN *et al.*, 2008).

Rangel *et al.* (2011) salientam que as ações dos profissionais de saúde da ESF estejam empenhadas com a comunidade usuária, demonstrando atenção, dedicação, ouvindo e ajudando a melhorar sua qualidade de vida de maneira humanizada, promovendo promoção, prevenção e à reabilitação das condições de saúde da comunidade.

Na opinião de Cardoso *et al.* (2011) a ESF necessita de comprometimento da equipe para acolher os pacientes e desenvolver o trabalho interativo, na produção do cuidado e da atenção em saúde.

Conforme Polaro (2011), o enfermeiro vem ganhando cada vez mais espaço, reconhecimento e autonomia no seu processo de trabalho na ESF, tendo como fio condutor a Política Nacional de Atenção Básica, que assegura à comunidade assistência nos programas do Ministério da Saúde utilizando a prática do saber clínico e do saber epidemiológico, contribuindo na promoção e prevenção de doenças e também, a Política Nacional que serve como orientação na sua assistência a este papel.

Nas ESFs, os enfermeiros são uma importante ferramenta no desenvolvimento da saúde da família, uma vez que são considerados referência, dentro da equipe de saúde, no atendimento a este público. O vínculo do enfermeiro nas equipes retrata a relevância das ações desse profissional de saúde, por representar a possibilidade de alcançar o atendimento integral, inserindo família e cuidadores na atenção à saúde (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Segundo Alves (2005), a construção de um sistema de serviços de saúde democrático – universal, igualitário e integral – constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde.

A partir da implementação do SUS, não só foi iniciado um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também na qualidade destes, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção. Tratava-se então, de buscar um modelo de atenção primária à saúde para concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto frente ao modelo convencional vigente (MACHADO *et al.*, 2007).

Os enfermeiros da ESF podem desencadear mudanças significativas na área de abrangência e na comunidade com quem atuam. No entanto, para compreensão das práticas de enfermagem nas ESF, é necessário conhecer a definição desta profissão para relacioná-la com as atividades desenvolvidas por ela.

Giroti, Nunes e Ramos (2008, p. 10) definem a enfermagem como sendo uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividade de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de saúde, atuando em equipes, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde.

A prática de enfermagem em saúde coletiva configura-se na inter-relação do seu espaço com outras práticas de saúde do seu fazer cotidiano, visto que, na forma como se organiza, como realiza ou não as ações, determina uma posição de manutenção ou de transformação do estado das coisas, da situação de saúde da população (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008).

Rangel *et al.* (2011) salientam que o enfermeiro passa a assumir importantes funções na ESF, dentre outras, como educador, prestador de cuidados, consultor, integrador, planejador e interlocutor político, dando formas variáveis no eixo central da construção do trabalho. Além disso, o enfermeiro deve promover e preservar a saúde da população, necessitando competências para decidir, viabilizar intervenções compatíveis com aspectos

ético-legais e estabelecer ligações entre o cuidado de enfermagem ao indivíduo, família e grupos com o seu contexto. Para Oliveira (2011) as ações do enfermeiro implicam em ofertar cuidados, serviços e assistência humanizada que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações apresentadas pelo idoso, por exemplo, criando vínculos fundamentados na ética, compromisso e respeito.

Segundo a Política de Atenção Básica (PAB), para a implantação da Estratégia de Saúde da Família, há necessidade de formação da equipe de saúde da família, que deverá estar composta por multiprofissionais responsáveis, no máximo, de 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta obrigatoriamente por uma equipe mínima (GARCIA *et al.*, 2006).

Por isso, a atuação dos enfermeiros nas ações da equipe deve demonstrar o desenvolvimento das práticas com a intenção de promover a saúde pelo ato de participar e de integrar os envolvidos no processo de comunicação e na troca de conhecimentos, como por exemplo, a interação entre os familiares com relação ao paciente idoso, ou com relação aos cuidados e assistência a qualquer paciente membro da família (CARDOSO *et al.*, 2011).

Garcia *et al.* (2006) explicam que nas equipes de Saúde da Família de caráter interdisciplinar e multiprofissional, destaca-se o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na ampliação da capacidade das Unidades Básicas de Saúde -UBS ao agirem na comunidade e domicílios, interagindo com as pessoas e famílias, contribuindo para que se apropriem de conhecimentos e práticas que ampliem a autonomia e desenvolvimento integral. São responsáveis pelo cadastramento, mobilização de apoios e suportes sociais e intersetoriais, abrindo o serviço para as demandas e necessidades da comunidade e participando da construção das agendas das equipes.

Entre as características do perfil do profissional Agente Comunitário de Saúde está o fato de ser preferencialmente morador do território ou das proximidades, o que permite compartilhar o contexto social e cultural, assim como o meio e a linguagem utilizada pela comunidade atendida. Isso facilita a identificação de fatores responsáveis ou que interferem para que as pessoas adoçam e também torna o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na adesão às recomendações da equipe de saúde (GARCIA *et al.*, 2006).

Diante disso, na prática, o profissional que atua na equipe de ESF, muitas vezes, enfrenta realidades inesperadas, precisando desenvolver habilidades para tratar com a complexidade do processo de trabalho, a fim de auxiliar na resolução de problemas variados. Logo, as questões apresentadas pelas demandas vão além da doença e exigem instrumentos

diferenciados na tomada de decisões, para atender com integralidade a atenção em saúde, assunto a ser tratado no próximo capítulo.

3.5 Integralidade na Atenção à Saúde

A integralidade em saúde ocupa posição importante nas discussões presentes desde a década de 1970, com as manifestações pela redemocratização do País e pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ganhando destaque como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a denominação de "atendimento integral". Nesse sentido, esse conceito passa a ser um dos princípios que direcionam e ampliam as ações de saúde na busca de uma transformação no modelo de atenção, e sua incorporação possibilita o questionamento do paradigma biomédico, bem como uma crítica das práticas de saúde (MATTOS, 2006).

Silva e Sena (2008) definem a integralidade na atenção à saúde como um princípio do SUS, o qual orienta políticas e ações relativas aos programas elaborados para responder às exigências e necessidades da população referente ao acesso à rede de cuidados em saúde. Além disso, a integralidade leva em conta a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas dimensões biológica, cultural e social do sujeito cuidado.

Assim, além de ser um princípio previsto na constituição e defendido como essencial quanto à humanização do cuidado em saúde, a integralidade busca a possibilidade de entender as necessidades mais amplas do ser humano, valorizando a associação entre atividades preventivas e assistenciais. Como termo polissêmico, “tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (COELHO *et al.*, 2009, p. 1).

Entretanto, como ressalta Mattos (2006), a integralidade se realiza com o estabelecimento de uma relação sujeito-sujeito, quer nas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas. Assim, deve-se ter atenção para que os profissionais dos serviços de saúde prestem um atendimento integral, compartilhando experiências, com o envolvimento de familiares e da comunidade. Torna-se necessário assumir a integralidade como uma base para orientar novas formas de agir social em saúde e de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde.

Para Machado *et al.* (2007), a inexistência de uma definição sobre o que seria a “integralidade” é, ao mesmo tempo, uma fragilidade e uma potencialidade, ou seja, a

integralidade não é apenas uma direção do Sistema Único de Saúde (SUS) definida constitucionalmente, mas deve ser construída na prática.

A integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários, pelas ações e serviços de saúde e, também, mais sensível às dimensões do processo saúde /doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica. O enfermeiro, como um profissional participante da equipe multiprofissional, deve engajar-se na luta dos valores recomendados pelo SUS, bem como na concretização da integralidade na Rede Básica de Saúde (PINHO; SIQUEIRA;PINHO, 2006).

Diante disso, a noção de integralidade não admite a ideia de que um usuário com várias enfermidades necessite encaminhar-se a pontos distintos do sistema de saúde para a resolução de seus problemas. As práticas das equipes de saúde devem ser pensadas para a população atendida, e não este ou aquele programa do Ministério da Saúde. Assim, os serviços de saúde não podem estar organizados exclusivamente para atender às doenças de uma comunidade, mas também serem capazes de apreender as necessidades da sua população, mesmo aquelas não contempladas ou que venham a surgir ao longo do processo de trabalho (MATTOS, 2006).

O atendimento integral ultrapassa a estrutura organizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, exigindo o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. Por isso, é importante refletir sobre o princípio da integralidade como orientador das ações para uma construção coletiva na defesa da saúde (MACHADO *et al.*, 2007).

Conforme Alves (2005), a construção de um sistema de serviços de saúde democrático e que atua de maneira universal, igualitária e integral, constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde.

A partir da implementação do SUS, não só foi iniciado um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também na qualidade destes, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção. A partir disso, e para ocupar uma posição de confronto frente ao modelo tradicional desenvolvido pelo sistema de saúde, foi necessário buscar um modelo de atenção primária à saúde para que a integralidade das ações e dos serviços de saúde pudesse ser efetivada (MACHADO *et al.*, 2007).

Diante disso, como esclarece Alves (2005), ao propor a ampliação da ESF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, tendo em vista que as equipes têm sido implantadas, principalmente, em comunidades onde antes o acesso aos serviços de saúde era reduzido. Mas, apesar disso, na organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se por destacar e realizar práticas preventivas, como também práticas assistenciais por um mesmo serviço e, portanto, não é possível afirmar que a integralidade das ações atinge a todos os usuários atendidos e deixou de ser um problema na prestação da atenção, mesmo que as estatísticas indiquem melhorias nos serviços de saúde em ESF.

É importante acrescentar que, a partir do princípio da integralidade, segundo o mesmo autor, as atividades de educação em saúde se destacam quanto às atividades que devem ser efetivadas pelos profissionais da ESF. E, ainda, organização dos serviços e das práticas encontra-se associada à necessidade de descentralizar os programas de saúde o que também se relaciona com a integralidade.

Assim, para Kantorski *et al.* (2006), como um dos princípios do Sistema Único de Saúde, de acordo com os diferentes níveis de complexidade situados em cada caso, a integralidade passa a ter uma definição legal, ou seja, tem a ver com a integração de atos que podem ser preventivos, curativos, individuais e coletivos.

Por isso, segundo os acima referidos autores, a integralidade é fundamentada num conceito que inclui vários significados e envolve uma dimensão plural, ética e democrática, relacionando-se a diferentes saberes e práticas realizadas no dia a dia de trabalho e vivência dos sujeitos (educadores, trabalhadores de saúde, usuários e gestores) e se expressa de forma particular e própria em diferentes contextos.

Desse modo, a integralidade é realizada através da integração de serviços com redes de assistência, mas respeitando a participação de cada um dos envolvidos no serviço de saúde, bem como a dependência entre eles, considerando que a rede de assistência na saúde pode auxiliar na melhoria dos serviços e na solução dos problemas de saúde da população (KANTORSKI *et al.*, 2006).

No entanto, muitas vezes as respostas dos serviços e as práticas de saúde não atendem as necessidades específicas, nem reais da população assistida. Neste ponto, é fundamental entender a integralidade na organização dos serviços e das práticas, refletindo na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes de saúde, tendo por base o contexto da população atendida (ALVES, 2005).

De acordo com Alves (2005), integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais, bem como reunir profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas, implica a assimilação do princípio da integralidade como benefício da reorientação do modelo assistencial. Esta assimilação deve acontecer com frequência, isto é, nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, direcionando sobre a doença e orientando para a cura.

Para a mesma autora, a integração de ações também pode ocorrer com a construção de um novo modelo assistencial que seja integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população.

Segundo Machado *et al.* (2007), dentro da concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população.

Com referência à educação em saúde e considerando a prevenção que envolve a integralidade e deve estar de acordo com a proposta da saúde, é fundamental a reflexão entre os profissionais, bem como o diálogo, uma vez que este favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos e que, a partir das condições concretas de vida, tem conhecimentos sobre o processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005).

O princípio da integralidade como base reguladora das ações em saúde deve estar articulado à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado. Evidencia-se, assim, a necessidade de se perceber a integralidade como princípio em vários níveis de discussões e das práticas na área de saúde, fundamentado em um novo padrão preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades (MACHADO *et al.*, 2007).

Com isso, a integralidade adquire diversas concepções mediante o contexto e as pessoas que a pensaram, assumindo mais de um significado e acontece nas concepções da integralidade relacionada à maneira como os serviços se organizam e integralidade enquanto expressão do movimento da medicina integral (BONFADA *et al.*, 2012).

Silva e Sena (2008) referem que a integralidade ocorre na ação com a participação de toda a equipe dos profissionais dos serviços de saúde, como também nas diferentes formas de encontro desses profissionais com e no serviço.

Os mesmos autores também ressaltam que a prática de enfermagem encontra muitos desafios no dia a dia para seguir o novo método proposto para a organização do trabalho, porque exige uma prática com base na integralidade e que esteja de acordo com o contexto das práticas definidas em saúde. Neste sentido, pela necessidade de buscar competências e habilidades para desenvolver a prática profissional, a formação permanente dos enfermeiros é essencial, visto que a integralidade é objetivo para a reorganização das práticas.

4 O HISTÓRICO DA ENFERMAGEM

A trajetória histórica da enfermagem se relaciona essencialmente com a história da vida de Florence Nightingale e se confunde com as práticas do cuidado, que foram sendo construídas, evoluindo e acrescentando novos conhecimentos. Isso ocorreu com base no entendimento de que “As concepções de cuidado de enfermagem são construídas historicamente e conforme contexto científico e sociocultural” (BARBOSA; MARANHÃO, 2012, p. 135).

Florence Nightingale é considerada a fundadora da Enfermagem Moderna em todo o mundo, obtendo projeção maior a partir de sua participação como voluntária na Guerra da Criméia, em 1854. O trabalho que Florence Nightingale realizou durante a guerra teve um impacto muito maior do que simplesmente a ação de reorganizar a enfermagem e salvar vidas, visto que ela quebrou o preconceito que existia em torno da participação da mulher no Exército, transformando a visão da sociedade em relação à enfermagem e ao estabelecimento de uma ocupação útil para a mulher (COSTA *et al.*, 2009).

Conforme os mesmos autores, a Enfermagem, para Nightingale, era uma arte que requeria treinamento organizado, prático e científico, por isso, a enfermeira deveria ser uma pessoa capacitada a servir à medicina, à cirurgia e à higiene e não a servir aos profissionais dessas áreas. O grande mérito de Florence Nightingale foi dar voz ao silêncio daqueles que prestavam cuidados de enfermagem, que provavelmente não percebiam a importância dos rituais que seguiam, que já indicavam uma prática profissional organizada.

Como explicam Barbosa e Maranhão (2012, p. 130):

A enfermagem surge como ocupação e se constitui como profissão. Sua trajetória revela ainda dificuldades para o pleno reconhecimento tanto por parte da população usuária dos seus serviços, como por outros profissionais, uma vez que seu foco é o cuidado humano, fundamental para a saúde e bem estar, mas considerado ora como um saber natural e intuitivo das mulheres, ora como imperativo moral da humanidade. A institucionalização dos cuidados com os doentes, com as parturientes e recém-nascidos nos hospitais e os avanços na medicina, demanda uma complementariedade de ações de enfermagem.

A enfermagem é uma profissão que ao longo do tempo vem desconstruindo e construindo sua história. A sua relação com a sociedade é permeada pelos conceitos, preconceitos e estereótipos que se estabeleceram na sua trajetória histórica e que influenciam até hoje a compreensão de seu significado enquanto profissão da saúde composta de gente que cuida de gente. Florence Nightingale e seus pressupostos, de uma forma ou de outra, sempre estiveram ligados à história da enfermagem enquanto profissão, considerando que apenas a partir da fundação da Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, inicia-se o período conhecido como Enfermagem Moderna em todo o mundo. Neste sentido, a história torna-se aberta a aproximações e afastamentos das verdades e seus significados (COSTA *et al.*, 2009).

Segundo Andrade (2008), a enfermagem surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos diferentes períodos históricos e as primeiras formas de prestação de assistência aconteceram com práticas de saúde espontâneas. Numa primeira fase da evolução da civilização, estas ações garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, levando em conta a espiritualidade de cada um relacionada com a do grupo em que vivia. Mas, como o domínio dos meios de cura passaram a significar poder, o homem, associando este conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e dele tomou conta.

Ao tornar a enfermagem uma profissão, Florence produziu um significado no silêncio que havia na prática de enfermagem, que até então era realizada em regulamentos e correspondências internas às instituições de cuidado e desenvolvidas por aquelas que faziam parte de associações, geralmente religiosas, e que tinham como base, por amor a Deus, servir ao próximo (COSTA *et al.*, 2009).

Conforme a mesma autora, as práticas de saúde mágico-sacerdotais abordavam a relação mística entre as práticas religiosas e de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos. Este período corresponde à fase de empirismo em que as coisas se faziam por tentativa e erro sem nenhum fundamento científico, mas com base na experiência de quem ministrava os cuidados.

Essas ações permanecem por muitos séculos desenvolvidas nos templos que, a princípio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados. Posteriormente, desenvolveram-se escolas específicas para o ensino da arte de curar no sul da Itália e na Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades da costa. Como arte a enfermagem teve início ainda na antiguidade, quando

pessoas da própria família responsabilizavam-se por cuidar dos recém-nascidos, dos que adoecessem, e dos idosos incapazes de se cuidar (TIMBY, 2007).

A prática de saúde, antes mística e sacerdotal, inicia-se no século V a.C., estendendo-se até os primeiros séculos da Era Cristã, passa agora a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças e na especulação filosófica, baseada na investigação livre e na observação dos fenômenos, limitada, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia do corpo humano. Essa prática individualista volta-se para o homem e suas relações com a natureza e suas leis imutáveis (SANTANA, 2009).

Ainda, de acordo com o mesmo autor, este período é considerado pela medicina grega como período hipocrático, destacando a figura de Hipócrates que é considerado o "Pai da Medicina" ou o "Pai das Profissões da Saúde", que propôs uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação. Não há caracterização nítida da prática de Enfermagem nesta época (SANTANA, 2009).

As práticas de saúde medievais focalizavam a influência dos fatores socioeconômicos e políticos do medieval e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo. Esta época corresponde ao aparecimento da Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à Enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão à Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (ANDRADE, 2008).

As práticas de saúde pós-monásticas evidenciam a evolução das ações de saúde e, em especial, do exercício da Enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Corresponde ao período que vai do final do século XIII ao início do século XVI. A retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades não constituíram fator de crescimento para a Enfermagem (SANTANA, 2009, p. 20).

Assim, a enfermagem nos hospitais religiosos, continuava a acontecer de forma empírica e sem bases científicas durante muito tempo, “vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Inquisição”. Nesse

contexto, o hospital, “já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos” (SANTANA, 2009, p. 21).

Conforme a mesma autora, a prática de enfermagem, por ser considerada um serviço doméstico e pela queda dos padrões morais que tornava sustentável a profissão passou a ser vista como inadequada e sem atrativos para as mulheres de posição social elevada. Nesta fase aconteceu uma grave crise para a Enfermagem que ficou durante muito tempo e, somente no início da revolução capitalista, buscando melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais, foi que aconteceram alguns movimentos reformadores, os quais tiveram iniciativas, principalmente, religiosas e sociais.

Por sua vez, no mundo moderno as práticas de saúde destacam mais as ações de saúde e, em especial, as de Enfermagem, sob a visão do sistema político-econômico da sociedade capitalista. As referidas práticas, principalmente a partir do início da Revolução Industrial no século XVI e que termina com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX, ressaltam, ainda, o surgimento da Enfermagem como atividade profissional institucionalizada (TIMBY, 2007).

Conforme Santana (2009), o avanço da Medicina favoreceu a reorganização dos hospitais. É na reorganização da Instituição Hospitalar e no posicionamento do médico como principal responsável por esta reordenação, que se encontram as raízes do processo de disciplina e seus reflexos na Enfermagem, ao ressurgir da fase sombria em que esteve submersa até então.

Naquela época, estiveram sob piores condições, devido à predominância de doenças infectocontagiosas e à falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes. Os ricos continuavam a ser tratados em suas próprias casas, enquanto os pobres, além de não terem esta alternativa, tornavam-se objeto de instrução e de experiências que resultariam num maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada (SANTANA, 2009).

É neste cenário que a Enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra de Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia. No desejo de realizar-se como enfermeira, passa o Inverno de 1844 em Roma, estudando as atividades das Irmandades Católicas. Em 1849 faz uma viagem ao Egito e decide-se a servir a Deus (SANTANA, 2009, p. 29).

Como descreve Santana (2009), nas primeiras escolas de Enfermagem, o médico foi de fato a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia então decidir quais das suas

funções poderiam colocar nas mãos das enfermeiras. Florence morre em 13 de Agosto de 1910, deixando florescente o ensino de Enfermagem. Assim, a Enfermagem surge não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica.

