

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**MAÍRA LIBERTAD SOLIGO TAKEMOTO**

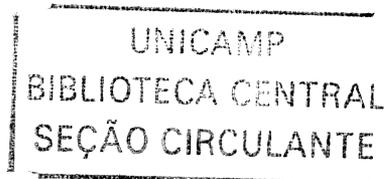
**O TRABALHO DE ENFERMAGEM EM CENTROS DE SAÚDE E O MODELO DE  
ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS – SP**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **MAÍRA LIBERTAD SOLIGO TAKEMOTO**



**PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA**  
Orientadora

**CAMPINAS  
2005**



**MAÍRA LIBERTAD SOLIGO TAKEMOTO**

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM EM CENTROS DE SAÚDE E O MODELO DE  
ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS – SP**

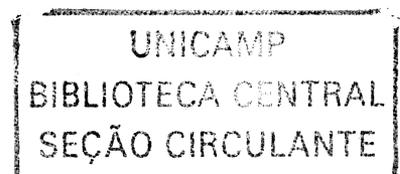
Dissertação apresentada para o Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Trabalho.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliete Maria Silva**

**Campinas**

**2005**

iii



UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP T139t
V	EX
TOMBO BC/	66320
PROC.	16-9.00086-05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	09/11/05
Nº CPD	

Bibid 373311

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**  
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

T139t

Takemoto, Maíra Libertad Soligo

O trabalho de enfermagem em centros de saúde e o modelo de atenção à saúde no Município de Campinas - SP. / Maíra Libertad Soligo Takemoto. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Eliete Maria Silva

Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Enfermagem. 3. Saúde da Família. I. Silva, Eliete Maria . II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(slp/fcm)

---

## BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

---

**Orientador(a) PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA**

---

**Membros:**

---

1. PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA



---

2. PROFA. DRA. CÉLIA MARIA SIVALLI CAMPOS



---

3. PROFA. DRA. MARCIA REGINA NOZAWA



---

---

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

---

**Data: 06 de maio de 2005**

---

200525152

## AGRADECIMENTOS

Recentemente, a propósito de ser sujeito de uma pesquisa de mestrado, deparei-me com uma questão perturbadora:

*“De todas as experiências pessoais – de vida, de formação, de estudo, de militância e de atuação profissional – quais foram as mais formativas para você?”*

Desde então, não pude parar de pensar em quais teriam sido as “instâncias” formativas mais significativas para mim durante a trajetória que me fez chegar até aqui. Tendo esta pergunta como guia, agradeço a todos aqueles que me ajudaram no percurso de tornar-me a profissional que sou, muito mais do que apenas agradecer aos que colaboraram diretamente na produção desse trabalho. Exatamente porque entendo que este trabalho só pôde existir no interior desse meu processo contínuo de formação, em que todos a quem agradeço são também atores.

À Noninha, Nonão, Rosaura, Walter e Morena, minha família e, sem sombra de dúvida, a mais importante instância formativa de minha trajetória.

Aos professores Eliete Maria Silva, Josely Rimoli, Mauro Antônio Pires Dias da Silva e Márcia Regina Nozawa, pelos grandes exemplos profissionais e por tudo que me ensinaram (principalmente pelo que me ensinaram fora da sala de aula), em especial a Eliete, minha orientadora, não só dessa pesquisa, mas da vida, pelos ensinamentos, pela paciência e pelo carinho.

Aos amigos Débora de Souza Santos, Valéria Marli Leonello, Priscilleyne Ouverney Reis, Marcos Leite Ferreira, Marconi Tabosa de Andrade, Rosana Dutoit, Eliane Greice Davanço Nogueira, Elisabete Zuza, Lúcia Pinheiro, pela amizade imprescindível, pelas discussões profícuas, pelo carinho e pela companhia fundamental nesse caminho.