Apesar das dificuldades que as pioneiras da Enfermagem tiveram que enfrentar, devido à incompreensão dos valores necessários ao desempenho da profissão, as escolas se espalharam pelo mundo, a partir da Inglaterra. Nos Estados Unidos a primeira Escola foi criada em 1873. Em 1877 as primeiras enfermeiras diplomadas começam a prestar serviços a domicílio em Nova Iorque (SANTANA, 2009).

Conforme ressalta a mesma autora, o modelo de assistência em enfermagem ampliou-se e foi tomando forma de uma enfermagem moderna, que vê seu início com a enfermeira Florence Nightingale e no Brasil com Ana Nery.

Segundo Grisard e Vieira (2008), Ana Justina Ferreira Néri, considerada a madrinha da enfermagem brasileira, foi voluntária da caridade da Guerra do Paraguai e sua atuação marcou fortemente a dedicação no cuidado aos doentes. Foi um exemplo de pessoa com sua atitude e conduta, postas à prova, fizeram desabrochar a nobre profissão da enfermagem no Brasil. Ao retornar da missão na Guerra do Paraguai foi reconhecida por sua bravura, tornando-se, mais tarde, a patronessa da primeira escola de enfermagem do Brasil e por decreto presidencial é destacado seu feito e sua memória.

Portanto, como descrito na literatura pesquisada, a enfermagem é a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, tanto individualmente, como na família ou em comunidade. Esse cuidado deve acontecer de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma, ou em equipe, as atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde.

5 A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Enfermagem é uma profissão que possui significativo número de profissionais, os quais realizam suas práticas em diversos lugares e desenvolvem as mais variadas funções dentro da área da saúde. No contexto brasileiro, na maioria das vezes, a atuação da Enfermagem acontece sem que as pessoas percebam o que realmente esses profissionais desenvolvem e qual a competência dos mesmos, tanto em nível curativo, quanto preventivo para implantar, manter e desenvolver políticas de saúde. Com isso, “Não se pode negar que a Enfermagem é o eixo principal para suportar qualquer política de saúde que tenha como objetivo uma assistência de qualidade” (BARBOSA *et al.*, 2004, p. 01).

É importante mencionar que a Enfermagem é uma das profissões da área da saúde que tem como base e especialidade o cuidado ao ser humano, tanto no aspecto individual, como na família ou na comunidade, realizando atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde (ARAÚJO, 2005).

De acordo com Santana (2009), através do cuidado, a enfermagem é a responsável pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, quando está prestando o cuidado, ou quando coordena outros setores para a prestação da assistência e promove a autonomia dos pacientes através da educação em saúde.

Neste ponto, destaca-se sobre a vida da criadora da Enfermagem Moderna no mundo, isto é, Florence Nightingale, a qual teve uma função ressaltada como algo positivo, por ter sido uma mulher que dedicou a sua vida para o cuidado do outro e para a profissionalização da enfermagem, representada pela dama da lâmpada, incansável missionária. Assim, o nome de Florence Nightingale, deixando críticas e elogios de lado, “os componentes como honestidade, sobriedade, religiosidade e devoção, a habilidade de observação minuciosa e a delicadeza, como atributos de uma enfermeira confiável, fizeram com que esta fosse considerada um modelo de enfermeira em todo mundo” (COSTA *et al.*, 2009, p. 04).

Segundo Coelho *et al.* (2000), com a chegada dos métodos anticoncepcionais, desde a década de 1960, o mundo relacionado às mulheres teve muitas mudanças, proporcionando independência para a mulher, especialmente sobre seu próprio corpo. E, com o passar do

tempo, as mulheres foram para as universidades e passaram a disputar, com o sexo masculino, espaço no mercado de trabalho.

Como referem muitos dos textos já mencionados no decorrer desta dissertação, ao longo da história, o cuidado está fortemente ligado à mulher e alguns autores apontam o cuidado como um elemento que faz parte da vida das mulheres. Por sua vez, o principal instrumento de trabalho da enfermagem está direcionado ao cuidado do outro, o qual, em sua maioria, é realizado por mulheres (SPLENDOR; ROMAN, 2003).

Conforme descrevem Barbosa *et al.* (2004), os profissionais de enfermagem encontram emprego na rede privada, mas, também, numa rede pública em desenvolvimento tanto em nível municipal, quanto em nível estadual. No entanto, o autor aponta que para fazer frente às necessidades da população, o Estado e o Município contam com um efetivo de estabelecimentos e profissionais de saúde ainda insuficientes.

É importante refletir sobre o trabalho feminino realizado pela Enfermagem nas instituições de saúde, assim como a condição da mulher na atualidade, considerando a importância de cada ponto de vista da história. A partir disso, perceber as influências das questões de gênero no cotidiano do cuidado desenvolvido por mulheres, que, muitas vezes, é determinado ou condicionado de maneira silenciosa, o que também se reflete na maneira como o cuidado é realizado, podendo mostrar-se num bem-cuidar ou não (SPLENDOR; ROMAN, 2003).

Portanto, a enfermagem é uma profissão que ao longo do tempo vem desconstruindo e construindo sua história. A sua relação com a sociedade é constituída pelos conceitos, preconceitos e estereótipos que se estabeleceram na sua trajetória histórica e que influenciam até hoje a compreensão de seu significado enquanto profissão da saúde composta de gente que cuida de gente (COSTA *et al.*, 2009).

A prática de enfermagem enfatiza o cuidado humano, mas um cuidado que “cada vez mais requer especialização pela complexidade e pluralidade dos serviços de saúde, que requer cuidados de enfermagem específicos” (BARBOSA; MARANHÃO, 2012, p. 132).

Conforme destacam Lopes, Merighi e Garanhani (2010), a mulher inseriu-se no mercado de trabalho, principalmente através da profissão da enfermagem, e sua participação foi acontecendo e efetivando nos diversos contextos da área da saúde onde o cuidado se fazia necessário. Assim, ao analisar o contexto histórico relacionado ao cuidado, é possível afirmar que a caminhada da mulher na sociedade e na enfermagem, está presente desde o início, ou seja, a mulher desenvolve o cuidado com os outros desde as primeiras necessidades.

Para as mesmas autoras, a mulher tem exercido o cuidado que acompanha a evolução histórica da humanidade. Na sociedade primitiva cabiam a ela todos os cuidados e práticas relacionados ao nascimento, ao parto, ao cuidado com as crianças e também aos doentes e moribundos. Essas atenções dadas ao corpo do outro constituíram-se no fundamento de um conjunto de práticas e cuidados desenvolvidos que continuam até hoje.

5.1 A Enfermagem na Saúde Pública

As ações relacionadas às políticas de saúde, e direcionadas aos diversos profissionais da área da saúde, destacam os problemas das práticas das equipes de saúde no dia a dia. Essas práticas estão inseridas no processo de trabalho das instituições, gerando corresponsabilidades entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários, contribuindo, assim, para o desenvolvimento individual e das instituições. A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e outras providências realizou alterações quanto às ações das políticas públicas de saúde (MATSUMOTO, 2010).

Segundo o documento elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNDU) de 2001, a Política de Promoção da Saúde busca:

[...] reorientar o enfoque das ações e serviços de saúde, visando à construção de uma cultura de saúde baseada nos princípios de solidariedade, equidade, ética e cidadania e advogar por uma atuação que esteja sintonizada com a defesa da qualidade de vida do cidadão brasileiro, potencializando as ações desenvolvidas pelo setor saúde e a busca pela realização do homem como sujeito de sua própria história (BRASIL, 2001, p. 32).

As atribuições da enfermagem estão além do cuidado no âmbito individual, o cuidar do indivíduo sadio ou doente, a família, a comunidade com o intuito de promover, manter e recuperar a saúde, tendo ficado para o auxiliar de enfermagem os procedimentos ligados à administração da medicação, higiene e cuidados clínicos individuais. Neste contexto, a assistência de enfermagem precisa ser desenvolvida com prudência e responsabilidade com a finalidade de produzir a capacidade de pensar nas consequências de obras intelectuais e éticas (OGUISSO *et al.*, 2005).

A ação de enfermagem tem se tornado essencial à comunicação com os outros membros da equipe de saúde em relação às condutas adotadas no atendimento ao usuário,

tomando por base o fato de que em qualquer campo do saber no trabalho em equipe as informações não são exclusivas a um único membro. Cada profissional conhece o seu limite e tem legitimadas suas ações na legislação que lhe respalda, e não deve se propor a realizar ações fora do alcance da sua competência ou de suas possibilidades profissionais (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Conforme os mesmos autores, a competência do(a) enfermeiro(a) para integrar a ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual instrumentaliza a realizar a consulta, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem em toda a assistência de enfermagem. O(A) enfermeiro(a) assim como os demais membros da equipe da ESF deve buscar meios, formas e alternativas em busca da efetivação do Sistema Único de Saúde. O profissional precisa atuar de forma criativa e comprometida, neste árduo processo de conquistas para o crescimento profissional e o reconhecimento da profissão.

De acordo com o Ministério da Saúde, o(a) enfermeiro(a) na ESF tem enquanto atribuições: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar, priorizando a assistência integral na Unidade de Saúde de Família (USF), levando em conta as reais necessidades da população. Esse crescimento vem ampliando o acesso da população, inclusive de grupos sociais até então excluídos, aos serviços de atenção básica de saúde e organizando a demanda aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

As equipes de saúde da família devem utilizar variadas estratégias com o objetivo de resolver os problemas de saúde pública, investindo cada vez mais na formação de vínculos com a comunidade. Devem acolher e se responsabilizar da melhor forma possível, dentro de cada realidade, pelas diversas formas de sofrimentos que acometem a população de modo geral (AMARANTE *et al.*, 2011).

Para Backes *et al.* (2012), evidências internacionais destacam a importância do papel profissional do(a) enfermeiro(a) na saúde coletiva, tanto no espaço domiciliar quanto no espaço comunitário ou nos centros de saúde comunitários. A enfermagem tem a possibilidade de operar, de forma criativa e autônoma, nos diferentes níveis de atenção à saúde, seja através da educação em saúde, seja na promoção ou na reabilitação da saúde dos indivíduos. Esse processo se dá, particularmente, no esforço pelo levantamento de situações críticas e a intervenção sistematizada de um plano de cuidados, capaz de superar as fragmentações e assegurar a continuidade e a resolutividade do cuidado em saúde.

A enfermagem vem ampliando, a cada dia, o seu espaço na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto no cenário internacional. O(A) enfermeiro(a) assume um papel cada vez mais decisivo e pró-ativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da

população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. O cuidado de enfermagem é, portanto, um componente fundamental no sistema de saúde local, que apresenta os seus reflexos a nível regional e nacional e, por isso, também motivo de crescentes debates e novas significações (BACKES *et al.*, 2012).

Ainda para os mesmos autores, nesse campo de discussões, o papel profissional do(a) enfermeiro(a) é ampliado pela estratégia da Organização Mundial da Saúde "Saúde 21", saúde para todos no século 21 e prioridade número um para a região europeia, a qual se concentra em alcançar níveis cada vez mais amplos de saúde e, desse modo, favorecer ao ser humano uma vida social e economicamente produtiva e com mais qualidade.

A constituição e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de noventa, procura defender os direitos, os deveres e o compromisso com a saúde, fundamentados nos princípios: integralidade, igualdade, equidade e universalidade. Com tais princípios, as equipes de saúde da família buscam um cuidado integral, a promoção da saúde, e resultados importantes para a saúde coletiva, seja no aspecto físico, psíquico ou social (AMARANTE *et al.*, 2011).

5.2 A dinâmica de funcionamento da ESF no município investigado

O Município de Cruz Alta está situado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), tem 63.776 habitantes (IBGE, 2015). Possui 18 (dezoito) Estratégias de Saúde da Família (ESFs), as quais 17(dezessete)são habilitadas pelo Ministério da Saúde, oferecendo cobertura de 94,39% aos usuários. A cobertura de Saúde Bucal é de 82% com atendimento em 13 (treze) ESFs; 01 (uma) Unidade Móvel; e conta com 120 (cento e vinte) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com 100% de cobertura para a população.

Portanto, a rede de saúde do município é formada por 17 (dezessete) ESFs, 01(um) Centro Saúde da Mulher e da Criança, 01 (uma) Unidade Básica de Saúde (UBS), 01(um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 1), 01(um) Centro de Atenção Psicossocial CAPS AD; 01(uma) Central de Especialidades Médicas; 01(um) Pronto Atendimento e também pelo Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Santa Lúcia e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Com enfoque no fortalecimento da Atenção Primária que tem a função de ser a porta de entrada do SUS, as Unidades Municipais de Saúde e as Estratégias de Saúde da Família, como centro articulador do acesso dos usuários do SUS à Rede de Atenção Integral (a Rede

Chimarão), o Departamento de Ações em Saúde (DAS) coordena as Políticas de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul por meio dos seguintes eixos: Gestão, Atenção Primária, Ciclos Vitais e Diversidades e Transversalidades (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O mesmo documento descreve que o DAS também desenvolve sua atuação para planejar e acompanhar as ações desempenhadas com base no apoio e organização da estrutura, a partir da qual estão distribuídas as Políticas Públicas de Saúde que são executadas em todos os níveis de atenção à saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS), conforme esclarecem Giovanella *et al.* (2009), tem por finalidade orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população, além de promover o entendimento da saúde como direito social. Diante disso, organiza de forma adequada os serviços de APS e contribui para melhorar a assistência, apresentando resultados positivos na saúde da população e eficiência do sistema.

Para Araújo e Rocha (2007), a enfermagem como parte da ESF, necessita de gestores comprometidos com a organização do sistema e envolvidos com a saúde coletiva; trabalhadores valorizados para desenvolver plenamente seu conhecimento específico, educados de forma contínua e permanente nos serviços e que tenham compromisso com a defesa da vida individual e coletiva. Além disso, a comunidade atendida deve estar integrada nas decisões e no planejamento das propostas e ações de saúde, como também, é importante possibilitar a associação, conforme recomendam as proposições do SUS, num encontro concreto com a integralidade da atenção.

Entre as diretrizes propostas para melhorar aspectos da atenção primária, destacam-se: promover a garantia do acesso com qualidade; articular e consolidar as Políticas de Atenção Integral; desenvolver ações conjuntas com demais departamentos; trabalhar de forma georreferenciada, articular ações intersetoriais e transversais; promover a integralidade, equidade e resolutividade do cuidado; construir, organizar e ativar as Redes de Atenção; apoiar a atenção às necessidades e expectativas do usuário; construir coletivos de decisão e educação permanente; além de ser referência de gestão da saúde pública (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel fundamental na estruturação e organização da rede de urgência e emergência por ser a principal porta de entrada para os usuários. E para que o processo de mudanças na APS ocorra é preciso prover com tecnologia para capacitá-la a responder socialmente, de forma efetiva, aos diferentes perfis de demandas por cuidados primários. As mudanças na estrutura envolvem uma nova concepção de estrutura

física, a ampliação da equipe de saúde, a adequação dos recursos materiais e financeiros e a organização dos macro e microprocessos da APS (BRASIL, 2015).

Em um estudo, Oliveira e Pereira (2013) ressaltam que, como recomenda o SUS, o entendimento da APS é fundamental como estratégia para reorganizar o sistema de saúde e realizar a proposta de redes de atenção à saúde. Para isso ocorrer, existem várias justificativas, como descrevem os mesmos autores:

[...] é a interpretação mais correta dos pontos de vista dos conceitos e atividade realizada; é também a mais ampla, e dentro de sua significação estratégica, pode incluir as duas outras concepções mais limitadas, mas a ela relacionadas; é compatível com o estado de desenvolvimento do SUS; está inscrita no discurso oficial do SUS; e constitui a interpretação que torna possível exercitar as funções da APS nas redes de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 160).

Considerando as divergências entre a situação de saúde do País e o modelo de atenção à saúde adotado, após várias discussões tripartite¹, foi incorporada oficialmente ao SUS a concepção de Redes de Atenção à Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010 e do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que regulamentou a Lei n. 8.080/1990 e, a partir da adesão, por parte dos estados e municípios, às cinco redes prioritárias, os recursos financeiros do Ministério da Saúde tem aumentado consideravelmente, embora ainda de forma fragmentada (BRASIL, 2015).

Medeiros *et al.* (2010) concluem que certa estabilidade na ESF é fundamental para a construção de um modelo de trabalho que contemple todos os elementos da integralidade, a rotatividade prejudica a efetividade da ESF da região atendida. Esse tipo de informação leva a identificar os motivos dessa instabilidade de profissionais na ESF, tendo em vista que a qualidade da atenção à saúde tende a ser prejudicada pela falta de relacionamento do profissional com a comunidade em que atua.

Conforme os mesmos autores, há necessidade de promover a desprecarização dos vínculos trabalhistas, principalmente por meio de concurso público e de um plano de cargos e salários que estimule os profissionais à qualificação para o trabalho na ESF e a permanecer nas equipes. O estilo de gestão que favorece a permanência dos profissionais é o participativo, que pode resultar em satisfação e comprometimento com a proposta da ESF. As informações também indicam a necessidade de primar-se por uma formação profissional qualificada.

¹ A divisão tripartite em saúde significa que o financiamento da saúde compete aos Municípios, aos Estados e à União. A responsabilidade pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, compreende as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental (BRASIL, 2015).

De acordo com Oliveira e Marcon (2007), o Programa de Saúde da Família (PSF) propõe-se a atender a família integralmente em seu espaço social o que requer uma nova postura profissional, já que o PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e tem seu fundamento sobre três grandes bases: a família, o território e a responsabilização, além de ser apoiado pelo trabalho em equipe.

Segundo os mesmos autores, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social portador de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas.

Em resumo, o programa prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, baseada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Segundo Oliveira (2011) quanto ao desenvolvimento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, a ESF é estratégia fundamental de atenção primária e o suporte mais importante do SUS. A Estratégia de Saúde da Família segue os princípios gerais da Atenção Básica e tem caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam, principalmente por ser uma rede que está implantada na maioria dos municípios brasileiros.

Para Silva e Sena (2008), a ESF trata-se de um serviço de atenção básica que trabalha buscando a promoção da saúde, a prevenção da doença e a recuperação da saúde de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Nesse contexto, o indivíduo deixa de ser o objeto único da ação para ser visto como um sujeito integrante de uma família, de uma comunidade, contextualizando-o ainda sob os aspectos social, econômico, cultural e ambiental.

Neste aspecto, Cardoso *et al.* (2011) contribuem, quando afirmam que a ESF necessita de comprometimento da equipe para acolher os pacientes e desenvolver trabalho participativo, na produção do cuidado e da atenção em saúde.

Nos últimos anos, a ESF, como política pública nacional, tem-se destacado como modelo estratégico de reorganização da atenção básica fundamentada baseada na lógica do cuidado à saúde. A ESF foi implantada em todo o Brasil como o principal e mais importante

meio para organizar a atenção à saúde, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Suas ações representam a concepção de saúde na promoção da Qualidade de Vida (QV), por meio dos seus principais objetivos, que são: a prevenção de doenças, a promoção e a recuperação da saúde (FERNANDES *et al.*, 2010).

O fundamento da ESF é a visão ativa da intervenção em saúde, ou seja, não somente esperar a população chegar aos serviços de saúde para interferir, mas os profissionais de saúde interagir de maneira preventiva, através de profissionais qualificados, responsáveis pelo cuidado prestado e estimular a atenção integral à saúde. Também, a ESF destaca a atenção domiciliar na compreensão do espaço social dos sujeitos e familiares, ampliando as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde e o estabelecimento de parcerias para a realização do cuidado, como por exemplo, no caso do idoso (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Rangel *et al.* (2011) destacam que a ESF foi criada visando melhorar as condições de saúde da população, a partir de um novo modelo de intervenção com foco na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde. Além disso, a ESF observa os princípios, diretrizes e doutrinas do SUS em todo o território nacional, com ações voltadas à família e à comunidade.

Neste sentido é que se buscou descrever a dinâmica de funcionamento das ESFs que foram alvo desta pesquisa, segundo relatado na sequência.

5.2.1 Descrição das atividades desenvolvidas pelos profissionais na Equipe de Saúde da Família (ESF)

Como já mencionado anteriormente nesta dissertação, ressalta-se que as ESFs são compostas por uma equipe multidisciplinar onde o(a) enfermeiro(a) é um elemento importante. O interesse em compreender a efetividade da prática das enfermeiras nas equipes de saúde da família, a partir de um ponto de vista crítico e analítico, é justificada pela sua importância como prática social para comprovar o contexto político social do setor saúde. E, por acreditar que essa prática contribui e pode facilitar a construção de novos conhecimentos e por entendê-la com base na produção dos mesmos a fim de indicar propostas para efetivar desse modelo de atenção (FREITAS; PINTO, 2004).

Conforme ressaltam Assis *et al.* (2015), incluir uma prática integral é estimular a construção de um modelo de saúde universal e equânime, considerando-se que o trabalho da

Enfermagem na atenção básica tem dupla dimensão: a assistencial e a gerencial. A primeira, voltada para a atenção ao indivíduo e ao coletivo e a segunda, com ações de coordenação e supervisão do cuidar, predominantes no fazer da enfermeira, constituindo-se em processo de trabalho humano no campo da saúde, que é antes de tudo, a produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços voltados para as necessidades de saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) direciona os serviços para responder às necessidades da população, seja de forma coletiva ou individual. De acordo com a APS, devem ocorrer de forma mais ampla, mudanças no modelo assistencial convencional (FREITAS; PINTO, 2004).

Na pesquisa realizada verificou-se que a inserção das enfermeiras na ESF se deu, para a maioria (63,64%) por concurso público, enquanto 36,36% deles já estavam trabalhando na Unidade Básica de Saúde e foram conduzidos a desenvolver suas atividades na ESF. Suas falas² revelam essas evidências:

Através de concurso público. (Enf. 7)

Através de concurso público, fui designada a atuar em conjunto com a coordenadora do ESF como um auxílio devido a grande demanda. (Enf. 11)

Constata-se, portanto, que muitas vezes, principalmente quando o poder público implanta esses espaços de ESF, não há tempo hábil para realizar concurso e há uma readequação de locais ou contratos emergenciais e essa situação se confirmou a partir das respostas dos participantes. Também se identificou entre as entrevistadas, casos em que a inserção ocorreu na implantação da ESF ou pela formação, como se observa nas seguintes respostas:

Quando ESF foram implantadas trabalhava em UBS. Agora quando fizeram a troca...apenas disseram você vai e a outra enfermeira vem. Não precisava nem fazer transição. Passei para a colega as atividades por solidariedade e ela passou algumas atividades pra mim. (Enf.2)

Logo após minha formação acadêmica. (Enf. 4)

² O nome real das pessoas que participaram do presente estudo foi omitido, a fim de manter o sigilo sobre sua identidade e localização, por tal razão recebeu o nome fictício de Enf. 1, Enf. 2, Enf. 3 e assim sucessivamente, até Enf. 11 que constitui o número total de participantes.

Fui designada para substituir uma colega em férias. A mesma não retornou, devido sua aprovação em concurso público em outro estado. (Enf.5)

Não houve qualquer implantação em ESF, apenas uma colocação. (Enf. 8)

Através de processo seletivo- contrato. De forma satisfatória. (Enf.10)

Guarda, Silva e Tavares (2012) relatam em seu estudo que há grandes variações nas formas de contratação de profissionais de saúde na ESF, chamando a atenção para as situações de vínculo informal, sem apoio em elementos legais e sem obrigações de seguridade. Além do que essa precariedade nos vínculos coloca o poder público em uma situação embaraçosa do ponto de vista legal, por favorecer a informalidade das relações de trabalho e criar uma situação de desproteção social, na medida em que essas formas de vinculação contratual não dão acesso a benefícios trabalhistas como o pagamento de hora-extra, aposentadoria, licença-maternidade, entre outros.

O estudo referido constatou que quase a metade (44,74%) dos pesquisados tem contrato temporário como forma de vinculação com o município, enquanto o vínculo empregatício estabelecido pelo regime estatutário representa a maioria (55,26%) dos contratos (GUARDA; SILVA; TAVARES, 2012).

Por sua vez, Magnago e Pierantoni (2014), em uma pesquisa, mencionam que devido à baixa capacidade das instituições formadoras em saúde para realizar as adequações no processo de formação à Atenção Básica, e também pela alta rotatividade de profissionais, principalmente de médicos, há falta de pessoal preparado para atuar com a compreensão de vigilância à saúde. Além do exposto, muito se deve em parte pelas modalidades de contratação, estrutura física das unidades e carga horária de 40 horas semanais.

Para melhor entender esse processo de transição de uma UBS para ESF questionou-se as enfermeiras sobre a oferta de programas de formação e/ou treinamento para atuar nessa nova função na ESF. Das 11(onze) enfermeiras entrevistadas, 06(seis) responderam que não receberam e 05(cinco) que receberam treinamento, mas ressaltaram que o mesmo foi apenas no início, isto é, chamado de introdutório, conforme relatado em suas falas:

O introdutório, mas é pouco prático (Enf.1).

Sei que quando os “PSFs” foram implantados a equipe recebia treinamento. Eu não recebi nenhum treinamento. Fui trabalhando, perguntando...Só na intuição (Enf.2)

Não existe programa/ após existe capacitações (Enf.3)

Recebi curso introdutório 40 horas (Enf.4)

Sim, existe, porém meu treinamento recebi após minha inserção no ESF, sendo que somente a primeira etapa. (Enf.5)

Existe um programa de formação, mas este foi realizado após 2 anos de trabalho (Enf.8)

No meu caso não teve, tive que correr atrás para aprender. (Enf.9)

Não, se existe não possui pra enfermagem. O que aprendi foi com a minha colega coordenadora. (Enf. 11)

Além disso, se questionou as enfermeiras se há manuais e/ou recomendações que orientam o seu trabalho nas ESFs. A maior parte delas (63,64%) respondeu que existem, tais como os cadernos de atenção básica, distribuído pelo Ministério da Saúde, manuais do Programa de Saúde da Família, protocolos e um manual com alguns procedimentos para padronizar o atendimento em todas as ESFs, o qual está sendo organizado pelo próprio município. Suas respostas destacam essas evidências:

Os cadernos de atenção básica. (Enf.1)

Se tem ... não recebi. Temos os livros de atenção básica “que ninguém lê”. (Enf.2)

Protocolos/ manual PSF (Enf.3)

Existe cadernos distribuídos pelo Ministério da Saúde que nos orientam com fluxograma para o trabalho (Enf.8)

Agora está sendo montado um manual com alguns procedimentos para que todas as estratégias atendam da mesma forma. (Enf.9)

Que orientam o trabalho não. O que existe são os cadernos de atenção básica. (Enf. 11)

Oliveira e Marcon (2007) em uma pesquisa, ressaltam que, para atuar em ESF o profissional deveria ter qualificação e perfil diferenciados, já que a ênfase da assistência não é nos procedimentos técnicos, mas sim na inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe. No entanto, os treinamentos introdutórios propostos pelo Ministério da Saúde (MS) nem sempre contemplam adequadamente a abordagem e o cuidado à família, por discutirem aspectos como conceito, funções, papel na comunidade, influência no processo saúde-doença, excluindo temas como estratégias e intervenção.

De acordo com o estudo de Mendonça, Martins e Giovanella (2009, p. 03), a elaboração de novo perfil profissional, a partir da relação de trabalho e do processo de educação continuada dos profissionais, “não excluiu o aproveitamento do quadro estatutário das Secretarias Municipais de Saúde, condicionado a que os profissionais aceitem a alteração do processo de trabalho e a pactuação de alguma forma de complementação salarial no PSF”. Porém, na área da saúde, os avanços da ciência e o desenvolvimento tecnológico acelerado, característicos do novo modo de produção, implicam a necessidade de uma constante atualização de seus profissionais e uma base de conhecimentos interdisciplinar sólida, que lhe permita enfrentar a diversidade e a "adversidade" do processo da saúde no mundo atual.

Os mesmos autores descrevem que, entre as responsabilidades definidas para cada nível de governo destacam-se as relativas à gestão do trabalho, tanto do ponto de vista da inserção, como da qualificação de recursos humanos para a gestão, para a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes.

Além disso, é importante acrescentar que:

O processo de capacitação deve ser concomitante à formação e início do trabalho das equipes, tendo no curso introdutório um meio de educação permanente para todos os profissionais sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), seguindo regulamentação dos conteúdos mínimos dos mesmos pelo Ministério da Saúde (MS) (MENDONÇA; MARTINS; GIOVANELLA, 2009, p. 05).

Com o propósito de proporcionar recurso e capacitar os profissionais da equipe para o trabalho com famílias, Oliveira e Marcon (2007) descrevem que o Ministério da Saúde (MS),

em parceria com o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), desenvolveu um material instrucional para educação à distância o qual foi disponibilizado *online* e distribuído aos municípios com diversos temas específicos para cada profissional. Para isso, o Manual de Enfermagem apresenta temas que abordam estratégias para assistir e compreender a família nos diferentes ciclos da vida.

Essa necessidade de maior aprimoramento técnico-científico foi descrita pelo MS, evidenciando a importância de maiores investimentos na qualificação dos profissionais da ESF e, nesse aspecto, o estudo de Guarda, Silva e Tavares (2012) indica que 96,35% do total dos entrevistados afirmaram ter necessidade de aprimoramento profissional. As principais modalidades escolhidas para o aprimoramento profissional técnico foram: cursos de especialização (27,85%); cursos de curta duração - capacitação (23,29%); cursos de pós-graduação *Stricto sensu* (mestrado, doutorado, pós-doutorado, 19,23%).

Mendonça, Martins e Giovanella (2009), em pesquisa, descrevem que no setor saúde, o mercado de trabalho segue as particularidades do processo de trabalho e da estrutura ocupacional no setor público de saúde. Diante disso, para os que exercem atividades no setor da saúde são exigidas algumas atribuições das categorias profissionais, especialmente uma qualificação própria que, em alguns casos, é regulada externamente, mas com o controle do poder público, que tem como orientação valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.

Para garantir a qualificação dos profissionais são necessárias algumas medidas facilitadoras, conforme definem as políticas públicas de saúde, tais como as descritas por Mendonça, Martins e Giovanella (2009, p. 6):

[...] oferecer formação específica quanto a aspectos técnicos e clínicos voltados para a Atenção Primária; qualificar os gerentes das Unidades de Saúde da Família em saúde pública para habilitá-los a articular ações coletivas e individuais na unidade básica; capacitar os profissionais para aprimorar tanto a qualidade dos registros nos prontuários quanto as justificativas clínicas para exames e consultas; desenvolver, em nível local e nacional, estratégias para dar visibilidade ao trabalho dos profissionais de atenção primária como coordenadores dos cuidados e promover a atuação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), que necessitam de reconhecimento e credibilidade, para superar as relações hierárquicas e o isolamento entre atenção básica e especializada, como também implementar estratégias de educação continuada com participação de profissionais dos diversos serviços.

E essas formações são extremamente necessárias, até mesmo porque há uma (re)significação nos conceitos de saúde e doença a partir da implantação do SUS e isso precisa ser apropriado pelos integrantes das equipes de ESFs.

Para Freitas e Pinto (2004), a Estratégia de Saúde da Família propõe novas práticas sanitárias centradas nos princípios do SUS de equidade, descentralização, integralidade e participação popular e, conseqüentemente, a reformulação dos conceitos de saúde, doença, população e práticas. Entende-se que as práticas de saúde vão muito além de intervenções curativas, devendo ser direcionadas não só para atender, mas para prevenir a doença e promover a saúde.

Por isso, ações são destinadas para e junto à comunidade, assumindo o desafio de promover a reorganização da prática assistencial, com uma visão de que a saúde é um conceito construído socialmente, em que a morbidade e a mortalidade dos grupos populacionais estão relacionadas às condições biológicas, econômicas, sociais e culturais (FREITAS; PINTO, 2004).

A Atenção Básica – e de maneira especial, a ESF, para sua realização, necessita de normas que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas. Apesar das dificuldades na sua execução é estratégia central da ESF definir o território adstrito, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde, com atividades entre os setores e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Isso é fundamental para que gestores, profissionais e usuários do SUS possam compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos, tanto no aspecto individual, como coletivo, indicando as desigualdades sociais e as dificuldades com relação à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Portanto, o território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Ainda segundo o mesmo documento (BRASIL, 2011), como principal porta de entrada do sistema de saúde, a ação na Atenção Básica inicia com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta para a maioria dos problemas de saúde da população, diminuindo danos e sofrimentos, realizando efetivamente o cuidado e garantindo sua integralidade. Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe e que os saberes se unam para concretizar os cuidados dirigidos a cada população, pela qual a equipe assume a responsabilidade.

As equipes de saúde que fazem parte da ESF são respectivamente: Médico; Auxiliar de Enfermagem; Dentista; Auxiliar Odontológico; Enfermeira; Auxiliar de enfermagem e Agente comunitário de saúde, cada um com algumas competências específicas, como explicitado na sequência.

As competências relacionadas à prática clínica para atender aos pressupostos da atenção básica, devem se articular com a determinação social da saúde. São atribuições do médico, segundo o Anexo I da Portaria nº 648/GM:

- I - Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- III - Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínicocirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;
- IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
- V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- VI - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem;
- VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento (BRASIL, 2006, p. 25).

Destaca-se especialmente o(a) profissional enfermeiro(a), por ser objeto do presente estudo e por ser a enfermagem considerada a maior força de trabalho em saúde no Brasil, a qual é composta pelas diversas categorias, entre as quais: auxiliares, técnicos e enfermeiros(as) graduados. No atual contexto, o exercício da atividade profissional dos(as) enfermeiros(as) tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (BARBOSA; MARANHÃO, 2012).

O referido Anexo I da Portaria mencionada (BRASIL, 2006, p. 25), também indica as competências do(a) enfermeiro(a) na Atenção Primária à Saúde, como elemento da equipe de Saúde da Família, conforme se descreve:

- I - Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III - Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV - Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

- V - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD); e
- VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Conforme descreve a Lei do Exercício Profissional n.º 7.498 de 1986, é competência do(a) enfermeiro(a) a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, a chefia de serviço e de unidade de enfermagem, a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem, consulta de Enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BARBOSA; MARANHÃO, 2012).

A portaria 648 de 2006 descreve as seguintes atribuições com referência ao Auxiliar de Enfermagem:

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

Quanto ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), na portaria acima referida, são destacadas como suas atribuições as que seguem:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o ACS trabalha com uma população adscrita, um território delimitado, realizando diferentes formas de atuação, como visita domiciliar, mapeamento e cadastramento. Mas, de preferência o ACS desenvolve a educação em saúde a qual faz parte das atividades de promoção e prevenção de agravos da sua população. O desafio dos agentes é diário, considerando que as ações educativas fazem parte de suas atribuições e tem como objetivo final contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

É importante ressaltar que, para realizar o trabalho comunitário, o ACS deve conhecer a comunidade, bem como os problemas nela existentes, sem interferir na cultura e vivência dessa comunidade, mas propondo novas alternativas. Assim, o agente faz a união entre a equipe profissional e a comunidade. E por conviver com a realidade do bairro onde mora e trabalha, o ACS pode facilitar ou dificultar a comunicação dos serviços de saúde, que inclui o acolhimento do usuário nos serviços de saúde (CHIESA; FRACOLLI, 2004).

Quanto às competências específicas do cirurgião-dentista, de acordo com o Anexo I da Portaria nº 648/GM:

- I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - Contribuir e participar das atividades de educação permanente do THD, do ACD e do ESF;
- VIII - Realizar supervisão técnica do THD e do ACD; e
- IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006, p. 26).

Por sua vez, o anexo I da Portaria 648, indica que o auxiliar de saúde bucal tem as seguintes atribuições (BRASIL, 2006, p. 27):

- I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II - Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- III - Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- IV - Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião-dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- V - Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- VI - Organizar a agenda clínica;
- VII - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
- VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

De acordo com Oliveira e Tavares (2010), os profissionais de saúde devem manter a comunicação com os usuários, agindo na prevenção de doenças e com responsabilidade quanto ao cuidado prestado, incentivando os cuidados na atenção integral à saúde. Essa é a justificativa para a ESF, ou seja, a equipe de saúde não deve somente esperar a população chegar aos serviços de saúde para intervir. A ESF ainda destaca a importância das visitas dos ACS, para compreender o espaço social dos usuários e familiares, ampliando as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde e fazendo parcerias para garantir o cuidado.

Em continuidade, referente aos dados coletados nesta pesquisa, a média das idades das enfermeiras entrevistadas foi de 38,88 anos ($\alpha 10,88$), e as idades mínima e máxima foram de 23 anos e 57 anos, respectivamente.

A renda familiar média foi de 5,88 salários ($\alpha 2,42$) e a renda familiar mínima e máxima foi de 03 e 10 salários, respectivamente.

Quanto ao tempo médio em que as participantes responderam atuar na profissão de enfermagem, identificou-se que foi de 11,25 anos ($\alpha 5,34$), e os tempos mínimo e máximo foram de 03 e 22 anos.

A tabela 1 indica as frequências quanto à variável escolaridade, conforme relatado pelos participantes da presente pesquisa. Observa-se na tabela que 18,2% responderam ter apenas a graduação, porém a grande maioria das entrevistadas respondeu que tem curso de pós-graduação *Lato sensu* (72,7%) e apenas 9,1% indicou ter curso *Stricto sensu*, isto é, Mestrado.

Tabela 1: Escolaridade das Enfermeiras Entrevistadas

| | Frequência Percentual | |
|------------------------------------|-----------------------|-------|
| | Frequência | (%) |
| Pós-Graduação <i>Lato sensu</i> | 8 | 72,7 |
| Graduação | 2 | 18,2 |
| Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> | 1 | 9,1 |
| Total | 11 | 100,0 |

Em relação à escolaridade, os dados deste estudo confirmam outras evidências, como ressaltado na pesquisa de Fernandes *et al.* (2010), a qual indicou que a busca por cursos de especialização pode ser explicada, por um lado, pela maior seletividade do mercado de trabalho e a esperança de aumento salarial. Por outro, a necessidade de ter um perfil diferenciado para o trabalho na ESF pode ter contribuído para este movimento, além da possibilidade de trabalhar no ensino de graduação, que passou a ser um mercado em expansão nos últimos anos. Quanto à escolaridade, neste estudo de Fernandes *et al.* (2010), 60% possuíam especialização e 40% eram graduados. A maioria (62,2%) realizava curso de atualização no momento da entrevista e 35,6% faziam pós-graduação *Lato sensu*.

Villela *et al.* (2011) descrevem que a atuação do(a) profissional enfermeiro(a), a partir da sua graduação, apresenta um decréscimo de 60% no total da força de trabalho nos dez primeiros anos de seu exercício. Também mostra que, relacionado a isso há uma perda social e econômica, uma vez que a maturidade profissional é essencial para a compreensão do processo de trabalho e da melhoria da saúde da população. O mesmo estudo (VILLELA *et al.*, 2011) descreve que o tempo de atuação do enfermeiro no mercado de trabalho aproxima-se de 50% nos dez primeiros anos e 25% entre 11 a 20 anos, sendo que no primeiro ano de atuação, há uma evasão de 10%.

A tabela 2 descreve as frequências identificadas considerando a variável estado civil.

Tabela 2- Estado Civil das Enfermeiras Entrevistadas

| | Frequência | |
|---------------|------------|----------------|
| | Frequência | Percentual (%) |
| Casada | 7 | 63,6 |
| Solteira | 2 | 18,2 |
| Divorciada | 1 | 9,1 |
| União Estável | 1 | 9,1 |
| Total | 11 | 100,0 |

Como se pode observar na tabela 2, a maioria (63,6%) das participantes deste estudo, respondeu que é casada; 18,2% são solteiras; 9,1% indicaram que estão divorciadas, assim como o mesmo percentual respondeu que vive em união estável.

Quanto à caracterização sociodemográfica, em estudo realizado por Fernandes *et al.* (2010), foi relatado que a maioria eram de jovens do sexo feminino e solteiras, ou seja, relatou que entre os enfermeiros das equipes de saúde da família do Sul do Triângulo Mineiro predominou o sexo feminino (92,2%). A idade média foi de 28,6 anos ($\pm 5,9$), com predomínio da faixa etária de 20 - 30 anos (72,1%). No que se refere ao estado civil, o estudo referido verificou que a maior parte dos profissionais era constituída pelos solteiros (57,8%), seguidos pelos casados ou amasiados (33,4%). Assim, conforme se verifica pelos dados encontrados na presente pesquisa, os mesmos não convergem com os dados encontrados por Fernandes *et al.* (2010).

A tabela 3 indica as frequências quanto à variável tempo em que as enfermeiras entrevistadas na presente pesquisa trabalham em enfermagem, observando-se que a maior média entre os mesmos foi de 27,3% dos que atuam há 03(três) anos; identificando-se também que 18,2% atuam há menos de um ano, da mesma forma que aqueles que trabalham com enfermagem há 02(dois) anos foi indicado por 18,2%. As demais frequências podem ser visualizadas na tabela 3. Também cabe ressaltar que os profissionais entrevistados nesta pesquisa e que atuam há mais tempo estão na faixa etária dos 13 a 11 anos (9,1%, respectivamente).