Aos personagens centrais na minha curta história profissional e que estiveram o tempo todo me alertando sobre qual é meu papel, meu foco, meu compromisso, meu objetivo principal: os usuários dos serviços de saúde por onde passei e meus alunos do curso de enfermagem.

Aos trabalhadores das unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas estudadas nessa pesquisa, por terem colaborado com o trabalho e por terem compartilhado comigo de seu tempo, suas práticas e seus saberes.

A todos aqueles que, mesmo não mencionados, não poderei jamais esquecer, porque de alguma forma, muitas vezes mesmo sem saber, me ajudaram nesse percurso.

A todos vocês, meu muito obrigada.

# SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>xv</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	<b>xvii</b>
<b>RESUMO</b>	<b>xix</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>xxi</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>O Trabalho de Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde no Município de Campinas</b>	<b>5</b>
<b>O Projeto Paidéia de Saúde da Família</b>	<b>7</b>
Cadastro de Saúde da população e vinculação das famílias a Equipes Locais de Referência	9
Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local	10
Acolhimento e responsabilização	13
Sistema de Co-gestão	14
Capacitação	15
<b>OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
<b>CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS</b>	<b>19</b>
<b>Processo de Trabalho em Saúde</b>	<b>19</b>
<b>Trabalho de Enfermagem em Saúde Coletiva</b>	<b>25</b>
<b>Trabalho em Saúde e Necessidades</b>	<b>28</b>
<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>35</b>
<b>A Coleta de Dados</b>	<b>35</b>
<b>Campinas e o Sistema de Saúde Municipal</b>	<b>37</b>
<b>As Unidades Estudadas</b>	<b>40</b>
<b>Os Sujeitos da Pesquisa</b>	<b>44</b>
<b>Procedimentos de Análise</b>	<b>47</b>

<b>RESULTADOS E ANÁLISE</b>	<b>49</b>
<b>Transformações no Trabalho de Enfermagem</b>	<b>50</b>
Caracterizando o Trabalho de Enfermagem	50
Transformações no Trabalho de Enfermagem	54
<b>Necessidades de Saúde</b>	<b>72</b>
Necessidades de “boas condições de vida”	79
Necessidade de acesso a consulta e serviços médicos e outras tecnologias de saúde	80
Necessidade de vínculo	84
Necessidade de graus crescentes de autonomia	86
<b>Acolhimento</b>	<b>88</b>
O Acolhimento nos CSs São Marcos, São Cristóvão, Paranapanema e Ipaussurama	97
O Acolhimento no CS Joaquim Egídio	113
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>117</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO 1 – PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICE 1 – ROTEIROS DE ENTREVISTA</b>	<b>129</b>
<b>APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO</b>	<b>131</b>
<b>APÊNDICE 3 – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>133</b>

## LISTA DE FIGURAS

Quadro 1: Justificativa dada para indicação dos Centros de Saúde estudados conforme os responsáveis, Campinas, 2005.....	41
Quadro 2: Caracterização dos Centros de Saúde, Campinas, 2005.....	43
Quadro 3: Distribuição das entrevistadas por Centro de Saúde e cargo ocupado, Campinas, 2005.....	45
Quadro 4 – Caracterização das entrevistadas da presente pesquisa, Campinas, 2005.....	46
Quadro 5: Respostas das entrevistadas à questão “Pensando em um dia normal de trabalho, quais são as três coisas que você mais faz?” Campinas, 2005.....	51
Quadro 6: Transformações no Trabalho de Enfermagem na opinião das entrevistadas, Campinas, 2005.....	55

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>AE</b>	Auxiliar de Enfermagem
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>E</b>	Enfermeira
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>NSC</b>	Núcleo de Saúde Coletiva
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUDS</b>	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Única de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## RESUMO

O objetivo geral dessa pesquisa é analisar, à luz do referencial teórico da Saúde Coletiva, o trabalho de enfermagem em Centros de Saúde do município de Campinas inserido em um momento de transformação do modelo de atenção à saúde impulsionada pelo Projeto Paidéia de Saúde da Família. Quanto aos objetivos específicos, buscou compreender as mudanças no processo de trabalho de enfermagem a partir da implementação do Projeto Paidéia. Para isso, utilizou-se a entrevista semi-estruturada com enfermeiras, auxiliares de enfermagem e coordenadoras de cinco Centros de Saúde do município, além de observação participante do trabalho de enfermagem nessas mesmas unidades. A análise dos dados obtidos revelou três categorias centrais de análise: Transformações no Trabalho de Enfermagem, Necessidades de Saúde e Acolhimento. Cada uma delas foi discutida e decomposta em estruturas relevantes no sentido de revelar os elementos constitutivos do processo de trabalho (objeto, finalidade, meios, instrumentos e trabalho em si). A análise mostrou que a implementação do Projeto Paidéia nas unidades pesquisadas resultou em transformações no trabalho de enfermagem. No entanto, o processo de trabalho continua tendo freqüentemente como objeto o corpo biológico individual e as manifestações do seu desgaste, recortado com os saberes e práticas advindos da Clínica médica, sem reconhecer de fato a complexidade das necessidades de saúde dos usuários, conseqüentemente logrando pouco sucesso em sua satisfação. A superação dessas questões é necessária para a reconstrução da intervenção de Enfermagem em Saúde Coletiva na produção de serviços de saúde que tenham como objeto os perfis epidemiológicos do coletivo e consigam alcançar a finalidade de transformar esses perfis.

**Palavras-chave:** Práticas de enfermagem, Saúde Coletiva, Saúde da Família, Processo de Trabalho.

## ABSTRACT

Based on the Public Health theoretical framework, this research paper aims to analyze the nursing work carried out by Health Centers in the City of Campinas (São Paulo, Brazil) in a moment that the health care model is undergoing changes fostered by the Paidéia Family Health Project (PFHP). More specifically, an understanding of the changes in the nursing working process after PFHP's implementation was sought together with an identification of the nursing practice object, aims, means, tools and work in itself. Data were gathered by means of semi-structured interviews with nurses, nursing aides and coordinators in five Health Centers as well as by participant observation. Three major analytical categories emerged from data analysis: Changes in the Nursing Work, Health Needs and Receptivity, which were all discussed and subdivided into relevant structures in order to get the constituting components of the nursing work (namely, the object, aims, means, tools and the work in itself). Although the PFHP's implementation in the Health Centers under study was shown to cause changes in nursing work, the nursing work process still focuses mainly on the individual biologic body and the wear and tear on it, being largely approached with knowledge and practice stemming from the Clinical view, thus failing to both truly recognize the complexity of the users' health needs and successfully meet his/her full needs. Such difficulties must be overcome if the Public Health Nursing intervention is to be reconstructed in order to provide health services focused on the collective epidemiological profile and designed to their successful improvement.

**Key words:** Nursing Practice, Collective Health, Family Health, Work Process

- As tecnologias de atenção à saúde são pautadas pelo saber biomédico.
- As relações têm a doença como eixo principal.
- Tem havido a incorporação de tecnologias de ‘uso hospitalar’ para a produção de ações de saúde na rede básica. [...]
- O trabalho coletivo é ainda tomado como um somatório de ações particularizadas.
- O social é tomado como externo aos sujeitos – a-histórico.
- O modelo hegemônico de atenção à saúde é o modelo médico individual curativo. [...]
- A qualificação é focalizada para o ato e desvinculada de um processo de educação continuada.
- Há normatização das ações a partir das necessidades dos setores.
- O quantitativo tem maior representação na produção das ações.