Tabela 3: Tempo de trabalho da Enfermeira na ESF

| | Frequência | Frequência Percentual (%) |
|----------------|------------|---------------------------|
| 3 anos | 3 | 27,3 |
| Menos de 1 ano | 2 | 18,2 |
| 2 anos | 2 | 18,2 |
| 1 ano | 1 | 9,1 |
| 5 anos | 1 | 9,1 |
| 11 anos | 1 | 9,1 |
| 13 anos | 1 | 9,1 |
| Total | 11 | 100,0 |

A atenção básica traz na sua filosofia ações interligadas, como a visita domiciliar, o desenvolvimento de recursos comunitários, ações entre diferente setores, oferta de atividades

tais como esportes comunitários, grupos de mães, de mulheres, de idosos, oficinas de artes e de ofícios, grupos educativos, de apoio, lazer, entre outros, garantindo o atendimento integral ao paciente e a sua família (BRASIL, 2007). Portanto, essas novas ações precisam ser planejadas coletivamente para que a equipe de saúde possa desenvolver as mesmas e melhorando o atendimento à saúde.

Entre os desafios a serem enfrentados pela ESF estão a formação de competências e habilidades com base nas relações partilhadas, como as tecnologias leves de acolhimento, vínculo e responsabilização, e assim, ampliar o acesso às ações da saúde oferecidas à população em busca da integralidade da assistência (AMARANTE *et al.*, 2011).

Por ser a ESF uma estratégia de incentivo à participação da população, esta deve, crescentemente, promover uma nova relação entre os sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem/devem ser produtores e construtores de um viver mais saudável. Este envolvimento, no entanto, só é possível mediante um processo dialógico entre os diferentes saberes, no qual cada um contribui com o seu conhecimento peculiar e juntos possibilitam uma interação efetiva pela valorização das diferentes experiências e expectativas de vida (BACKES *et al.*, 2012).

Seguindo ainda o raciocínio de Backes *et al.* (2012), é neste contexto de discussões, conquistas e desafios que o enfermeiro precisa delinear cada vez mais e melhor o seu campo de atuação profissional e desenvolver o seu projeto político-legal, coerente com os princípios e diretrizes do SUS, bem como com as diretrizes da ESF. Um projeto profissional, portanto, que necessita considerar o ser humano ser individual e coletivo como sujeito e ator social. Nessa direção, estes autores se questionam sobre qual o significado do papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde brasileiro e qual o significado de sua prática social neste campo de discussões e significações teórico-práticas.

5.2.2 A Atuação da Enfermeira na Atenção Básica - ESFs

A prática da enfermeira é parte de um processo coletivo de trabalho que tem como finalidade produzir ações de saúde, caracterizando-se por um saber específico, com ações contínuas e articuladas com os demais membros da equipe, na construção dos objetos comuns de trabalho no setor saúde (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

A enfermeira é o principal agente realizador das políticas e programas voltados para saúde da família que requer envolvimento efetivo com as reais necessidades de saúde das

famílias e comunidades. O grande desafio da enfermagem atual é a ampliação da qualificação dos profissionais enfermeiros em todas as dimensões, de modo que possam participar como sujeitos integrais do mundo do trabalho, contribuindo de forma eficaz para a resolução dos problemas de saúde das populações (ITO *et al.*, 2006).

Conforme Garbois, Vargas e Cunha (2008), no Brasil, o sistema nacional de saúde surgiu com as características de centralização da tomada de decisões na esfera federal, polaridade entre ações preventivas e curativas, e pela baixíssima participação da sociedade na proposição de soluções para os problemas de saúde. Assim, o modelo de atenção à saúde da população estava centrado na figura do profissional médico e nas ações curativas, de assistência individual, e não considerava os aspectos sociais que influenciam o processo saúde-doença.

Além disso, tem como atribuições a execução de ações na assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso; desenvolver ações para capacitação dos ACS e técnicos de enfermagem; oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária; promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável (BRASIL, 1997).

É possível resumir o papel da enfermeira na ESF em consulta de enfermagem (ambulatório e procedimentos) e orientações, como se descreve no quadro 1.

Quadro 1: Descrição das atividades desenvolvidas nas duas últimas semanas pelas enfermeiras entrevistadas

| Tipo de ação | Ações |
|-----------------------|--|
| Administrativa | Organizar evento ESF: brindes; músicas; decoração; convidados; alimentos (lanche). Digitação de relatórios: saúde do homem/ saúde da mulher. Elaboração de atas (educação continuada, reuniões). Entrega de pontos. Envio de e-mails. Escala de funcionários. Fechamento de produção. Relatórios dados relativos ao ESF trabalho. Reunião de equipe. Organização de todas as agendas feriados, folgas, fazer cartaz informativo p/ feriados e férias. Pedidos de materiais (limpeza, almoxarifado e medicação) |

| | |
|-------------------|---|
| | Oficina terapêutica Supervisão |
| Enfermagem | Organizar as palestras p/ grupo de gestante. Atividade coletiva junto à comunidade (grupo hiperdia) ACS Cadastro de gestantes Coleta de preventivo Consulta de enfermagem (avaliação pré-consulta) Curativos Entrega de preventivos Grupo hiperdia Grupo de hipertensão e diabetes mellitus Grupo e consulta de gestantes Seguimento dos resultados citopatológicos SNG Entrega de preventivos: orientação Triagem Teste do pezinho Teste rápido de gravidez e sorologias Puericultura Pré-natal Planejamento familiar Sondagem e orientação Visita domiciliar de rotina |

As informações sistematizadas no quadro 01 podem ser evidenciadas nas falas dos participantes do presente estudo:

Puericultura – Na intuição, grupo de hiperdia, exames citopatológico, sondag. V.D. visita domiciliar –só na intuição, grupo e consulta de gestantes, t. pezinho, t. rápidos, superv. ACS, reunião da equipe, atividade coletiva junto à comunidade (grupo hiperdia, planej. Familiar) (Enf.2)

Reuniões equipe/ decoração ESF's p/ atividades Natl 4/ confraternização equipe natal / amigo secreto/ ponto entrega/ produção em casa e ESF , pedido de material limpeza/ farmácia/ almoxarifado, organização férias determinações datas, organização de todas as agendas feriados, folgas, fazer cartaz informativo p/ feriados e férias, organizar evento ESF-brindes- músicas- convidados-alimentos (lanche)- teste do pezinho levei meio dia fora do

horário de trabalho no CSMC. – visita domiciliar / sondagem e orientação. Puericultura, entrega de preventivos orientação, coleta de preventivos, teste rápido, pré-natal- organizar as palestras p/ grupo de gestante. –Digitação de relatórios: saúde do homem.- Pré-natal. – produção das VD . ACS. Planejamento para todo o período de férias até o retorno de toda à equipe- descritivo para que toda a equipe em determinada situação. Saiba de todas as datas. O que cada um será responsável- dividir tarefas. Feito ata de educação continuada. Feito ata da reunião. Enviei vários e-mail. Resposta de relatórios dados relativos ao ESF trabalho. Solicitei pedido para limpeza externa pátio + lava jato. (Enf.3)

Consulta de enfermagem, grupos, planejamento familiar, visita domiciliar e puericultura (Enf.4)

Trabalho especialmente com a saúde da mulher, na ginecologia com coletas de citopatológico e planejamento familiar (Enf. 5)

Escala de funcionários, consulta de enfermagem, cadastro de gestante, seguimento dos resultados citopatológico. Atendimento às ESF's, pedido de materiais, compras, relatório 2016 saúde da mulher. (Enf. 6)

Consulta de enfermagem, coleta de cp colo de útero, reuniões, puericultura, grupo de hipertensão e diabetes mellitus (Enf.8)

Consulta de enfermagem, grupo hiperdia, visita domiciliar, puericultura, oficina terapêutica, reunião de equipe, preventivo, consulta pré-natal. (Enf.10)

Desse modo, com relação às atividades que identificam o trabalho das enfermeiras, verifica-se nas falas apresentadas, que várias são as funções mencionadas pelas participantes.

As amplas e diversas demandas atuais dos serviços de saúde reforçam a atuação generalista do(a) enfermeiro(a), numa postura de integração entre atividades assistenciais e gerenciais, visto que elas são interdependentes. Parte-se do pressuposto de que para a assistência ser feita, deve-se ter uma estruturação administrativa para ocorrer de forma adequada, o qual exige do enfermeiro habilidade e competência administrativa (SILVA *et al.* 2011).

Portanto, para as mesmas autoras, a autonomia profissional pode ser entendida como algo não completamente estabelecido, ou ainda como ausente ou inexistente, ou seja, a autonomia é basicamente uma maneira de construir algo, apesar das contradições vivenciadas no dia a dia da profissão.

Dentre as atividades mais frequentes realizadas pelas enfermeiras e mencionadas nesta pesquisa estão: avaliação para triagem; busca de resultados; cadastro de gestante; coleta de CP; digitação (SISCAN + sispré-natal); encaminhamentos (paciente, exame, entre outros); entrega de exames laboratoriais; entrega e busca de ficha de atendimento; gerenciamento/gestão de pessoas (equipe); orientações (consultas individuais); planejamento familiar; pré-natal- puericultura; testes rápidos; verificação de sinais vitais e visita domiciliar.

Assim sendo, percebe-se que as atividades se repetem diariamente para as enfermeiras, sendo que algumas têm atividades práticas específicas da sua área, outras, porém, acumulam funções de administração e gerenciamento de pessoas. Mas, considerando as atividades, pode-se resumir em consulta de enfermagem (ambulatório e procedimentos) e orientações, conforme evidenciado no quadro 1.

Portanto, o papel da enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família se desenvolve para apoiar e supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), assistir às pessoas que necessitam de cuidados, organizar o cotidiano da USF, planejar ações e executar atividades juntamente à comunidade.

Todavia algumas atividades realizadas nas ESFs dão mais identidade ao trabalho da enfermeira, ou seja, aquelas que lhes são próprias, mais identificadas com o perfil da enfermeira. Isso também foi questionado para elas nesta pesquisa e suas respostas podem ser visualizadas a seguir:

Com exceção das atividades burocráticas e excesso de registros, todas são próprias da enfermagem (Enf.1).

Acho que todas as atividades tem haver c/ o perfil da enfermeira (Enf.2).

Coordenar e /planejar/ parte assistencial (Enf.3).

Consulta de enfermagem, orientações em relação ao cuidado, procedimentos e planejamento (Enf.4).

As duas, porque é necessário ter uma gama de conhecimentos técnicos e científicos, além de experiência na prática, e acolhimento do paciente é o carro chefe para que elas pratiquem a rotina do autocuidado. (Enf.5)

Consulta de enfermagem, busca ativa de pacientes faltosas e seguimento de exames alterados. (Enf.6)

A consulta de enfermagem na saúde da mulher (coleta de CP) e saúde da criança (puericultura) (Enf.7)

As atividades relacionadas aos grupos, realizadas pela enfermeira. (Enf.8)

Coleta de preventivo, puericultura, teste rápido, teste do pezinho. (Enf.9)

Consulta de enfermagem, consulta de puericultura, preventivo, reunião com equipe e consulta de pré-natal. (Enf.10)

Acredito que todas. Uma vez que no meu ponto de vista a enfermeira do ESF deve ser gerenciamento, coordenar de forma geral o funcionamento da unidade. (Enf. 11)

Desse modo, com relação às atividades que identificam o trabalho das enfermeiras, verifica-se nas falas apresentadas, que várias são as funções mencionadas pelas participantes. Diante disso, pode-se afirmar que, na tentativa de resolução dos problemas de saúde da população o Estado brasileiro teve, desde o seu surgimento no início do século até os anos 1980, duas características básicas: uma estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico em uma clara distinção entre as ações de saúde pública e de assistência médica (RONCALLI, 2003).

Como destaca Merhy (2003), é relevante conhecer a etapa final nos serviços de saúde para analisar o grau de resolubilidade e de comprometimento, ou seja, o coeficiente de saúde que é produzido em serviço. Nesse momento, entender o nível de tensão contribui para responder ao tipo de modelo de atenção: o que se produz, como é produzido, por quem e para quem.

Nesse sentido, é importante acrescentar que o acolhimento envolve não somente trabalhador e usuário, mas também os contextos social, político, econômico e histórico

representados na interação de cada instituição que faz a mediação para realizar o trabalho em saúde. Enfim, o acolhimento deve nos vários momentos de encontro entre os trabalhadores de saúde e os usuários do serviço, inicialmente, reconhecer os desvios e complicações, procurando iniciar novas comunicações com técnicas terapêuticas, centradas na pessoa que necessita de cuidado. Acolhimento é uma forma que oriente e homogenize as conversas nos espaços dos serviços de saúde, com base em um atendimento integral (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

6 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS ENFERMEIRAS

A palavra integralidade apresenta vários sentidos: enquanto princípio do SUS, sua transversalidade indica a necessidade de repensar os diversos sentidos atribuídos a integralidade ampliando as possibilidades de discussão do tema nos cenários de prática de saúde. A Constituição Federal Brasileira estabelece as diretrizes para a organização do SUS e destaca a integralidade significando tratar-se de atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Para a mesma autora, o cumprimento do princípio integralidade, neste contexto das políticas de saúde talvez seja, nos dias de hoje, o maior desafio da saúde no Brasil e esse desafio acontece em parte em decorrência da atual situação que ainda revela um sistema estruturado para atender, principalmente, os pacientes com a doença já instalada, com foco de atenção na doença.

O trabalho em equipes multiprofissionais também é considerado um recurso importante para atingir um dos aspectos da integralidade nas práticas em saúde, que é a concepção da integralidade como uma dimensão das práticas de saúde, que, além de contribuir na organização do trabalho nos serviços, busca uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida (MATTOS, 2006).

Na ESF, dentre outras ações, em todas as fases do desenvolvimento humano o(a) enfermeiro(a) deve prestar uma assistência integral, com fundamento em ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, voltada aos indivíduos e famílias na unidade de saúde da família e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (BARATIERI; SANGALETI, 2013).

Diante disso, é fundamental destacar o cuidado da saúde das enfermeiras que atuam nas ESFs, bem como a questão da Integralidade na Atenção à Saúde das mesmas, conforme será destacado na sequência.

6.1 O Cuidado da Saúde das Enfermeiras que Atuam nas ESFs

De modo geral, a atenção integral e a integralidade são percebidas como simples teoria, ou seja, como parte do discurso oficial de reorganização da assistência, que ainda não foi efetivada nas práticas assistenciais e nas quais não se consegue demonstrar resultados concretos. Predomina na prática a desarticulação e fragmentação da assistência, e os enfermeiros entendem que a superação da realidade depende do trabalho em equipe, crítico e reflexivo, com articulação e integração das equipes assistenciais (ORO; MATOS, 2011).

Na trajetória histórica, a mulher sofreu modificações no seu papel na sociedade. O universo feminino mudou muito desde a década de 1960, com a chegada dos métodos anticoncepcionais, possibilitando a mulher mais autonomia sobre seu próprio corpo. Com o passar do tempo as mulheres foram para as universidades e passaram a disputar espaço no mercado de trabalho com o sexo masculino (COELHO *et al.*, 2000).

A mulher estabeleceu em maior ou menor grau, participação ativa na economia do país como força de trabalho conquistando o seu espaço. A conquista deste espaço representa crescimento no campo pessoal e profissional. Por outro lado às atividades domésticas como lavar, passar, cozinhar, cuidar do marido, dos filhos não deixou de existir (MURAMATSU *et al.*, 2001).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se tornado, nos últimos anos, o principal programa de aprimoramento da reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. Tem como estratégia a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e centrado na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação; baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido (BACKES *et al.*, 2012).

De acordo com o mesmo autor, com a criação do SUS, e especialmente a ESF, a enfermeira tem o seu espaço de atuação garantido, mesmo que, para alguns profissionais, a emergência do novo modo de pensar e agir ainda represente certo desconforto e insegurança pela necessidade de inserção ativa e responsável na vida das comunidades.

Por essa razão, na presente pesquisa, as enfermeiras foram questionadas com referência às condições de trabalho nas Estratégias de Saúde da Família em que atuam e suas opiniões aparecem na tabela 04.

Tabela 4: Condições de Trabalho nas ESFs, conforme opinião das enfermeiras

| Condições de Trabalho na ESF | Nº | Percentual |
|-------------------------------------|-----------|-------------------|
| Muito Boa | 0 | 0,0% |
| Boa | 4 | 36,36% |
| Regular | 4 | 36,36% |
| Ruim | 3 | 27,28% |
| Total | 11 | 100% |

A tabela 4 mostra que nem uma das entrevistadas considera muito boas as condições de trabalho nas ESFs; as opiniões se dividem, principalmente entre boa e regular, cada uma com a indicação de 36,36% das entrevistadas e 03(três) participantes, ou seja, 27,28% responderam que é ruim.

As manifestações quanto ao trabalho nas ESFs, bem como as dificuldades encontradas aparecem em algumas falas selecionadas, constatando-se que as enfermeiras entrevistadas deixaram transparecer a estrutura é precária como descrito nas falas abaixo:

Nesta ESF particularmente, é muito tranquilo de trabalhar com as pessoas da comunidade. O que dificulta é a falta de material e equipamento como : fita de HGT, falta de alguns medicamentos para o grupo Hiperdia. Sonar e Ap de PA com problemas funcionais. (Enf.2)

Na área que atuo hoje razoáveis, porque não tem uma sala específica para realizar minha atividades. Todos os dias a rotina se repete, uso a sala que estiver disponível no momento (Enf.5)

Muito a melhorar, falta recursos humanos, materiais e estruturas. (Enf.6)

Dentro da medida do possível são adequadas a nossa realidade (Enf.7)

Condições muito precárias, pois não existe qualquer avanço tecnológico, ou meio de melhorar o trabalho, estou a três anos e não vejo diferença de um ano para outro, sempre mesmas condições e dificuldades. (Enf.8)

Falta estrutura e material de apoio (Enf.9)

Adequadas. (Enf.10)

Regulares. As condições de estrutura da unidade são precárias. Equipe de trabalho adequada, grande demanda para poucas condições. (Enf. 11)

A Estratégia de Saúde da Família foca nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, e essas são desenvolvidas por meio de uma equipe mínima composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe de saúde da família, em especial o(a) enfermeiro(a), assume nesse novo modelo assistencial o desafio da prestação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) baseada nas ações educativas. Por isso é essencial conhecer as dificuldades e perspectivas de mudanças que os enfermeiros identificam no desenvolvimento das ações educativas na Estratégia Saúde da Família (ESF), como explicam Baratieri e Sangaleti (2013).

Segundo Amarante *et al.* (2011), a equipe de enfermagem, com base nos conhecimentos, poderá prestar uma assistência mais especializada, pois esta também qualifica a vida quando apresenta uma ação profissional diferenciada e amplia as dimensões de saúde, seja por meio da educação em saúde, seja na assistência propriamente dita. Acima de tudo, ressalta-se o benefício ao lidar com esta clientela, proporcionando-lhe melhor atendimento, dada a sua compreensão a partir do conhecimento de suas representações sociais, reais expectativas e anseios.

Para efetivação da ESF, o trabalho assistencial do enfermeiro precisa estar associado ao contexto sociocultural, epidemiológico e demográfico, além de relacionar as suas ações a melhores condições de vida da família e sociedade, e produzir ações de saúde como uma prática social. Neste contexto, para conseguir melhorar a qualidade de vida dos indivíduos em suas atividades, o enfermeiro deve buscar a manutenção ou transformação da realidade, (BARATIERI; SANGALETI, 2013).

Mesmo que interligada e complementada por outros saberes profissionais, a enfermagem pode ser amplamente definida como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas de cuidado, quanto no sentido de promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Nessa direção, o cuidado de enfermagem configura-se como prática social empreendedora, pela inserção ativa e pró-ativa nos diferentes espaços de atuação profissional e, principalmente, pelas

possibilidades interativas e associativas com os diferentes setores e contextos sociais (BACKES *et al.*, 2012).

Assim, destaca-se que o papel da enfermeira é buscar um cuidado integral à saúde dos usuários do SUS, mesmo que nas práticas profissionais descritas neste estudo não aconteça a integralidade, tendo em vista as fragilidades, mas não mobiliza seu potencial de organização coletiva para a mudança.

Coelho *et al.* (2009) descrevem que as necessidades das mulheres originárias de relações sociais, em que se inclui a dimensão de gênero, são identificadas, mas há dificuldades em aprofundar discussões na perspectiva de minimização com participação do serviço. A preocupação com a organização das práticas em seus aspectos mais técnicos se sobrepõe a reflexões e discussões em que as(os) profissionais reconhecessem o seu papel na promoção de saúde das mulheres de modo efetivo para abrir caminhos ao empoderamento.

É essencial redirecionar as práticas em saúde da mulher de modo que sejam dadas respostas ágeis e mais resolutivas segundo os princípios da política de atenção integral à saúde da mulher. A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem de gênero oferecem à mulher possibilidades de serem sujeitos e devem fazer parte de um projeto de reorganização das práticas direcionadas pela integralidade do cuidado. Desse modo, o desenvolvimento do referido estudo aponta a necessidade de ampliá-las nesse campo, vislumbrando projetos para intervenções concretas no campo das práticas em saúde (COELHO *et al.*, 2009).