Entendemos, então, que o processo de trabalho da enfermagem na rede básica, tanto no município de Campinas, quanto em outros contextos no país, ainda se encontra fortemente submetido à lógica do modelo centrado nos saberes e atos médicos, na produção de procedimentos, na dimensão biológica do processo saúde-doença e na dimensão curativa da atenção à saúde, no mesmo sentido da análise teórica feita por QUEIROZ e SALUM (2001, p. 19) a respeito da situação do saber/fazer da enfermagem na contemporaneidade:

A prática de enfermagem hoje, se situa muito mais no nível da **execução** dos projetos de saúde, seja sob a ótica clínica, seja sob a ótica epidemiológica do que no nível de **co-participação** de sua construção. Sua especificidade se caracteriza muito mais por oferecer infra-estrutura para a prática médica, ou executando prática suplementar à prática médica, ou procedimentos *elementares* para complementar tal prática, ou ainda, para o gerenciamento burocrático das instituições de saúde, reproduzindo o conteúdo fortemente arraigado que historicamente a

# INTRODUÇÃO

## O TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

O objeto deste estudo é o processo de trabalho de enfermagem que se desenvolve nos Centros de Saúde (CS) do município de Campinas a partir da implementação do Projeto Paidéia de Saúde da Família. Para compreender as transformações empreendidas no trabalho de enfermagem a partir da proposição desse novo modelo, entendemos ser necessário caracterizar o trabalho de enfermagem antes dessa proposta.

Essa caracterização, neste momento, constitui-se em uma aproximação inicial, uma tentativa de estabelecer um ponto de partida para a análise, a partir das proposições feitas por outros autores que se dedicaram ao estudo do trabalho de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no próprio município de Campinas ou em outras realidades que podemos tomar como similares.

Dessa forma, utilizaremos as indicações feitas em duas investigações acerca das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva, sendo que, em uma delas, os autores tomaram como campo de investigação o próprio município de Campinas (SILVA *et al.*, 2001) e, na outra, propuseram-se a analisar as práticas de enfermagem em diversos contextos no país (PEREIRA *et al.*, 2000).

Em SILVA *et al.* (2001, p. 989), encontramos que

os serviços de enfermagem organizam-se em seis áreas principais: administração, coordenação de recursos humanos, educação de pessoal, informática, administração em saúde e vigilância em saúde. A intervenção das enfermeiras tem se dirigido às diversas áreas, mas continua centrada nas consultas médicas, com pequena ênfase em atividades coletivas e de promoção à saúde.

Reiterando a afirmação anterior, PEREIRA *et al.* (2000, p. 81) mostraram que, embora haja avanços e conquistas nas práticas em saúde, ainda há muito a avançar, uma vez que:

gestão, controle social, número suficiente de trabalhadores, adequação do espaço físico e das instalações, recursos tecnológicos adequados e disponíveis etc.

- no desenvolvimento dos trabalhadores: formação contínua, valorização profissional real, salário justo etc.
- na avaliação do sistema de saúde e dos resultados obtidos com as políticas, projetos, programas e ações implementadas e monitoramento das condições de saúde da população.

A definição do objeto para este estudo partiu do interesse em analisar o trabalho de enfermagem na rede básica do município entendendo que a implementação do Projeto Paidéia nas unidades poderia servir como desencadeador de transformações efetivas no processo de trabalho de enfermagem.

movimentação em torno da implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família na unidade.

O Projeto Paidéia constituía a proposta da equipe de gestão que assumiu a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas no início de 2001, para alteração da forma de prestar assistência à saúde da população na rede básica.

Tendo tido já outras oportunidades de contato com a rede básica do município e também com essa mesma unidade, em momentos anteriores, pude perceber, na época, algumas mudanças mais perceptíveis a um primeiro olhar na organização do trabalho da unidade, decorrentes da implementação desse projeto: distribuição dos trabalhadores em Equipes de Referência; adscrição da clientela por local de moradia; incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde à equipe da unidade, bem como de médicos generalistas; estruturação do Acolhimento como uma nova atividade ofertada para a população e desenvolvida pela equipe de enfermagem; aumento no número de visitas domiciliares realizadas pelos trabalhadores de saúde; adoção de prontuários familiares; estruturação de um colegiado gestor da unidade, dentre outras.

Pareceram-me na época mudanças significativas na forma de organizar o trabalho na unidade e, mais especificamente, o processo de trabalho de enfermagem. No entanto, interessava-me saber se a implantação do Projeto Paidéia nos Centros de Saúde da rede municipal significava uma mudança efetiva na forma como a enfermagem contribui no processo de produção de ações que atendam às necessidades de saúde da população e desta forma promovam alterações significativas nas condições de saúde da totalidade dos moradores sob a responsabilidade do Centro de Saúde.

Entendia, na época, que o Projeto Paidéia tinha potencial para desencadear um movimento interessante dentro das unidades de saúde para a construção de um modelo de atenção centrado no usuário e em suas necessidades, desde que adequadamente implementado, o que entendo que significa, em linhas gerais, haver investimentos simultâneos:

- nas condições institucionais: formas ágeis e flexíveis de organização e funcionamento do sistema de saúde, políticas democráticas de

## APRESENTAÇÃO

As lutas e conquistas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) datam já de alguns anos, no entanto, podemos afirmar que estamos ainda em um momento de disputa no campo das práticas para viabilizar modelos tecno-assistenciais que operacionalizem, de fato, os seus princípios. Apesar do investimento e dos esforços despendidos pelos atores envolvidos nesse processo de construção e constante reflexão sobre as formas de pensar e fazer o SUS, o retorno obtido nem sempre é o esperado, principalmente quando o objetivo final é a satisfação de necessidades de saúde e, conseqüentemente, uma alteração efetiva na situação de saúde da população.

Não são poucas nem tampouco simples as razões que explicam esse quadro. Entendemos que esse é um processo histórico que acumula uma série de conquistas e exemplos de iniciativas bem sucedidas, resultantes dos esforços conjuntos de pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários, comprometidos com esse projeto maior. Entendemos que o SUS, bem como qualquer modelo assistencial que pretenda operacionalizá-lo, é construído fundamentalmente no cotidiano dos serviços de saúde, no dia-a-dia dos trabalhadores do setor, no encontro entre trabalhadores e usuários. As produções teóricas da Academia e as políticas públicas para o setor só têm razão de ser se forem discutidas, experienciadas e implementadas no cotidiano de cada serviço de saúde, de cada equipe e de cada trabalhador, no momento em que se relacionam com os usuários para produzir ações de saúde.

No final do ano de 2002, cursando o último semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, tive a oportunidade de estar em contato mais próximo e por um período maior com os trabalhadores de enfermagem de um Centro de Saúde da rede municipal de Campinas, em razão das atividades práticas da disciplina “EN812 – Estágio Supervisionado em Administração em Unidades Básicas de Saúde”. Durante o período em que essas atividades se desenvolveram, grande parte daquilo que despertou minha atenção na relação com esses trabalhadores dizia respeito à

institucionalizou na sociedade brasileira, a despeito das rupturas na esteira do movimento da Reforma Sanitária.

Esse modelo, que hoje temos como hegemônico na organização dos serviços de saúde, é denominado por FRANCO e MERHY (2003) como “procedimento-centrado”. Trata-se de uma lógica em que a satisfação das necessidades de saúde dos usuários é colocada em segundo plano e que o compromisso da assistência à saúde é com a produção de procedimentos. “A assistência à saúde confunde-se, portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associados à crescente medicamentação da sociedade” (FRANCO e MERHY, 2003, p. 73). Nesse modelo, como expõem os autores, a atividade central do processo de trabalho em UBS é a consulta médica e é a partir dela que derivam outros serviços executados por outros profissionais. Os saberes e atos médicos estruturam e comandam os processos de trabalho desses outros profissionais, afetando sua autonomia para o trabalho assistencial, mesmo daquelas atividades previstas nas respectivas legislações profissionais.