É neste contexto de discussões, conquistas e desafios que o(a) enfermeiro(a) precisa delinear cada vez mais e melhor o seu campo de atuação profissional e desenvolver o seu projeto político-legal, coerente com os princípios e diretrizes do SUS, bem como com as diretrizes da ESF. Para isso é essencial situar a enfermagem frente às práticas em saúde coletiva, para compreender como esta vem se constituindo enquanto uma das disciplinas que contribui de forma decisiva para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BACKES *et al.*, 2012).

Considerando-se a lógica definida pelo SUS, o cuidado de enfermagem é compreendido como prática interativa, multidimensional e interdisciplinar, ou seja, como prática social que integra uma rede de relações e associações comunitárias. Nessa direção, os participantes deste estudo entendem que é preciso ocorrer uma articulação crescente com os diferentes profissionais que atuam no sistema de saúde para que a pessoa humana, em seu contexto singular e coletivo, seja percebida como um ser integral e protagonista do seu processo saúde-doença.

Portanto, ressalta-se a necessidade de que a própria enfermeira deveria ter quanto ao cuidado integral para com a sua saúde, assunto que será abordado a seguir.

6.2 A Integralidade na Atenção à Saúde das Enfermeiras que Atuam nas ESFs

A luta pela integralidade como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) implica repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde.

O SUS é reconhecido e ressaltado pelas entrevistadas do presente estudo, como um dos maiores sistemas de mobilização social, pelo acesso, cobertura e garantia da continuidade pela integração com os diversos setores e às diversas políticas sociais. Além disso, por promover a participação da comunidade nas discussões que dizem respeito à saúde, é destacado como um sistema que busca novos caminhos.

Integralidade é um conceito com múltiplos entendimentos, dificultando sua apreensão nas realidades concretas do trabalho em saúde; porém, o termo tem sido utilizado para designar “uma das diretrizes básicas do SUS, instituído pela Constituição de 1988”, bem como uma “bandeira de luta”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e práticas, as quais são desejáveis (ORO; MATOS, 2011).

Para os mesmos autores, destacam-se um conjunto de sentidos que traduzem condições que se aproximam do ideal de assistência integral ou da integralidade da assistência. Assim, representa a capacidade de repensar o trabalho em rede, a assistência à saúde nas diversas esferas de atenção, integrando os esforços empreendidos em cada nível e ofertando aos usuários assistência contínua. É ainda “relativa às configurações de certas políticas específicas ou especiais” e as formas como essas são conduzidas e diz respeito às políticas governamentais desenhadas “para dar resposta a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional”, tanto na perspectiva preventiva quanto assistencial.

Por isso, deve-se pensar a produção do cuidado integral em saúde que comporta, necessariamente, um caminho reflexivo sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). As inúmeras discussões acerca deste tema têm lançado desafios às concepções dos modelos de atenção à saúde, causando tensões que impulsionam novas reformas nos modos de pensar e fazer o cuidado no cotidiano dos serviços e práticas no SUS. Ou seja, ao considerar a integralidade como orientadora da organização do cuidado, da rede de atenção e das políticas, isso implica a

interação através do diálogo e da participação dos sujeitos envolvidos na construção de respostas capazes de contemplar as diferenças expressas nas demandas em saúde (ASSIS *et al.*, 2015).

As discussões em torno da atuação dos profissionais da saúde no SUS contribuem para o reconhecimento de que o(a) enfermeiro(a) é o interlocutor e o(a) principal agente incentivador das políticas e programas voltados para a saúde coletiva, em especial para a ESF que requer um envolvimento efetivo com as reais necessidades de saúde das famílias e comunidades (BACKES *et al.*, 2012).

Em razão disso, as enfermeiras foram questionadas sobre os riscos e benefícios que a sua profissão traz, os quais foram sintetizados no quadro (2) a seguir destacado:

Quadro 2: Riscos e benefícios da profissão enfermeira

| Riscos da profissão | Benefícios da Profissão |
|--|---|
| Estresse diário | Trabalho mantém a mente ocupada |
| Quando algo não decorre como previsto | Harmonia no ambiente de trabalho |
| Falta resolutividade na maioria dos problemas encontrados | Satisfação com o trabalho (profissional) |
| Agenda lotada (sobrecarga de trabalho) | Reconhecimento das pessoas pelo trabalho (usuários) |
| Baixa remuneração da profissão | Por em prática na vida o que se orienta para os usuários em relação a qualidade de vida |
| Falta de cuidados com a própria saúde, sobrecarga, estresse físico e mental. | Aprendizado a cada dia no trabalho |
| As culpas que levam quando na verdade não são suas. | Convivência com amigos e colegas |
| Falta de infraestrutura e apoio para desenvolver o trabalho (materiais, transporte). | Interação social com os colegas de trabalho e troca de ideias |
| Falta de respeito de pacientes e colegas | As boas histórias que aprendem com a população (lições de vida) |
| | Prazer de ver os resultados do trabalho |
| | A gratidão dos usuários |

Pelo observado nas falas das enfermeiras, pode-se levantar duas categorias opostas:

1) Profissão Estressante: pelos seguintes fatores estressores:

- a) pela falta de material e infraestrutura e/ou condições precárias;
- b) a falta de transporte para realização das visitas domiciliares;
- c) falta de respeito dos usuários;

d) culpa que lhes é imposta pelas condições precárias (falta de medicamentos, médicos, entre outras situações) que fogem a sua vontade;

e) sobrecarga de trabalho: impede que possam cuidar da sua própria saúde com qualidade de vida, conforme elas próprias orientam os usuários;

f) falta de resolutividade na maioria dos problemas encontrados.

2) Satisfação com a profissão: por ser um ambiente de aprendizado constante em suas relações com colegas de trabalho e com a própria população. Assim, os maiores benefícios dessa profissão são:

a) o resultado do seu trabalho;

b) o reconhecimento disso pela população;

c) a gratidão que os usuários demonstram.

Neste sentido, também se evidencia nesta pesquisa algumas cartas de gratidão a essa profissão.

As comprovações destas evidências transparecem em suas falas:

O trabalho é necessário p/ manter a mente “ocupada”. Malefícios: me estresso com pessoas mal educadas (Enf.1)

No momento a harmonia entre todas as funcionárias, se existir um problema já resolvem... isso é bom p/ nossa saúde. O que me prejudica é quando tenho que andar a pé por falta de carro. (Enf.2)

Gosto do meu trabalho local e ambiente, sinto me satisfeita / tranquila/ o que traz malefícios quando algo não decorre como previsto. (Enf.3)

Um dos maiores benefícios que passo é por em prática na minha vida o que eu oriento para meus pacientes em relação a qualidade de vida. Malefícios: agenda super lotada. (Enf.4)

Com relação a minha pessoa em particular, só trouxe malefícios. Nesse período adquiri hipertensão, hipotireoidismo e diabetes mellitus, além de ter a maioria dos meu exames alterados.Tudo isso é consequência do stress diário ao qual somos submetidas no trabalho (Enf.5)

Benefício: estar em atividade, aprendendo a cada dia, convivência com amigos e colegas e ter algumas pessoas reconhecendo teu trabalho (usuários). Malefícios: Estressante, falta de resolutividade na maioria dos problemas encontrados. Má remuneração (Enf.6)

Interação social com os colegas de trabalho e troca de ideias; quanto aos cuidados com a minha saúde, sobrecarga, stress físico e mental. (Enf.7)

O que beneficia são as boas histórias que percebemos com a população. Malefícios: são as culpas que levamos que na verdade sabemos que não são nossas. (Enf.8)

O que beneficia é o prazer de ver resultados, o agradecimento da população. Malefícios: o estresse de não ter apoio, infraestrutura para desenvolver o trabalho. (Enf.9)

Benefício: satisfação profissional; malefícios: estresse, sobrecarga de trabalho (acúmulo de tarefas). (Enf.10)

Benefício: Pois vejo a gratidão de alguns pacientes e a melhora dos mesmos; malefício: falta de respeito de pacientes e colegas. (Enf. 11)

Segundo Fernandes *et al.* (2002), em uma pesquisa com enfermeiras, as entrevistadas revelaram visões multifacetadas do trabalho, possibilitando o avanço nas abstrações e compreensão acerca da relação saúde mental e trabalho da enfermagem. Pode-se perceber que essas enfermeiras tornam real um esquema conceitual: elas reabsorvem os significados da relação saúde mental e trabalho na enfermagem (como trabalho feminino), materializando esses significados e transplantando-os para o nível do concreto, o que era apenas uma inferência ou símbolo.

O mesmo autor explica que a construção e modificações das representações das enfermeiras entrevistadas, sobre a saúde mental no seu trabalho estão situadas nos contextos sociais em que ocorrem e orientam suas práticas, suas relações interpessoais e suas relações com os objetos de trabalho. Enfim, as representações dessas enfermeiras sobre a relação saúde mental e trabalho na enfermagem são a expressão simbólica de um fenômeno psíquico no qual o seu desenvolvimento está ligado a uma situação organizacional ou profissional.

Conforme Santos (2010), o(a) enfermeiro(a) supervisiona, articula e controla a dinâmica do trabalho, realizando atendimento, independente de seu grau de complexidade ou

gravidade. Portanto, admite-se que todo este conjunto de demandas ocupacionais é gerador de vivências de prazer e de sofrimento no trabalho. As representações carregadas de sentimentos das enfermeiras que marcam o ideário e que são decorrentes de outras representações anteriormente elaboradas, caracterizam um processo recorrente, o que permite visualizar o trabalho na enfermagem como fator de sofrimento criativo ou sofrimento patogênico.

As enfermeiras são portadoras de um conhecimento desenvolvido no seu dia-a-dia de trabalho e este deve ser privilegiado, devendo ser o ponto de partida da luta pela saúde mental dessas profissionais nos seus locais de trabalho. Suas representações trazem a marca do individual e do coletivo, devendo ser entendidas a partir do seu contexto de produção, isto é, a partir não só das funções simbólicas e ideológicas a que servem, mas, também, das formas de comunicação onde circulam (FERNANDES *et al.*, 2002).

Dentre as atividades consideradas expostas ao sofrimento e aos riscos de adoecimento está o exercício da enfermagem, que é desenvolvida num ambiente favorável ao desgaste físico e mental e entra no grupo das profissões que mais enfrentam riscos de adoecimento, expondo a equipe do ponto de vista etiológico a riscos de natureza física, química, biológica e psíquica. A complexidade dos inúmeros procedimentos, a elevada responsabilidade na tomada de decisões, os acidentes de trabalho, o trabalho por turno, poucos profissionais atuando e o sofrimento dos familiares aumentam as vivências de angústia e ansiedade, desencadeando frequentemente, situações de sofrimento e doenças (CORONETTI *et al.*, 2006).

Em relação a isso se questionou sobre o que as enfermeiras das ESFs fazem para não adoecer ou sofrer no seu trabalho. As principais categorias que surgiram em suas respostas foram:

a) Estilo de vida saudável: é importante definir ações de cuidado específicas, fundamentadas nas mudanças e a partir de um estilo de vida saudável, para contribuir com a melhor qualidade de vida possível das pessoas, considerando seus diferentes contextos socioculturais e as condições de vida e saúde.

Ao perguntar sobre o estilo de vida das participantes do presente estudo, se obteve as seguintes respostas:

Procuro aprender o que não sei, pergunto p/ todo mundo... Evito discussões desnecessárias, qdo surge "fofoca" escuto e fico na minha, procuro terminar com elas. Procurro me alimentar corretamente, em casa: descansar dormir bem. (Enf.2)

Resolver tudo com serenidade, tranquilidade, muito exercícios p/ desligar. (Enf.3)

Atividade física, aula de dança, caminhada. (Enf.10)

b) Separar vida profissional da pessoal: na Atenção Básica à Saúde da população, tem sido possível perceber várias situações de estresse e insatisfação quanto ao trabalho por parte dos trabalhadores de diferentes categorias profissionais, dentre eles a da Enfermagem, indicando pouca atenção as suas próprias condições de saúde.

Na realidade, como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), as unidades básicas de saúde (UBS) indicam ambientes com frequentes tensões para as equipes de saúde e para os usuários (DAUBERMAN; TONETE, 2012). No entanto, para os referidos autores, torna-se necessária também a atenção para os profissionais de saúde, como os agentes comunitários (ACS), médicos, dentistas e profissionais de Enfermagem, dentre outros, que devem estar bem preparados e com condições biopsicosociais satisfatórias para o trabalho, tornando o local de trabalho mais interessante e humanizado, valorizando todos os envolvidos na produção de saúde.

Também se deve acrescentar a convivência familiar como algo inerente à qualidade de vida e atenção integral à saúde, o que pode ser verificado nas falas de algumas participantes deste estudo:

Quando chego em casa esqueço de tudo. (Enf.1)

-Pausa entre os atendimentos. Não levar para casa os problemas pertinentes apenas ao ambiente de trabalho (Enf.7)

Simplesmente tento me desligar ao máximo após o horário de trabalho. (Enf.8)

Procuro não me preocupar tanto com os problemas, resolve-los de forma rápida. Segura para todos. Minha família é um bom suporte nesses momentos difíceis. (Enf. 11)

Diante disso, o profissional da enfermagem deve ter habilidade para lidar com os problemas de saúde, nem sempre de fácil e rápida resolução, e que implica a

responsabilização pela atenção à saúde dos usuários no decorrer do tempo, devendo-se acolher a população, estando atentos para suas inúmeras necessidades e demandas.

c) Evitar sobrecarga de trabalho: as influências do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores são conhecidas desde a antiguidade e, ao longo dos últimos três séculos, cresceu progressivamente a compreensão das relações entre trabalho e processo saúde-doença.

Estudos evidenciam doenças relacionadas ao trabalho, entre as quais se destacam hipertensão, diabetes e obesidade. Poucos conhecem sobre sua doença, complicações e agravos e menos da metade deles tem condições favoráveis de lazer, realizam o tratamento de forma correta e buscam mudar o estilo de vida (CINTRA *et al.*, 2009).

Nos hospitais, a equipe de enfermagem é a que permanece mais tempo ao lado do paciente e, portanto, tem o papel principal de prover a este o cuidado e, apesar disso, muitas vezes, o de cuidar também do acolhimento aos familiares. Nas instituições de saúde, a enfermagem desenvolve vários tipos de jornada de trabalho, que podem variar de 6, 8 ou até 12 horas. Associado à baixa remuneração, esse fato se revela como um dos fatores que têm motivado a sobreposição de vínculos trabalhistas para um grande número de profissionais, ou seja, no período em que deveriam descansar, nas interjornadas, acabam assumindo outros encargos ou até realizam horas extras (SILVA; JULIANI, 2012).

Desse modo, há uma relação da sobrecarga de trabalho com a doença das enfermeiras, como descrevem as participantes:

É tanto envolvimento que é difícil parar e se cuidar. Um grande erro, mas enfim é isso que acaba acontecendo. Cuidamos dos outros, esquecemos de nós. (Enf.5)

Não sobrecarrego a minha agenda (Enf.4)

Com base na literatura pesquisada, assim como nas falas das participantes do presente estudo, pode-se afirmar que os trabalhadores com problemas de saúde, físicos ou mentais, acabam por transferir seus problemas para as atividades laborais, acarretando atrasos, faltas, descuido com o material e queda na qualidade do trabalho, repercutindo de forma incisiva na qualidade da assistência. Portanto, a jornada de trabalho é considerada um dos fatores condicionantes para o bom desempenho dos trabalhadores da enfermagem.

d) Resiliência: é um termo relativamente novo na área da saúde. Historicamente, surgiu associado aos estudos da Física e da Engenharia, referindo-se à capacidade que um material tem de absorver energia sem sofrer deformações permanentes. No sentido original, pressupõe uma resistência do material que, ao sofrer um impacto ou choque com outros materiais, não perde suas propriedades (YUNES; SZIMANSKI, 2001).

Para Yunes e Szimanski (2001), a resiliência consiste na habilidade de superar as adversidades, o que não significa que o indivíduo saia da crise ileso, como sugere os termos invulnerabilidade e invencibilidade.

Ao promover a resiliência naqueles que cuidam da saúde, pode-se contribuir para que estes reflitam sobre suas possibilidades e limitações, bem como sobre a lida com as adversidades do trabalho e com a própria existência de modo mais saudável e construtivo. Acreditamos que somente com profissionais resilientes, saudáveis, preparados técnica e emocionalmente, poderemos alcançar a humanização na área de saúde, daí a necessidade de implementação de programas preventivos nas instituições, visando à saúde de quem cuida da saúde (BELANCIERI; KAHHALE, 2011).

Ainda, para Belancieri e Kahhale (2011) compreender o conceito de resiliência pode constituir uma poderosa ferramenta de transformação, permitindo um estímulo ao sofrimento humano, por encorajar atitudes mais positivas e adequadas diante das situações desafiadoras e estressantes da existência, mediante um engajamento ativo e a busca de respostas mais saudáveis que possam reconduzir o indivíduo a uma existência mais integrada em suas dimensões biológica, psicológica e social.

Na sua pesquisa, as acima referidas autoras concluem que é importante a investigação da promoção da resiliência em cuidadores da enfermagem reside na possibilidade de implementar programas de cuidados, conscientizando-os sobre a utilização de seus recursos internos para promover uma existência mais sadia e com qualidade.

Como se observa na fala a seguir, ocorre a resignação diante das dificuldades encontradas no trabalho:

Não espero mais que as coisas melhorem aceito o que não está ao meu alcance para mudanças e faço o melhor que posso. (Enf.6)

Como estratégia para melhorar a capacidade resiliente dos trabalhadores da área da enfermagem, pode ser destacada a reflexão do processo saúde-doença desde sua formação, expandindo para especialização e aprimoramentos, desenvolvendo, assim, suas habilidades

internas necessárias para o fortalecimento da resiliência (BELANCIERI; BIANCO, 2004; SÓRIA, 2006).

Belancieri e Bianco (2004) justificam essa necessidade ressaltando que o incentivo à promoção da resiliência e da saúde do profissional poderá contribuir para melhorar sua qualidade de vida, bem como reverter em melhor qualidade da assistência à saúde da população.

e) Descontração e Motivação no ambiente de trabalho: um ambiente com condições adequadas de trabalho corresponde a um fator significativo para a saúde do trabalhador, em seus aspectos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de segurança e de higiene, para que durante a execução do processo de trabalho da enfermagem, a saúde do trabalhador e a do ser cuidado sejam ambas consideradas. Além disso, a organização do processo de trabalho pautado em uma boa relação de interação e comunicação na equipe trabalhadora é necessária, para a manutenção de um ambiente de trabalho saudável (RIBEIRO *et al.*, 2012).

A qualidade de vida no trabalho (QVT) na Atenção Básica à Saúde está relacionada à satisfação das condições de trabalho, como a disponibilidade e recursos humanos, materiais e ambientais, a organização do processo de trabalho, as formas de cuidar, bem como o resultado e o reconhecimento do trabalho, além da remuneração. Sabe-se que remuneração é um significativo fator de motivação no trabalho, não sendo, no entanto, o principal. Portanto, o trabalho, quando realizado em condições favoráveis, promove a sensação de bem-estar que favorece as relações humanas e o processo de trabalho, refletindo na QV dos profissionais e na melhoria da assistência prestada (DAUBERMANN; TONETE, 2012).

Com relação aos fatores que prejudicam a qualidade de vida no trabalho do(a) enfermeiro(a), as pesquisas revelam que, existe sofrimento emocional, transtornos de humor, culpa, ao mesmo tempo, sentem melancolia e cansaço principalmente pela falta de sono. Quanto ao estresse no trabalho, as pesquisas apontaram que, devido a dupla jornada de trabalho, encontram-se na fase de resistência com predomínio dos sintomas psicológicos. Sobre a insatisfação estão relacionadas às condições de trabalho e o baixo salário, seguidos pelo relacionamento interpessoal (CINTRA *et al.*, 2009).

Quanto ao trabalhador de enfermagem, uma das consequências geralmente negativas é o desgaste físico e psicológico, decorrentes da falta de organização do processo de trabalho e do despreparo para lidar com sofrimento dos indivíduos com carências de saúde. Cabe reforçar que esse desgaste físico e emocional acaba desenvolvendo reações conflituosas entre

os membros da equipe de enfermagem, que, em geral, é devido à falta ou ineficiência na comunicação entre os profissionais da equipe de trabalho (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Desse modo, para o mesmo autor, é necessário que as instituições de saúde oportunizem espaços para o cuidado dos cuidadores, a fim de promover o bem-estar e a qualidade dos serviços prestados, visto que estes profissionais encontram-se em um ambiente de trabalho que, naturalmente, mobiliza emoções, sentimentos e estresse.