É possível inferir, portanto, que, no trabalho de enfermagem na rede básica de Campinas, também podemos identificar as marcas desse modelo hegemônico. O Projeto Paidéia, enquanto modelo que se propõe a romper com as práticas tradicionais pautadas pelo modelo hegemônico de produção de serviços de saúde, supostamente deveria ter potencial para desencadear um movimento de questionamento e transformação da prática dos trabalhadores nos serviços de saúde.

## **O PROJETO PAIDÉIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

O Projeto Paidéia de Saúde da Família surge, no município de Campinas, em agosto de 2001, como um projeto político da equipe que assumira a SMS no início desse mesmo ano, como proposta para a construção de um modelo de atenção à saúde no município centrado no usuário, voltado para a saúde da coletividade, mas também atendendo as necessidades de saúde individuais,

preocupado com o desenvolvimento da autonomia dos usuários e das comunidades em relação à sua própria saúde (CAMPINAS, 2001a).

O Projeto Paidéia estabeleceu algumas diretrizes para a reorganização da atenção básica em Campinas, incorporando alguns aspectos do Programa de Saúde da Família nos moldes do Ministério da Saúde, mas guardando especificidades em respeito às características da rede básica já instalada no município.

Apresentamos essas diretrizes a seguir, conforme foram descritas no documento **“Projeto Paidéia de Saúde da Família: diretrizes para debate e reelaboração”** (CAMPINAS, 2001a), que foi o primeiro produzido pela SMS, o único a que tivemos acesso durante o período de coleta de dados que tratava especificamente das diretrizes do Projeto e que acabou servindo como a principal fonte escrita de informação sobre o Projeto também para os gerentes e trabalhadores das unidades.

Além desse, tivemos dificuldade, durante o período de coleta de dados, em localizar outros documentos institucionais que detalhassem mais essas diretrizes em termos operacionais. Obtivemos alguns documentos por intermédio da Secretária Municipal de Saúde que, no entanto, também não especificam com maiores detalhes questões referentes à organização do processo de trabalho para incorporar essas diretrizes, que pudessem servir de referência para esta pesquisa e, principalmente, de apoio para os trabalhadores da rede no processo de implantação do projeto nas unidades.

Para tentar aprofundar as discussões relativas à proposta de mudança do modelo de atenção representada pelo Projeto Paidéia, utilizaremos as proposições de Gastão Wagner de Sousa Campos (CAMPOS, 1992, 2000, 2003; CARVALHO e CAMPOS, 2003), que era Secretário Municipal de Saúde no início da gestão em que o Projeto Paidéia foi proposto e implementado, e, portanto, pode ser considerado um dos principais responsáveis pela elaboração das diretrizes do Projeto. Essa afirmação encontra respaldo no fato de que os documentos disponíveis na SMS sobre o Paidéia durante o período de coleta de dados eram de sua autoria, tendo inclusive sido publicados em CAMPOS (2003).

## **Cadastro de Saúde da população e vinculação das famílias a Equipes Locais de Referência<sup>1</sup>**

De acordo com CAMPINAS (2001a), todas as famílias residentes na área de abrangência de cada CS deveriam ser cadastradas de acordo com a proposta do Ministério da Saúde, acrescentando alguns dados de interesse específico da SMS, para que fossem classificadas quanto ao risco familiar e individual e vinculadas a Equipes Locais de Referência.

Os profissionais dos Centros de Saúde passaram a ser organizados nessas Equipes Locais de Referência, responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, e Equipes de Apoio Matricial, responsáveis por cooperar com as Equipes de Referência em áreas específicas (como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação etc.). Estabeleceu-se que cada Equipe multiprofissional com prática interdisciplinar, com objeto e objetivos comuns, teria autonomia relativa para pensar e organizar o processo de trabalho e estabelecer projetos terapêuticos.

Essas Equipes de Referência foram organizadas a partir de dois modelos: clássica e ampliada. A equipe clássica era formada por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e quatro agentes de saúde, responsáveis por 700 famílias ou 3500 pessoas. A equipe ampliada era composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, pediatra, gineco-obstetra, dentista, auxiliar de consultório dentário e oito agentes de saúde, responsáveis por 1400 famílias ou 7000 pessoas (CAMPINAS, 2001a).

Não há, no Paidéia, o estabelecimento de um número fixo de auxiliares de enfermagem, assim, estes foram distribuídos nas equipes de acordo com a quantidade de pessoas adscritas a cada uma delas, variando também de acordo com a disponibilidade de trabalhadores na unidade.

CAMPOS (1992) indica duas justificativas centrais para a organização dos serviços de saúde baseada na conformação de Equipes de Referência. A primeira

---

<sup>1</sup> Utilizaremos aqui, e nos demais itens a seguir, a denominação empregada no documento CAMPINAS (2001a) para nos referirmos às diretrizes do Projeto Paidéia de Saúde da Família, mesmo considerando que algumas delas mereçam ser melhor construídas, tomando-se os referenciais teóricos dos campos da educação e da epidemiologia, por exemplo.

seria a de romper com a divisão do trabalho em saúde de acordo com recortes verticais que compõem segmentos estanques por categoria profissional. E a segunda reside na idéia de responsabilizar cada equipe por problemas bem delimitados e pelo planejamento e implementação de ações visando aumentar a resolução de problemas de saúde. Para isso, um certo número de usuários seria adscrito a cada uma dessas equipes que ficariam responsáveis pelo atendimento integral, tanto nas intercorrências e atendimentos eventuais, quanto de maneira mais abrangente, em grupos, seguimentos de rotina, conforme a especificidade de cada situação. O autor salienta ainda que essas equipes, além do atendimento aos usuários adscritos, têm como responsabilidade também o atendimento à demanda espontânea e pelas intervenções sobre problemas coletivos.

A adscrição, nas discussões de CAMPOS (1992) e CAMPOS e CARVALHO (2003), é realizada de forma espontânea pela população em geral, através da escolha da equipe de referência. Em CARVALHO e CAMPOS (2003), propõe-se, inclusive, o direito à escolha do médico pelo usuário e, em consequência, da equipe de referência à qual esse médico é vinculado. As únicas exceções seriam em relação às populações de risco, em que poderia haver a indução da adscrição a determinada equipe, e em relação à adscrição por local de moradia (territorialização), que pode ser também induzida para otimizar a realização de atividades extra-muros, mas respeitando, quando possível, a opção do usuário.

Na proposta do Projeto Paidéia, a área de abrangência dos Centros de Saúde foi dividida em territórios e as famílias ali residentes foram vinculadas a uma Equipe de Referência, de forma que não lhes é apresentada a opção pela equipe ou por profissionais específicos, ou seja, prevalece a adscrição exclusivamente por território.

### **Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local**

Segundo CAMPINAS (2001a), clínica ampliada é a redefinição do objeto, dos objetivos e dos meios de trabalho da atenção à saúde individual, familiar ou de grupos com vistas a ampliar a capacidade resolutiva da rede básica em relação aos problemas de saúde tanto individuais quanto coletivos.

Essa forma de orientação do trabalho busca superar a clínica que tem como objeto apenas a doença e também considera que todo profissional que cuida de pessoas realiza clínica: o enfermeiro, o psicólogo, o médico etc. A Clínica Ampliada considera os aspectos orgânicos, subjetivos e sociais na compreensão do processo saúde-doença, logo, intervir nessa perspectiva “implica ampliar os meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, descentrando-a do uso quase que exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de reconstrução da subjetividade” (CAMPINAS, 2001a).