Nesse aspecto ressalta-se a necessidade de motivação no trabalho de enfermagem, como é possível identificar na fala de uma participante desta pesquisa:

Penso nas coisas positivas do meu trabalho, e procuro ter atividades de lazer e motivação com a equipe. (Enf.9)

Portanto, esses são aspectos que fragilizam o próprio cuidado de saúde das enfermeiras e, muito disso tem a ver com o desenvolvimento do trabalho da mulher como enfermeira. Mas as enfermeiras entrevistadas têm algumas estratégias que utilizam para evitar o seu adoecimento. As estratégias mais significativas citadas pelas participantes deste estudo estão descritas no quadro 3.

Quadro 3: Estratégias mais significativas para evitar o adoecimento, conforme as participantes deste estudo

| | |
|--|---|
| Estratégias mais significativas | <ul style="list-style-type: none"> - se desligar do trabalho no horário de descanso; - esclarecer rapidamente mal entendidos; - se alimentar corretamente; - dormir bem; - comprometimento e responsabilidade no trabalho; - clareza do trabalho a realizar; - organização do trabalho de maneira que fique bom para a enfermeira e os usuários; - aproveitar muito bem o tempo fora do trabalho com família e amigos; - compartilhar com colegas e familiares as frustrações e problemas do trabalho;e, - tentar não se culpar pelos problemas dos usuários. |
|--|---|

Como descrevem Moreira *et al.* (2016), é importante a organização das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem na ESF, com o objetivo de tornar o ambiente de trabalho produtivo, saudável e agradável. Considerando que a qualidade de vida no trabalho está relacionada ao estado de saúde e à rotina dos profissionais, bem como às perspectivas

organizacionais torna-se necessário estabelecer estratégias que possam beneficiar estes trabalhadores na ESF.

A experiência indica a relevância da adoção de ações que permitam o enfrentamento do desgaste biopsíquico pelos profissionais da ESF. A orientação aos trabalhadores quanto aos riscos que estão expostos no cotidiano de trabalho, o suporte social e psicológico, a comunicação e a troca de experiências com outras equipes da ESF, permitem reduzir os desgastes a que os trabalhadores estão expostos (MOREIRA *et al.*, 2016).

Por isso, segundo Moreira *et al.* (2016), a adoção de estratégias para o controle do nível de estresse dos trabalhadores na APS é essencial, sendo necessário detectar com antecipação os problemas que geram estresse e implantar ações interventivas, com a finalidade de amenizar o desgaste da equipe e do trabalhador, na busca pela qualidade de vida no trabalho e, por conseguinte, da qualidade da assistência prestada à comunidade.

6.3 Reflexão Sobre o Cuidado Integral à Saúde das Mulheres Enfermeiras que atuam nas ESFs, Mobilizando ações de Mudança Coletiva

Reafirma-se que a produção do cuidado deveria ser foco de todo o trabalho em saúde, tendo em vista que a intervenção para a ação tecnológica de cada profissão vai além do núcleo de saber isolado, como é o caso da Enfermagem que, se conectado a outras práticas profissionais, pode trilhar outros territórios de saberes e práticas que operam por meio de tecnologias relacionais. O campo das relações seria espaço fundamental para a produção do cuidado que venha melhorar a situação de saúde do usuário, por meio de *tecnologias leves* em que estabelecem relações direcionadas pelo acolhimento, vínculo e responsabilização (ASSIS *et al.*, 2015).

Segundo Alves (2005), a mudança na maneira de produzir o trabalho em saúde não é tarefa fácil, já que é preciso inverter a lógica que tem sido executada até então. Esta se deve fazer sentir no agir de todos os sujeitos envolvidos no processo (gestores, trabalhadores de saúde e usuários).

Os trabalhadores de enfermagem inseridos no seu contexto de atenção devem cumprir metas, participar de reuniões e ao mesmo tempo atender aos imprevistos, os quais vão desde demandas por respostas a problemas que extrapolam os programas previstos para os usuários, até questões de cunho administrativo, que algumas vezes vão além das funções previamente estipuladas para este grupo profissional (MOREIRA *et al.*, 2016).

A Política Nacional de Humanização (PNH) indica que a desvalorização dos profissionais de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento no processo de educação permanente e a pouca participação ativa na gestão dos serviços, são aspectos dificultadores ao alcance da satisfação laboral (BRASIL, 2004).

Nessa direção, os serviços de saúde precisam se apropriar de um dos seus mais importantes sentidos: promover uma intervenção centrada no usuário, sem desvalorizar os trabalhadores, que seja capaz de permitir a autonomia dos indivíduos no seu modo de *andar a vida*, sem perder de vista a dimensão cuidadora que deve estar presente em qualquer ato produzido em saúde. Isso decorre do fato de que é através do diálogo e da negociação, marcados pela intersubjetividade entre trabalhador e usuário, que é possível encontrar caminhos que conduzam à resolução das necessidades colocadas neste encontro (ASSIS *et al.*, 2015).

Segundo o mesmo autor, a Enfermagem vem ocupando espaços significativos no gerenciamento do cuidado, tanto nos níveis micro como macrosociais, mas os espaços ocupados ainda não se transformaram em espaços de mudanças das práticas. Até mesmo porque não se podem negar as determinações sociais e os contextos históricos que influenciaram o modo como a Enfermagem exerceu e exerce o processo de cuidar. O modelo de gerenciamento é burocratizado, vertical, sistematizado em tarefas e produção de serviços.

Para fazer a reflexão na prática sobre a integralidade na atenção a saúde das enfermeiras fez-se um questionamento inicial sobre o que elas pensam ser integralidade. O que elas responderam aparece na transcrição de suas falas:

Observar o paciente em todos os aspectos. (Enf.1)

Resumo: adoecer, consultar, tratar, fazer exames necessários, medicar, atenção psicológica, resolver problema e recuperar a saúde (Enf.2)

Estar com saúde, viver e trabalhar com tranquilidade (Enf.3)

É promover saúde, ações preventivas, curativas tanto individual como coletiva (Enf.4)

É estar bem no conjunto mente, corpo e espírito (Enf.5)

Oferecer ao usuário um atendimento multiprofissional, o assistindo na promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento das mesmas. (Enf.6)

Garantir ao usuário uma assistência que associe a prevenção e o tratamento, considerando o indivíduo na totalidade num contexto que englobe a sua família e a comunidade (Enf.7)

Integralidade é cuidar do paciente buscando não somente queixas mas atender as suas necessidades psíquicas, e de forma a interagir e cuidar do corpo como um todo (Enf.8)

É atender todas as necessidades do paciente, desde a prevenção até o cuidado. Abrangendo todas as áreas. (Enf.9)

É prestar assistência ao paciente em todas as suas necessidades como um todo (Enf.10)

É o cuidado integral desde atendimento maior psicológico, bem estar físico; social, psicológico. Tudo o que supra nossas necessidades. (Enf. 11)

As falas da Enf. 7, Enf. 8, Enf. 9, Enf. 10 e Enf. 11 mostram que estas profissionais ressaltam a importância de atender todas as necessidades, isto é, há uma preocupação com o cuidado integral da população e o atendimento à política da ESF, pois segundo eles, esta permanece na visão do modelo de saúde de assistência curativa, pontuada e especializada.

Desse modo, observa-se que, quanto maior o nível de informação do usuário sobre os objetivos, atividade e regras de funcionamento da ESF, maior o grau de satisfação em relação ao programa. O nível de informação está condicionado, entre outros aspectos, pela eficácia das estratégias de comunicação e informação em saúde utilizada.

Para o enfrentamento do desgaste biopsíquico, os trabalhadores utilizam ações individuais e coletivas. Como estratégias individuais podem ser oferecidas oficinas sobre o hábito de leitura, cinema, prática de exercício físico e a crença em uma religião. Por sua vez, as estratégias coletivas integram reuniões semanais com envolvimento dos profissionais e decisão participativa (MOREIRA *et al.*, 2016).

Mais especificamente se questionou as enfermeiras se há integralidade no cuidado e atenção com sua própria saúde. 27,28% (03) responderam que sim, ou seja, que há integralidade na atenção da própria saúde; 18,18% (02) responderam *às vezes*, embora possa se dizer que esta resposta corresponde a um não porque a integralidade na atenção a saúde

precisa ser contínua; e mais de 50% responderam que não há condições da enfermeira ter integralidade na atenção da sua própria saúde (54,54%). Suas falas revelam essas evidências:

Nem sempre. O excesso de atividades e grande demanda não nos permite, na maioria das vezes conseguimos ver apenas o problema. (Enf.1)

Acredito que não. (Enf.7)

Procuro fazer o melhor pela minha saúde. Busco cuidar pela mesma. Se dependesse do meu emprego seria muito difícil. (Enf. 11)

As justificativas das enfermeiras para afirmar que é impossível a profissão oportunizar atenção integral à saúde podem ser categorizadas, conforme demonstrado no quadro 4.

Quadro 4: Justificativas das enfermeiras para a não ocorrência da atenção integral à saúde

| | |
|---|--|
| <p>Justificativas apresentadas pelas enfermeiras</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Oscilações no estado de saúde das enfermeiras; - Não há promoção à saúde das enfermeiras; - Estilo de vida e alimentação inadequados; - Falta atendimento integral; - Acúmulo de energias negativas; - Stresse e problemas de trabalho; - Falta apoio psicológico no trabalho. |
|---|--|

Essas evidências podem ser comprovadas em suas falas:

Porque, nem todos os dias estamos bem, na integralidade da nossa saúde. Mas particularmente, em função de estar sendo necessária prestar mais atenção na minha pessoa, hoje posso dizer que estou no caminho para que só coisas boas venham acontecer na minha vida. (Enf.5)

Minha resposta na questão 11, quando adoecer minha saúde estará em primeiro lugar. Esperamos estar doentes e não nos preocupamos com a promoção da nossa saúde, com a mudança de hábitos nocivos para nossa saúde, principalmente relacionado a alimentação e atividade física. (Enf.6)

Porque a gente acaba se envolvendo mais na busca de solução dos problemas do paciente e..... da nossa própria saúde. (Enf.7)

Não, pois além do trabalho nossa família nos percebe como um ser além da doença, tristeza ou fraquezas, quando na verdade apesar de enfermeiras somos também frágeis e sensíveis a momentos de reflexão e cuidado. (Enf.8)

Não porque falta um atendimento integral, acumulamos muita energia negativa, querendo ou não levarmos para casa problemas do trabalho, falta de cuidado com o funcionário, como atendimento psicológico por exemplo, mais atenção conosco. Afinal para cuidar da saúde dos outros em primeiro lugar temos que cuidar da nossa saúde. Os gestores tem que cobrar o trabalho bem feito, mas tem que darem condições para isso. (Enf. 9)

Não, por que atualmente no momento apenas se realiza a parte curativa que o paciente precisa no momento. Devemos realizar mais a prevenção à promoção à saúde e o paciente ter a consciência cada vez mais que isso é necessário que estas atividades são muito importantes. (Enf.10)

Já, as enfermeiras que responderam ter uma atenção integral à sua saúde evidenciaram suas justificativas da seguinte forma:

Sim porque considero que devo me cuidar. Sou fundamental para minha família, e para que possa desenvolver um bom trabalho e necessário estar bem com a saúde. Pois o cansaço, o stress e as responsabilidades devemos conduzir com sabedoria e calma. (Enf.3)

Porque tenho autonomia em meu trabalho p/ me organizar dessa maneira. (Enf.4)

Presume-se, portanto que as enfermeiras que consideram ter uma atenção integral à sua saúde focam em dois aspectos: desenvolver sabedoria e calma e ter autonomia no trabalho.

Assim, é fundamental que sejam proporcionadas ações que busquem sensibilizar os profissionais de saúde para a reflexão sobre o que acontece no serviço e o que precisa ser transformado, sempre por meio de um processo participativo. O processo de trabalho em

saúde é complexo, e por se tratar especialmente da APS, percebe-se que os trabalhadores convivem com desafios cotidianos que acabam por afetar todas as dimensões de suas vidas (MOREIRA *et al.*, 2016).

Segundo o mesmo autor, também é essencial compreender as situações que geram desgaste profissional para que esforços sejam empreendidos na instrumentalização do sujeito, tanto para o cuidado de si, como para o cuidado com o outro. Além disso, é preciso buscar momentos durante o período de trabalho que valorizem o trabalho em equipe e cada profissional em especial, para favorecer o crescimento pessoal e profissional, assim com a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde e prevenir o estresse.

6.3.1 Mobilizando Ações de Mudança Coletiva a partir das Histórias de Vida das Enfermeiras que Atuam nas ESFs

O cuidado pode ser colocado como símbolo da essência do campo da saúde que deveria ser um lugar que cuida de indivíduos e de coletividades, no ato mesmo de sua produção, em como são realizadas, como se orientam, qual a finalidade, enfim, se vão ao encontro do mundo dos usuários na direção da resolubilidade das ações e serviços prestados. (ASSIS *et al.*, 2015).

Nesse sentido, para o mesmo autor, entre as dúvidas e dificuldades vivenciadas pela enfermagem está a forma como o cuidado é realizado diariamente: fragmentado, focalizado em agravos específicos e centrado no profissional. Um dos desafios fundamentais seria a construção do fazer em novas bases terapêuticas, para garantir um cuidado integral, em contraposição a um modelo tecnicista, individualizado e focalizado na doença, isto é, centrado exclusivamente no conhecimento biológico e na ação individual do profissional.

Conforme Silva *et al.* (2011), isso merece atenção, visto que impede o funcionamento adequado dessa estratégia que é a base em um novo modelo de assistência à saúde. O enfermeiro, em sua formação acadêmica, constrói um conhecimento técnico e científico para possuir uma visão do ser humano muito além do processo saúde-doença, englobando uma visão social, ambiental, econômica, cultural, política e psicológica. Nesse sentido, deve usufruí-lo na sua atuação diária com autonomia e competência para executar atividades; ser ético, compreensivo e manter postura digna de respeito com os membros da equipe; ser, além de profissional de saúde, um cidadão ativo na luta contra o descaso político; criar vínculo com

a comunidade e ser atuante nos problemas da saúde desta informando seus direitos, deveres e principalmente os princípios da ESF.

De acordo com Linard, Castro e Cruz (2011), a integralidade da assistência a saúde se configura em um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) para o qual ao longo dos anos tem sido formulada uma série de políticas que buscam orientar e direcionar a implementação de ações que respondam às demandas e necessidades da população, nos diversos níveis de atenção a saúde e de complexidade. A integralidade foi prioridade do Movimento de Reforma Sanitária desde meados de 1980, nas lutas que culminaram na Constituição de 1988, documento o qual garante a saúde como direito de todos. Integralidade é um princípio sempre defendido como primordial ao sistema e como intenção e necessidade da ação pública.

Portanto, a Enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (ASSIS *et al.*, 2015).

Na sequência, destaca-se o relato da história de vida dos participantes desta pesquisa, considerando-se que a história de vida permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa.

De acordo com Santos e Santos (2008), para conhecer a experiência e perspectiva de um indivíduo, não há melhor caminho do que obter estas informações através da própria voz da pessoa. O método da história de vida utiliza-se das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas e busca conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou de vários informantes, fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema. Além disso, o sujeito tem liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador.

Eis as histórias relatadas pelas participantes desta pesquisa:

Sempre gostei da enfermagem por influência de minha mãe (téc. enfermagem). Aos 17 anos comecei o técnico, me formei aos 18 e trabalhei por 2 anos e meio no HSVP em Passo Fundo. Aos 19 iniciei a graduação, me formei aos 23 anos, trabalhei +- 6 meses no HSLG São Luiz Gonzaga, após no HNSF Cruz Alta em torno de 2 anos e meio. Na sequência em Boa Vista do Ingra (SMS) por mais 2 anos e meio, depois SMS Cruz Alta e aqui estou há exatos 3 anos e 2 meses. (Enf.1)

É longa, feito uma enciclopédia... Nasci em Vacaria, morava no sítio do meu avô. Aos 3 anos ia com os irmãos come “guamirim na beira do mato e me infestei de” berne” na cabeça, foram tirar só q infeccionou. Foi nesta época que meus pais se separaram. Minha mãe distribuiu a filharada , eu fui morar com uma família e por três anos não me encontravam, então meu avô inconformado, descobriu meu paradeiro e junto c/ o meu pai foram me buscar. Viemos p/ Tupanciretã com meus avós maternos e depois p/ Ijuí onde minha mãe já residia e trabalhava. Todos juntos novamente. Estava com 8 anos, entrei na escola. Adorei. Ao chegar na adolescência , caí na real, não achava justo viver, não via minha mãe, era tudo tão triste. Não queria ter nascido. Quando estava no “científico”, conheci meu namorado, hoje meu marido. Estudava e trabalhava. Quando terminei queria fazer algo relacionado à Artes, achava bonito. Mas veio o curso de enfermagem na FIDENE. Me inscrevi e passei não sabia muito bem do que se tratava...mas não havia opção melhor. Foi muito difícil, era muito caro. Só fui adiante, pq meu “namorado” me incentivou e me mostrou os caminhos, ele passou pelo mesmo drama e estudava em POA. Fiz credito educativo(hj FIES). Não morria de amores pelo curso, mas gostava e me esforçava já q meu pai sempre pedia q deveríamos estudar p/ ser professora. (coitado se soubesse o q é ser prof hj). Engravidei, casei, me formei grávida de 6 m do qrido Dani. Acompanhei meu marido, moramos em POA, Pelotas, Curitiba e retornamos p/ Ijuí, graças ao plano Collar. Sem lenço e sem documento.

Fui trabalhar no hosp de Jóia, após 4 anos inativa. Pensei q jamais iria conseguir. Lá devia fazer de tudo: Organizar lavanderia, higienização, nutrição e enfermagem... Pedi que contratassem uma nutri, mas como; mal podiam me pagar. Não havia nem lençol p/os leitos. Compramos peças de Algodão cru pq era + barato e até eu ajudei a costurar. Organizamos a limpeza e compramos produtos corretos p/ a lavanderia. Eles deram cursos para as funcionárias. As funcionárias da higienização e lavanderia não aceitavam que fossemos dizer a elas oq deveriam fazer, foi muito difícil mas estava dando certo. Fizemos até uma janta no clube p/ arrecadar verbas p/ uniformes, mas utilizamos para capacitar os(as) atendentes e auxiliares de enfermagem, quem não era téc. De enfermagem fazia uma prova escrita e em POA uma prátia e legalizava a situação. Com is problemas acumulando, fiquei 6m sem receber meu salário, fui demitida. Dez meses depois comecei a trab. p/ contrato emergencial em C.A. Inicio o processo de municipalização da saúde, não havia sec de saúde por ser zona de Seguraça Nacional e a “9ª Delegacia” que imperava. Começa a se estruturar a Sec de Saúde , já haviam 3 enfermeiras e 1 enfermeiro. A secretária era uma md pediatra, ficou pouco e foi embora. No lugar ficou a enfª Mª Cristina. Inicialmente trabalhei na Unidade

móvel, com parceria com a Emater e Cotricruz, ia em todas as localizadas do interior, fazíamos um trabalho de educ. em saúde, vacina, prev. De diarreias, pesagem, os desnutridos encaminhava p/ tratamento. Com a contratação de mais enfermeiras as atividades iam sendo divididas. Veio o concurso passei em 5º l. depois chamaram mais. Eu fazia planej. Familiar em todas as unidades do interior e/o município. Ativid. Educativas em escolas. Os serviços de enfermagem foram reorganizados, ganhávamos em torno de 5 salários, que foi sendo defazado até +- 2. Cada enf^a ficou c/ uma unidade eu era do CM infantil, só que 20hrs, ia p/ Jóia (retomei um dia e no outro p/ Cruz Alta). Foi muito sofrida nessa época. Depois fui tras 40 hrs no Postão, mais pesado ainda. Com as eleições (2000) fui p/ UBS, a saúde era um caos, sem coordenações. Acabou e então eu voltei à Saúde da Mulher, tudo foi reorganizado, atuava com a colega M^a Cristina, ela era nossa mentora intelectual. Até ela partir. Aí trabalhei sozinha por +- 10 anos. E agora estou na ESF. Ao iniciar as atividades, percebi muitas diferenças, tive q correr atrás pois vim sem nenhum preparo e é diferente de UBS. Os profissionais caem de para-quedas e vire-se contando com a boa vontade dos colegas, me adaptei e já estou começando a entender o processo (Enf.2)

Iniciei minha vida escolar na idade adequada para toda a criança da minha época, aos sete anos. Consegui ano a ano, ir construindo minha trajetória rumo ao meu destino. Esta caminhada foi interrompida já no segundo grau, devido as dificuldades financeiras, segundo minha mãezinha. Porém, foi por pouco tempo, com ajuda de pessoas amigas retornei meu estudo, conseguindo então concluí-los um pouquinho mais tarde, mas deu tudo certo. Nesse tempo, conheci meu marido, casei, fui mãe, então, veio a oportunidade de fazer vestibular, arrisquei, consegui. Me formei enfermeira e desde então, atuo na área, sempre tenatndo conduzir tudo com muito amor e cuidado. Nesse período atuei em várias áreas as quais me permitiram ir acrescentando minha bagagem de conhecimentos. Me especializei em saúde coletiva e fiz formação pedagógica. Hoje atuo especificamente na saúde da mulher, mas a minha passagem pela Estratégia de Saúde da Família me permitiu vivenciar novas experiências, em várias áreas, por que se trabalha com saúde da família na sua integralidade. (Enf.5)

Fiz meu ensino fundamental e médio em escola pública, sempre muito dedicada, e nunca peguei nenhum exame, nem repeti de ano (acho que poderia ter sido mais leve, isso reflete hoje nos meus filhos exigindo bastante deles) Meu primeiro vestibular fiz para administração de empresas, não passei na federal e comecei a cursar na Unicruz. Fiz quase um ano mas

desisti. (acredito que sempre sonhei com a área da saúde em trabalhar no hospital). Parei de estudar e trabalhei como secretária e depois como comerciária. Nesse tempo casei, tive minha 1ª filha, e quando ela estava com quase 1 ano resolvi voltar a estudar, e fiz o curso de técnico em enfermagem na antiga Santa Mônica, 1ª turma de técnico. Me formei em 2000 e já fiquei trabalhando no HSVP. Em 2001 fui chamada no HSL e mudei de emprego. Trabalhei um ano em unidade clínica e cirúrgica, em 2002 iniciei no pronto atendimento e também comecei o curso de enfermagem na Unicruz. Toda a minha faculdade, trabalhava de manhã, estudava de tarde e noite e ainda tinha família e casa para cuidar. No final do curso em 2005, saí do hospital para conseguir terminar (trabalhos, estágios, monografia), e fui recontratada em Outubro de 2005, e me formei em Dezembro de 2005. Iniciei como enfermeira assistencial na unidade clínica e cirúrgica, UTI e PA. Trabalhei também no CCIH, quando inciou as atividades de gestão e planejamento estratégico no HSL. E de 2008 a 2012 assumi a gestão do PA. Em 2006 iniciei o curso de pós graduação em urgência e emergência na Unijui e terminei em 2007 quando engravidei do meu 2º filho. Em 2012 passei no concurso público e Agosto do mesmo ano iniciei na ESF Santa Terezinha, apavorada e sem nenhum preparo para trabalhar na saúde pública. Trabalhei também na UPA. Em 2015 iniciei no CSMC, responsável pela saúde da mulher, outro momento de medo e receio por trabalhar em um setor sem ter nenhuma experiência ou curso preparatório. Mas independente de todas as mudanças que acontecem na nossa vida, se nos dedicarmos, conseguimos fazer a diferença, e vamos nos aperfeiçoando e aprendendo a cada dia. É o que tento fazer. (Enf.6)

Meu ingresso no curso de enfermagem aconteceu em 1998 devido ao desejo de prestar cuidados aos outros. No decorrer do curso pude perceber a importância dessa profissão. No ano da minha formatura realizei concurso público no município de Cruz Alta almejando uma vaga. Alguns dias antes de minha formatura fui contratada pelo município de Saldanha Marinho para atuar em uma ESF, lá trabalhei por 1 ano e 5 meses. Após este tempo fui convidada para atuar como enfª de ESF no município de Boa Vista do Cadeado, no qual trabalhei apenas 3 meses, tendo em vista que fui chamada no concurso público de Cruz Alta o qual permaneço até o presente momento. Ao longo do exercício das minhas atividades profissionais, tive vários desgastes em função da politicagem que infelizmente assola e atrapalha o desenvolvimento adequado da execução do trabalho. Apesar de todas as dificuldades a profissão de enfermagem é de fundamental importância p/ a integralidade na saúde. (Enf.7)

Nasci em 1992, ingressei na graduação em 2009, formação em 2013 e neste mesmo ano iniciei minha vida como atuante em coordenação de ESF, digo coordenação pois é o que somos, não vejo como enfermeira, pois muitas vezes tenho que priorizar a coordenação, a gestão de recursos humano, a documentação, os materiais que sempre faltam, a limpeza da unidade que não foi realizada, a compra por materias que preciso e NÃO recebo. Em resumo, fiquei 2 anos e meio totalmente dedicada a ESF, mas quando decidi voltar um pouco para minha vida pessoal como meu casamento e construção da minha casa, fui seriamente questionada e julgada, agora neste ano de 2016 inicio uma nova etapa pronta para me dedicar a carreira e menos ao ESF, pois este sempre será o mesmo com todos os problemas e menos pacientes. Cansei de perder tempo de 4 anos de estudo para nada. Mundo novo conhecimento e futuro de reconhecimento. (Enf.8)

(Enf.10) Tenho 35 anos de idade, formada em enfermagem na Faculdade de Cruz Alta em 2006; com oportunidade de trabalho apenas em saúde pública, à 6 meses no ESF Vila Nova em Cruz Alta. Com pós graduação em auditoria em saúde. Atuando n área 1 ano e 3 meses, como coordenadora do núcleo de regulação e auditoria do município de Cruz Alta. Atualmente moro com meus pais em sua casa, sou solteira, não tenho filhos no presente momento, não estou estudando, apenas realizando concursos nos municípios, buscando uma oportunidades para desenvolver um trabalho com estabilidade. E principalmente buscando realização profissional pelo trabalho realizado junto a comunidade.

Nem todas as enfermeiras participantes da pesquisa fizeram relato de suas histórias de vida, como é o caso das enfermeiras 3,4, 9 e 11 que não relataram suas histórias.

O estudo de Santos e Santos (2008) descreve que as investigações na enfermagem têm buscado maior aproximação com os sujeitos do estudo, procurando escutá-los, e não apenas tratá-los como simples objetos de pesquisa, numa relação impessoal e fria. Neste sentido, o método história de vida oportuniza aos pesquisadores aprender a ouvir o sujeito que vivenciou a situação que se quer estudar, o que implica em tê-lo como um parceiro, como alguém que é ativo no estudo e que reflete sobre sua própria vida. Essa reflexão dos participantes, que deixam vir à tona aspectos tão particulares, é a diferença fundamental que aparece na análise e reflexão dos dados.

A história é fator importante para o entendimento do Ser Enfermeira e do Ser Enfermeiro. A Enfermagem vem lutando para ter espaço próprio reconhecido e de uma nova identidade, alcançados por meio do conhecimento, da reflexão, da crítica, da pesquisa, da criatividade, da aproximação do objeto e do sujeito do cuidar. Neste século, a busca pelo conhecimento faz-se presente e a enfermagem vem buscando sua identidade e um corpo próprio de conhecimento. O enfermeiro deve apropriar-se de uma nova identidade, ou pelo menos refletir sobre sua própria, construir um caminho que atenda às necessidades do homem em todos os campos passíveis de atuação (CASTRO, 2003).

Para que aconteça a reflexão e consequente melhoria no trabalho, há necessidade de maiores investimentos em ações voltadas aos profissionais de saúde, como a adequação das condições de trabalho, bem como em sua qualificação profissional por meio de promoção de seminários, debates, grupos de discussão e cursos de atualização. Estes devem tratar de temas como humanização, integralidade e políticas de saúde, a fim de promover aperfeiçoamento profissional e humanização do trabalho e, conseqüentemente, melhora da assistência prestada aos usuários, não se esquecendo de valorizar e destacar os pontos fortes desses trabalhadores.

Por fim, relata-se a **carta de gratidão dos usuários às enfermeiras:**

- 01- Eu M.E.F.B agradeço a enfermeira da unidade onde moro pela dedicação, cuidados e atendimento. Quando necessito e preciso de ajuda sempre está disponível. Que continue seu trabalho preservando e auxiliando em prol da nossa saúde.
- 02- Agradeço de coração a enfermeira do meu bairro pela preocupação e por não medir esforços para me ajudar sempre quando preciso. A enfermagem é um dom, somente pessoas com o coração puro deveriam prestar cuidado aos pacientes que necessitam.
- 03- No meu posto de saúde a enfermeira nunca está, e quando está nunca pode nos ver ou ouvir e não é somente eu que penso assim, é do tipo de pessoa que pouco se importa pelo ser humano, não deveria ter cursado enfermagem, pois não tem perfil para tratar a população.
- 04- Me faltam palavras para agradecer a enfermeira que trabalha aqui no bairro, no momento mais difícil da minha vida ela esteve ao meu lado, me ouvindo, me explicando o que estava acontecendo comigo, me dando força e me ajudando a enfrentar meu problema de cabeça erguida, só Deus poderá retribuir tamanha dedicação e amor ao próximo.
- 05- A enfermeira aqui da unidade é uma pessoa maravilhosa, parece gente do povo, ajudando sempre a todos que precisam é muito querida aqui, sempre que precisamos

ela está disposta a ajudar, temos muita sorte, pois a outra enfermeira que estava aqui era uma grossa, mau olhava na cara da gente e nunca conseguia falar com ela.

- 06- A nossa enfermeira não é boa , nunca está no postinho quando precisamos e se tá não resolve o que queremos.
- 07- Ela é maravilhosa, acolhe o paciente e tenta resolver tudo, resolve qualquer problema que a gente tenha.
- 08- Quando levei meu filho pra enfermeira ela nem olhou na cara dele, tomara que ela nem fique aqui.
- 09- Adoro ela, muito prestativa, educada, sem falar que atende agente mesmo quando não temos agendado, faz de tudo por nós aqui da comunidade.
- 10- Atende a gente melhor que os médicos daqui, pelo menos nos escuta e tenta resolver

Quanto às cartas de gratidão, verificou-se pelas colocações que a maioria reconhece e é grato pelo trabalho realizado pelas enfermeiras. Mas, em situações isoladas, aparecem pessoas que não reconhecem o esforço dessa profissional para prestar atendimento em saúde, e que muitas vezes desenvolve seu trabalho em situações complexas, assim como em condições adversas e precárias.

Mattos (2004) descreve que, dentre os princípios e diretrizes do SUS, é provável que o da integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Dessa maneira, ficam claras as transformações do sistema tanto com referência à descentralização, quanto ao controle social. Além disso, com relação ao acesso universal, no SUS já não há tantas barreiras de acesso que impossibilitam a população para utilizar as ações e serviços de saúde de que necessitam, mas ainda é preciso avançar no sentido da igualdade de acesso. Mas, quanto à integralidade, as mudanças não são tão aparentes, visto que as mesmas não ocorrem com tanta evidência e nem a transparência que os usuários reclamam.

E como explicam Pinho, Siqueira e Pinho (2006), a integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, com a formação de profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis aos diferentes aspectos que envolvem o processo saúde /doença, tanto relacionado à epidemiologia como terapêutica. O enfermeiro como um profissional participante da equipe multiprofissional, deve envolver-se nas ações propostas, observando os valores recomendados pelo SUS, bem como na realização da integralidade na Rede Básica de Saúde.

A partir de todo o exposto, segundo Mattos (2004) ocorre uma compreensão que alcança os diversos sentidos da integralidade e se refere aos encontros entre equipe de saúde e as pessoas. Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos.

De acordo com o mesmo autor, isso confere às ações de saúde um caráter de prática de conversação, na qual os profissionais de saúde, devem utilizar os conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual se relacionam. Isso levará a reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podem pôr em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades identificadas. Mais do que isso, defender a integralidade nas práticas é defender que a oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada contexto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação foram abordados e discutidos aspectos que envolvem integralidade na atenção à saúde relacionada com as mulheres enfermeiras que atuam nas ESFs da cidade de Cruz Alta –RS revelando que o conceito de cuidado integral destaca a presença do feminino e continua ligado a suas origens históricas, indicando que o cuidado é função essencial da mulher e, para tanto, a mulher enfermeira tem que estar saudável.

Considerando a dinâmica de funcionamento da ESF no município pesquisado, identificou-se que as dezessete Estratégias de Saúde da Família, as quais são habilitadas pelo Ministério da Saúde, oferecem cobertura de 94,39% aos usuários, que a maioria das enfermeiras são jovens e tem em torno de 11 anos de profissão, o que lhes dá uma boa experiência em sua atuação. Atuam nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, todavia o cuidado com a sua saúde não é integral pois, consideram não ser possível a essa profissão, devido a sobrecarga de trabalho e o alto stresse da própria profissão. Dentre outras justificativas que ressaltaram para impedir o cuidado integral de sua própria saúde destacaram: as oscilações no estado de saúde das enfermeiras; que não há promoção à saúde das enfermeiras; estilo de vida e alimentação inadequados; falta atendimento integral; acúmulo de energias negativas; estresse e problemas de trabalho e falta apoio psicológico no trabalho.

Mas também, observou-se que por um lado, se a profissão é realmente estressante pelos diversos motivos que informaram (falta de material, pessoal e infraestrutura, transporte para realização das visitas domiciliares, respeito dos usuários, medicamentos e de resolutividade), por outro lado estão satisfeitas **com a profissão** pelo fato de ser um ambiente de aprendizado constante em suas relações com colegas de trabalho e com a própria população e os maiores benefícios dessa profissão são: o resultado do seu trabalho, o reconhecimento pela população e a gratidão que os usuários demonstram. Portanto, esses aspectos estressantes da profissão fragilizam o próprio cuidado de saúde das enfermeiras e, muito disso tem a ver com o desenvolvimento do trabalho da mulher como enfermeira e a sua jornada de trabalho.

Mas para isso algumas destacaram estratégias que utilizam para evitar o seu adoecimento, evidenciando o descanso e as horas adequadas de sono; a alimentação correta; a

clareza e organização do trabalho a realizar; aproveitar o tempo de folga com a família e amigos; compartilhamento dos problemas do trabalho com os colegas e tentar não se culpar pelos problemas dos usuários.

Considerando o objetivo deste estudo que era oportunizar reflexão e discussão sobre o cuidado integral à saúde das mulheres enfermeiras, mobilizando ações de mudança coletiva, uma dessas estratégias foi a solicitação aos usuários na escrita de cartas de agradecimento. Assim, verificou-se que a maioria dos usuários reconhece e é grato pelo trabalho realizado pelas enfermeiras. Mas, em situações isoladas, aparecem pessoas que não reconhecem o esforço dessa profissional para prestar atendimento em saúde, e que muitas vezes desenvolve seu trabalho em situações complexas, assim com em condições adversas e precárias.

Para que aconteça a reflexão e conseqüente melhoria no trabalho, há necessidade de maiores investimentos em ações voltadas aos profissionais de saúde, como a adequação das condições de trabalho, bem como em sua qualificação profissional por meio de promoção de seminários, debates, grupos de discussão e cursos de atualização. Estes devem tratar de temas como humanização, integralidade e políticas de saúde, a fim de promover aperfeiçoamento profissional e humanização do trabalho e, conseqüentemente, melhora da assistência prestada aos usuários, não se esquecendo de valorizar e destacar os pontos fortes desses trabalhadores.

Também foi ressaltado nas falas das participantes, especialmente nos relatos de história de vida, a importância de valorização dos profissionais de saúde inseridos na rede básica e a necessidade de atualização com enfoque qualitativo e ampliado dos fatores que afetam a saúde da mulher, bem como a utilização de metodologias alternativas na resolução de problema. Verificou-se que para as entrevistadas estes itens são importantes para concretizar a mudança do modelo assistencial, podendo oferecer, assim, a integralidade na assistência à saúde da mulher enfermeira. Outro fator indicado pelas mesmas foi a necessidade de organização dos serviços, diretamente ligada ao financiamento das ações, pode ser conseguido com uma administração coerente e o uso racional dos recursos disponíveis.

A luta pela integralidade como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) implica repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde. O SUS é reconhecido e ressaltado pelas entrevistadas do presente estudo, como um dos maiores sistemas de mobilização social, pelo acesso, cobertura e garantia da continuidade pela integração com os diversos setores e às diversas políticas sociais. Além disso, por promover a participação da comunidade nas discussões que dizem respeito à saúde, é destacado como um sistema que busca novos caminhos.

As participantes referiram que o profissional que atua na enfermagem deve ter habilidade para lidar com os problemas de saúde, situação que nem sempre é de fácil e rápida resolução, e que implica a responsabilização pela atenção à saúde dos usuários no decorrer do tempo, devendo-se acolher a população, bem como estar atentos para suas inúmeras necessidades e demandas.

Ao finalizar este trabalho, afirma-se que os objetivos foram alcançados, no que diz respeito à compreensão do termo integralidade, proporcionando, especialmente a esta pesquisadora, uma visão ampliada acerca do tema em questão, bem como uma reflexão sobre as práticas e ações no dia-a-dia como enfermeira, além de levar a questionamentos sobre a qualidade da assistência de enfermagem que é oferecida à população em geral na Rede Básica de Saúde.

A partir dos resultados sugere-se aos gestores locais do SUS retomar em seus espaços de discussão o tema integralidade da assistência e sua relação com os profissionais, organização e gestão dos serviços, bem como as práticas de saúde. A reflexão sob este enfoque poderá vir a enriquecer as possibilidades de trabalho interdisciplinar entre os níveis de atenção, redirecionando ações de algumas políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Salvador-BA, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- AMARANTE, Aline Lage *et al.* As Estratégias dos Enfermeiros para o Cuidado em Saúde Mental no Programa Saúde da Família. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, n. 20, v. 1, p. 85-93, jan./mar. 2011.
- ANDRADE, A.I. **História da enfermagem**. 2008. Disponível em: <http://www.notapositiva.com/trab_estudantes/trab_estudantes/areaprojecto/historiadaenfermagem.htm>. Acesso em: 05 set. 2015.
- ARAÚJO, M. F. S. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade. **Revista Conceitos**, Paraíba, n. 39. jul. 2005. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br .> Acesso em: 22 set. 2015.
- ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12 n.2, p. 455-464, mar./abr. 2007.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo *et al.* Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 68, n.2 ,p.1-7 mar./apr. 2015.
- BACKES, Dirce Stein *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>> . Acessado em: 20 nov. 2015.
- BARATIERI, T.; SANGALETI, C.T. O enfermeiro da saúde da família e a promoção da autonomia do usuário: análise reflexiva. **Revista de enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 7, n.12, p. 6.921-8, dez. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4039/pdf_4177>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- BARBOSA, Maria Alves *et al.* Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 6, n. 01, p. 09-15, 2004. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_1/pdf/f1_coletiva.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2015.
- BARBOSA, Simone Alves; MARANHÃO; Damaris Gomes. O cuidado como essência e identidade profissional do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UNISA**, Santo Amaro, SP, v. 13, n. 2, p. 130-6, 2012. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-2-10.pdf>>. Acessado em: 8 jun. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BALESTRIN, M. F.; BARROS, A. B. M. A relação entre concepção do processo saúde doença e a identificação-hierarquização das necessidades em saúde. **VOOS - Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade de Guairacá**, Guarapuava-PR, v. 01, p. 18-41, jul. 2009. Disponível em: <http://portalfadesp.mentorhost.com.br/midias/anexos/274__relacaoconcepcao processo_para_prova_do_mestrado_.pdf>. Acessado em: 08 jun. 2015.

BELANCIERI, M. F.; BIANCO, M. H. B. C. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis-SC, v. 13, n.1, p. 124-131, jan./mar. 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71413117.pdf>> . Acessado em: 08 jun. 2015.

BELANCIERI, Maria de Fátima; KAHHALE Edna Maria S. Peters. A saúde do cuidador: possibilidades de promoção de resiliência em enfermeiros. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n.1, p. 121-128, jan.-mar. 2011. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e1dbbb6670cc.pdf>. Acessado em: 08 jun. 2015.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7 n.3, p. 401-412, 2002. Disponível em; <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>> . Acessado em: 08 jun. 2015.

BONFADA, D. *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 555-560, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63020718028.pdf>>. Acessado em: 08 jun. 2015.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Constituição (1988)**: Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília-DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 8 jun. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 8.080 de 19/09/1990**: Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <[http://www6.senado.gov.br/sicon/Executa PesquisaLegislacao.action](http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action)>. Acesso em: 8 Jun. 2015.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <[http://www6.senado.gov.br/sicon/ Executa PesquisaLegislacao.action](http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action)>. Acesso em: 8 jun. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília-DF. 1997. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395> Acesso em: 14 set.2014.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNDU. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundvall, Declaração de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Mega Países, Declaração do México. Brasília-DF, 2001.

BRASIL. **Portaria 305 de 2002**: aprova, na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília-DF, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 13 abr.2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 648/GM de 28 de Março de 2006**: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília –DF, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466 de 2012**: aprova o Comitê de Ética em Pesquisa. 2012. . Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 13 abr .2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores**: 2013-2015. Brasília-DF, 2013.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>. >. Acessado em: 12 abr. 2015.

CARDOSO, Leticia Silveira *et al.* Finalidade do processo comunicacional das atividades em grupo na Estratégia Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19,

n.2, p. 1-7, mar./abr. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_23.pdf.> Acesso em: 13 de nov.2014.

CASTRO, S. L. A. A Enfermagem Moderna: a experiência internacional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia-GO, v. 5 n. 1, p. 35-37, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.html>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília-DF**, v. 7, n.especial, p. 42-49, jan.2003/abr.2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_saude_familia7.pdf> . Acessado em: 18 mar.2016.

CINTRA, Hans Doner Eric *et al.* Fatores que Prejudicam o Trabalho do Enfermeiro que Atua em Hospital.In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL EXPERIÊNCIAS DE AGENDAS 21**: “Os desafios do nosso tempo.” Ponta Grossa-PR, 27, 28 e 29 de novembro, 2009.

COELHO, E.A.C. *et al.* O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.34, n. 1, p.37-44, mar. 2000.

COELHO, E.A.C. **Enfermeiras que cuidam de mulheres**: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. 174f., dez. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP, 2001.

COELHO, E.A.C.*et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** , São Paulo, v.13, n.1, p. 154-160, jan./mar. 2009.Disponível em:<. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>> . Acessado em: 18 mar.2016.

CORONETTI, A. *et al.* O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis-SC, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006. Disponível em:< <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/394.pdf>> . Acessado em: 18 mar.2016.

COSTA; Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Revista RENE**, Fortaleza-CE, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr./jun.2008.Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027962015.pdf>> . Acessado em: 18 mar.2016.

COSTA, Roberta; *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis-SC, v.18, n. 4, p. 661-9, oct./dec. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>>. Acesso em: 10 maio 2015.

COUTO, Luciana. **Filosofia da Felicidade**: Eu posso curar a minha vida. Portugal-PT: Associação dos Professores de Almada, Portugal, 2014.

CRUZ, Marly Marques da. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde.** Qualificação de Gestores do SUS. 2005. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf. Acessado em: 10 abr. 2016.

DA ROS, M.A. **Estilos de pensamento em saúde pública:** um estudo da FSP-USP e ENSP-Fiocruz, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 192f., 2000. Tese (Doutorado em Educação da UFSC). Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

DA ROS, M.A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M. (Org.). **Saúde em debate na Educação Física.** Blumenau: Nova Letra, 2006. p.44- 66.

DAUBERMANN, Daiane Corrêa; TONETE Vera Lúcia Pamplona. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.2, p. 277-283, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a19v25n2.pdf>> . Acessado em: 18 mar. 2016.

FERNANDES, J.D. *et al.* Saúde Mental e Trabalho Feminino: Imagens e Representações de Enfermeiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto – SP, v.10, n.2, p.830-4, mar./apr. 2002.

FERNANDES, J.S. *et al.* Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.3, p. 434-42, jul./set. 2010.

FERREIRA, Sara Regina. Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de Vazante / Lagamar-MG: da implantação aos dias atuais. **Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde.** 2012. Disponível em: <saude.convibra.com.br> Acesso em: 10 abr. 2016.

FREITAS, Fernanda Pini de. PINTO, Ione Carvalho. Percepção da Equipe de Saúde da Família Sobre a Utilização do Sistema De Informação da Atenção Básica-Siab. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 13, n. 4, p. 547-554, jul./ago. 2004.

FRIGO, L. F.; BRAZ, M.M. A Fisioterapia na atenção integral à saúde da mulher. In: JORNADA INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, 3, 2010, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: UNIFRA, 2010, p. 1-7. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/jis2010/Trabalhos/32.pdf>>. Acessado em 10 maio 2016.

GARBOIS, Julia Arêas; VARGAS, Liliana Angel; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 27-44, 2008. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n1/v18n01a03.pdf>>. Acessado em 10 out. 2015.

GARCIA, Maria Alice Amorim; *et al.* A Atuação das Equipes de Saúde da Família Junto aos Idosos. **Revista APS**, Juiz de For a-MG, v.9, n.1, p. 4-14, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Atuacao.pdf>> . Acessado em: 18 jun. 2015.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 14, n.3, p.783-794, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>> . Acessado em: 18.jun.2015.

GIROTI, Suellen Karina de Oliveira; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; RAMOS, Mara Lúcia Rocha. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3418>. Acessado em: 18 jun. 2015.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06>>. Acessado em 18 jun. 2015.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 1-13, jan. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>>. Acesso em: 10 maio 2015.

GRISARD, Nelson; VIEIRA, Edith Tolentino de Souza. Ana Néri, Madrinha da Enfermagem no Brasil. **Gazeta Médica**, Bahia, v.78, n. 2, p. 145-147, 2008. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/981/959>>.Acessado em: 18 jun. 2015.

GUARDA, Flávio Renato Barros da; SILVA, Rafaela Niels da e TAVARES, Ricardo Antônio Wanderley. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde** [online], v.3, n.2, p. 17-24, 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v3n2/v3n2a03.pdf>>. Acessado em: 18 jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.. **IBGE Cidades**: Cruz Alta – RS. 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/extras/perfil.php?codmun=430610>. Acesso em: 10 maio 2016.

ITO, Elaine Emi *et al.* O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570- 575, 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400017> Acessado em 18 jun. 2015.

KANTORSKI, L.P. *et al.* A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis-SC, v.15, n.3, p. 434-41, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a07>> . Acessado em: 18 jun. 2015.

LINARD, A.G.; CASTRO, M.M.; CRUZ, A.K.L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.32, n.3, p. 546-53, set. 2011.Disponível em: <<http://>

seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16808/13938> . Acessado em 18 jun. 2015.

LOPES, Dolores Ferreira de Melo; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; GARRANHANI Mara Lúcia. Reflexões a Respeito da Construção Histórica da Corporeidade da Mulher Enfermeira. **Ciência, Cuidado em Saúde**, Maringá-PR, v. 9, n. 2, p. 398-403, abr./jun. 2010. Disponível em: < <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8530/6092>>. Acessado em 18 jun. 2015.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 2007.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2>>. Acessado em: 18 jun. 2015.

MAGNAGO, Carinne; PIERANTONI, Celia Regina. A Percepção de Gestores dos Municípios de Duque de Caxias e Rio De Janeiro Quanto à Rotatividade de Profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Cereus**, Gurupi, TO, v. 6, n. 1, jan./abr. 2014. Disponível em: < <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/573/230>> . Acessado em: 18 jun. 2015.

MARIN, Maria José Sanches *et al.* A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 245-258, 2009.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso>> Acessado em: 30 mar.2016.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006.

MATSUMOTO, Karen dos Santos. **A formação do enfermeiro para atuação na atenção básica: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**. 100f. 2010. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) Rio de Janeiro, 2010.

MEDEIROS, C.R.G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15(Supl. 1), p. 1521-1531, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>>. Acessado em: 15 jun. 2015.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Atenção Básica e Atenção Primária À Saúde - Origens e Diferenças**

Conceituais. **Revista APS**, Juiz de Fora-MG, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: file:///C:/Users/Eleandro/Downloads/APS_Revista%20de%20APS_2009.pdf. Acessado em 15 jun. 2015.

MENDONÇA Maria Helena M. de ; MARTINS Maria Inês C.; GIOVANELLA, L. Formação dos trabalhadores para o SUS: olhar sobre a atenção básica. **BIS- Boletim Institucional de Saúde**, São Paulo, n.48, p. 1-6, nov. 2009. Disponível: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 15 jun. 2015.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 15-37.

MINAYO, M.C.S; GOMES, S.F.D.R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>> . Acessado em 15 jun. 2015.

MONTENEGRO, Livia Cozer. **A Formação Profissional do Enfermeiro: Avanços e Desafios para a sua Atuação na Atenção Primária à Saúde**. 98 f. 2010. Dissertação (Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais). Minas Gerais, 2010. Disponível em:<<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/655M.PDF>> Acesso em: 20 de abr. 2016.

MOREIRA, D.A. *et al.* Estratégias de Organização e Fortalecimento do Trabalho da Enfermagem na Equipe de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v.1, n.6, p. 2.106-2.118, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/637/1016>.> Acesso em: 13 abr. 2016.

MURAMATSU, Clarice H.*et al.* Consequências da síndrome da tensão pré-menstrual na vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.35, n.3, p. 205-213, set. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000300002>. Acessado em: 10 maio 2016.

NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n 2, p. 333-345, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a11v10n2.pdf>>. Acessado em 10 maio 2016.

OGUISSO, Taka; TSUNECHIRO, Maria Alice. História da pós-graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP** vol.39 n.º. esp. São Paulo Dec. 2005.

OLIVEIRA, Tatiana Ribeiro de. **Ações Sistematizadas no Atendimento ao idoso pela equipe de Saúde da Família**. 46 f. 2011. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) da Universidade Federal de Minas Gerais na Faculdade de Medicina. Conselheiro Lafaiete – MG, UFMG, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002713>>. Acessado em: 14 mar. 2016.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 66, (n. especial), p. 158-164, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acessado em: 14 mar.2016.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.1,p.65-72, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08.pdf>>. Acessado em 14 mar.2016.

OLIVEIRA Juliana Costa Assis de; TAVARES Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.3, p. 774-781, sept. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/32.pdf>>. Acessado em 15 jun. 2015.

ORO, J; MATOS, E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. **Enfermagem em Foco**, Salvador – Bahia, v.2, n.2, p. 137-140, 2011. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/113/95>>. Acessado em: 10 maio 2015.

PAIM, Jairnilson *et al.* Saúde no Brasil 1: **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Bahia-BA. Publicado Online em 9 de maio de 2011. www.thelancet.com. Disponível em: <<http://www.ammabarbacena.com.br/files/2e9d93b8abf8ae74b148b4f04fdb3701.pdf>>. > Acessado em: jun. 2014.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e vigilância da saúde. In: GIOVANELLA. L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PINHO, I.C.; SIQUEIRA, J.C.B.A.; PINHO, L.M.O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], n.8, v.1, p. 42-51, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm>. Acesso em: 01 fev. 2016.

POLARO, Sandra Helena Isse. **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família**. 160f. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) Florianópolis – SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/95422/288368.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. > Acessado em: 14 fev.2016.

RANGEL, Rosiane Filipin *et al.* Avanços e Perspectivas da Atuação do Enfermeiro em Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.16,n.3, p. 498-504, jul./set.

2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/24223/16236>>. Acessado em: 07 set.2015.

RIBEIRO, J P. *et al.* Implicações do ambiente no desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, España, v.11, n. 3, p. 388-396, n. 27 Julio 2012. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/147871/136451>>. Acessado em: 07 set. 2015.

RICHARDSON, R. J. *et al.* Métodos quantitativos e qualitativos. In: _____. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Cap.5, p. 70-73.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Ações em Saúde –DAS: Página Institucional da Secretara Estadual de Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/lista/9/Diretoria>>. Acessado em: 10 abr. 2016.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

SANTANA, Cristiane Ferreira. **A Saúde da Família e o Enfermeiro: por uma Formação em Favor da Política Pública de Saúde**. 160f. 2009. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA). Anapólis-GO: UniEvangélica,2009. Disponível em: <<http://www.unievangelica.edu.br/files/images/curso/mestrado.mstma/2009/cristiane%20ferreira%20-%20a%20sa%C3%BAde%20da%20fam%C3%ADlia.pdf>>. Acessado em: 07 set. 2015.

SANTOS, L. F. **Qualidade de vida no trabalho: um estudo entre enfermeiros emergencialistas e não emergencialistas de um hospital público municipal**. 151f. 2010. Dissertação (Mestrado em Administração) Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2010. Disponível em: <http://unihorizontes.br/novosite/banco_dissertacoes/120420131653394660.pdf>. Acessado em: 07 set.2015.

SANTOS, I.M.M.; SANTOS, R.S. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 714-719, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/12.pdf>> Acessado em: 07 set. 2015;

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.7, n.12, p.101-122, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>>. Acessado em: 07 set. 2015.

SILVA, Luís Carlos de Paula e; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti. A interferência da jornada de trabalho na qualidade do serviço: contribuição à gestão de pessoas. **RAS- Revista de Administração**, São Paulo, v. 13, n. 54, p.11-18 jan-mar, 2012. Disponível em: <RASv14n54_11-18.pdf> Acessado em 07 set. 2015.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.42, n.1, p. 48-56, 2008. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acessado em: 10 out. 2015.

SILVA, Simone Albino et al. Atividades desenvolvidas por enfermeiros no PSF e dificuldades em romper o modelo flexneriano. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v.1, n.1, p. 30-39, jan./mar. 2011. Disponível em: <www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/14/67>. Acessado em: 10 out.2015.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D.Andrea (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41.

SÓRIA, D. A. C. **A resiliência dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 179 f. 2006. Tese (Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

SPLENDOR, Vanessa Lidiane; ROMAN, Arlete Regina. A Mulher, a Enfermagem e o Cuidar na Perspectiva de Gênero. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, ano 2, n.4, p. 31-44, jan./jun. 2003. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/download/.../1046>>. Acessado em: 10 out. 2015.

TIMBY, Barbara Kuhn. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no atendimento de enfermagem**. Tradução de Margarita Ana Rubin Unicovsky. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VILLELA, Lenice de Castro Mendes et al. Tempo de atuação do profissional enfermeiro. **Enfermagem em Foco**, Minas Gerais, v.2, n.4, p. 248-250, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/194/130>>. Acessado em: 10 out. 2015.

YUNES, M.; SZIMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e Educação**. São Paulo: Cortez, 2001.

ZANCHI, Marco Túlio; ZUGNO, Paulo Luiz. **Sociologia da saúde**. Caxias do Sul: EDUCS, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Cruz Alta, 25 de setembro de 2015

Prezada Senhora:

Ao cumprimentá-la cordialmente, apresento a Mestranda LIDIANE CORADINI CARVALHO do Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde da Universidade de Cruz Alta –Unicruz em Associação com a Universidade Integrada da Região Noroeste do Estado do RS- Unijuí, que está realizando a Pesquisa intitulada **INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO COM AS MULHERES ENFERMEIRAS QUE ATUAM NAS ESFs DA CIDADE DE CRUZ ALTA –RS**, como proposta de Dissertação de Mestrado e que tem como objetivo analisar a temática da integralidade na atenção à saúde das enfermeiras que atuam nas Estratégias de Saúde da Família em um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, partindo da realidade encontrada e do conhecimento técnico-científico, destacando as ações de enfermagem e sua importância para a saúde das próprias enfermeiras.

Para efetivação de sua pesquisa a mestranda necessitará coletar alguns dados nas 18 ESFs do município de Cruz Alta, com 01 enfermeira mulher em cada ESF. Para tal solicitamos a autorização de Vossa Senhoria para que a mesma possa coletar os referidos dados.

Na certeza de sua compreensão e colaboração, agradecemos antecipadamente, colocando-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente

Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces

Professora Orientadora do



PPGAIS

Ilustríssima Senhora
DENISE SILVA
Secretária Municipal de Saúde
SMS-Cruz Alta -RS

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO COM AS MULHERES ENFERMEIRAS QUE ATUAM NAS ESFs DA CIDADE DE CRUZ ALTA -RS

Você está sendo convidado a participar de um estudo que tem por objetivo analisar a integralidade na atenção à saúde das enfermeiras que atuam nas ESFs destacando as ações de enfermagem e sua importância para a saúde das próprias enfermeiras.

Para tanto você responderá a uma entrevista englobando dados sociodemográficos e condições de saúde e estratégias que utiliza para manter a integralidade da sua saúde na profissão enfermeira.

A participação no estudo não implica em risco à sua saúde e, ao contrário, lhe proporcionará benefícios, pois com base nos resultados serão sugeridas ações de promoção à integralidade à sua saúde. Poderão surgir alguns desconfortos psicológicos ao referendar sobre suas condições profissionais e a sua saúde. Dentre as principais contribuições dessa pesquisa, destacam-se a intenção de refletir sobre seu trabalho, contribuindo para a consolidação do trabalho da enfermeira neste âmbito de atuação.

Enfatiza-se que sua participação deve ser voluntária, bem como a pesquisadora se compromete em garantir que sua identidade e demais informações sejam mantidas em sigilo. Não haverá despesas pessoais para você em qualquer fase desta pesquisa. Bem como, não haverá compensação financeira relacionada a sua participação. No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (55)99578718.

Você poderá desistir de participar deste estudo a qualquer momento durante a entrevista e isso não lhe trará nenhum prejuízo. Todas as informações e os resultados da sua entrevista será guardado sob sigilo, resguardando seu anonimato, assim como a ética profissional exige. Os dados e o material coletado serão utilizados somente para fins científicos e analisados de forma coletiva e anônima.

Caso concorde em participar da pesquisa, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da dissertação de mestrado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos. Sendo assim, se você concordar,

voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Contatos do pesquisador:

Lidiane Coradini Carvalho

assinatura

Pesquisadora responsável

Tel.: (55)99578718

E-mail: lydycc@hotmail.com

Contatos Orientador:

Solange Billig Garces: (55) 3321.1603 – sbgarces@hotmail.com

assinatura

Comitê de Ética em Pesquisa/ UNICRUZ: (55) 3321 1618 - <http://www.unicruz.edu.br>

Declaro ter sido suficientemente informado sobre os objetivos do estudo em questão e aceito participar como sujeito pesquisado.

Assinatura: _____

Cruz Alta-RS, _____, _____ de _____.

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS ENFERMEIRAS DAS ESFs

Tema: Integralidade na Atenção à Saúde: Um Estudo Com as Mulheres Enfermeiras que Atuam nas ESFs da Cidade de Cruz Alta -RS

Questões norteadoras para as enfermeiras:

1- Dados Sociodemográficos:

Idade:

Escolaridade: () Graduação () PG *Lato senso* () PG *Stricto senso*

Estado Civil:

Renda familiar:

Tempo em que atua como enfermeira: ____ E na ESF: _____

2- Como se deu a sua inserção na ESF quando de sua implantação?

3- Existe algum programa de formação ou treinamento para atuar na função, antes ou depois?

4- Há algum manual ou recomendações que orientam o trabalho na ESF?

5- Descreva as atividades desenvolvidas nas duas últimas semanas:

6- Além dessas atividades tem outras que você desenvolve com frequência? Quais?

7- Quais dessas atividades você considera que dá mais identidade ao trabalho da enfermeira na ESF? (aquelas que são mais próprias, mais identificadas com o perfil da enfermeira).

8- Como você definiria as condições de trabalho às quais você está exposta?

9- O que no seu trabalho beneficia a sua saúde? E o que traz malefícios?

10- O que você faz para não adoecer ou sofrer no seu trabalho?

11- Quais estratégias você utiliza para evitar que isso aconteça? E quando adoece o que faz?

12 – Para você o que é integralidade na atenção à saúde?

13 – Na sua opinião há integralidade no cuidado e atenção com sua saúde?

14 – a) Se você respondeu não na pergunta anterior justifique com as razões de porque NÃO.

b) Se você respondeu sim na pergunta anterior justifique com as razões de porque SIM.

APÊNDICE D – CARTA DE VALIDAÇÃO

Prezado(a) Professor(a):

Apresento a aluna do Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde da UNICRUZ/UNIJUI Lidiane Coradini Carvalho, que está realizando a pesquisa intitulada **“INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO COM AS MULHERES ENFERMEIRAS QUE ATUAM NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE CRUZ ALTA -RS”**, como Dissertação de Mestrado, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces e para sua efetivação necessitamos da sua colaboração para **validação dos instrumentos** em anexo.

Na certeza de sua compreensão e colaboração, agradecemos antecipadamente, colocando-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Cruz Alta, agosto de 2015

Lidiane Coradini Carvalho
Pesquisadora

Prof.^a Dr.^a Solange Beatriz Billig Garces

Orientadora

APÊNDICE E – MATRIZ DE ANÁLISE

| OBJETIVOS | CATEGORIAS | INDICADORES | PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO |
|-----------|---|--|--|
| 1 | Dinâmica de funcionamento da ESF | - Corpo profissional - ESF - Infraestrutura - Localização - Equipamentos | |
| 2 3 | - Papel dos enfermeiros - Integralidade - Diferenciação dos papéis de gênero | - Papel dos enfermeiros - Cuidado com a saúde - Cuidado integral - Gênero | 2/3 - 1,2,3 |
| 4 5 | - Integralidade na saúde dos enfermeiros - Potencialidades e fragilidades no trabalho - Impacto da atenção à saúde no atendimento | - Fragilidades - Potencialidades | 4 - 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 5 - 12, 13, 14 |
| 6 | - Ações de mudança no trabalho | - Carta de gratidão dos usuários - História de vida - Sugestões para mudança | |

- C331i Carvalho, Lidiane Coradini.
Integralidade na atenção à saúde: um estudo com as mulheres enfermeiras que atuam nas estratégias de saúde da família da cidade de Cruz Alta - RS / Lidiane Coradini Carvalho. – 2016.
- 127 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade de Cruz Alta/UNICRUZ, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/UNIJUI. Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde
- Orientadora: Profª. Drª. Solange Beatriz Billig Garces
1. Enfermagem. 2. Saúde Pública. 3. Mulheres.
I. Garces, Solange Beatriz Billig. II. Título.
- CDU 616-083