Em relação à Clínica Ampliada, CAMPOS (2003, p. 117) afirma que a ampliação da Clínica deve orientar-se segundo duas perspectivas:

Primeira, buscar sempre a máxima eficácia, com o menor custo e o menor grau de iatrogenia possível (evitar danos decorrentes das terapêuticas adotadas); segunda, ampliar a prática clínica de modo que ela contribua para o aumento da capacidade de autocuidado e da autonomia dos usuários, considerando que o ‘objeto’ da atenção não é somente a doença ou o risco de adoecer, mas pessoas que vivem em um contexto familiar, cultural, econômico e social específicos. Ampliar o espectro terapêutico das equipes de saúde [...], incorporando, ao cotidiano, ações de educação e de promoção em saúde, valorizando o seguimento longitudinal (ao longo do tempo) com clara atribuição de responsabilidades (vínculo) pelo processo de saúde e doença do sujeito e não somente pela realização do procedimento ‘a’ ou ‘b’.

A Clínica Ampliada pressupõe, ainda, a existência de várias modalidades de clínica, realizadas pelos diversos profissionais com formação específica, e também depende do trabalho em equipe e, em especial, da interação interdisciplinar entre essas diversas formas de fazer Clínica (CAMPOS, 2003).

A clínica ampliada é considerada um instrumento potente para a ampliação das ações de saúde coletiva no nível local. Outra estratégia que foi definida nesse sentido foi a criação de Núcleos de Saúde Coletiva (NSC) em cada UBS – tendo

sido estabelecida sua composição por profissionais com formação em Saúde Pública e Agentes Comunitários de Saúde – que trabalhariam como apoiadores das Equipes de Referência, mas também desenvolveriam ações diretas sobre grupos, instituições, ambiente etc.

Com relação aos Núcleos de Saúde Coletiva, CAMPOS (1992) faz indicações acerca do que chama de “equipes de apoio de Saúde Pública”, que nos parecem ser semelhantes aos Núcleos de Saúde Coletiva propostos no Projeto Paidéia.

Essas equipes de Saúde Pública, para CAMPOS (1992), têm como justificativa a necessidade de o nível local assumir cada vez mais a responsabilidade por essas ações de impacto sobre a saúde da coletividade. A necessidade de profissionais especialistas em Saúde Pública justifica-se pela consideração de que esse é um campo especializado e que, portanto, os profissionais de saúde sem essa preparação não teriam competência técnica, nem tempo disponível, para desenvolver de forma completa ações nesse sentido.

O autor define ainda as atribuições dessa equipe de apoio, que, consideramos também como atribuições do Núcleo de Saúde Coletiva:

As atribuições específicas dessa área seriam a de realizar de forma sistemática e planejada a vigilância epidemiológica e a sanitária, contribuir para o processo de planejamento procedendo à elaboração de diagnósticos de morbidade e mortalidade, avaliação da eficácia dos serviços e dos graus de riscos dos vários agrupamentos populacionais, dirigir e coordenar ações específicas voltadas para o controle ou erradicação de doenças de massa e dar apoio a todos que trabalhem o tema da formação de uma nova consciência sanitária entre os trabalhadores da saúde e a população. (CAMPOS, 1992, p.162)

Apesar da diretriz específica sobre a formação dos Núcleos de Saúde Coletiva estabelecer que eles deveriam ser compostos por profissionais com formação em Saúde Pública, a falta de disponibilidade desse tipo de profissional nas unidades acabou por determinar uma adaptação nessa composição. Na maioria dos CSs a equipe do NSC foi formada por representantes de cada uma das Equipes

de Referência da unidade, a coordenadora, as enfermeiras e os Agentes Comunitários de Saúde, com alguma variação de uma unidade para outra.

### **Acolhimento e responsabilização**

De acordo com CAMPINAS (2001a, p. 4)

Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de colocar limites necessários.

Além dessa concepção ampliada, inicialmente o documento afirma ser necessário considerar também o acolhimento em um sentido mais restrito – como garantia de acesso e qualificação da recepção dos Centros de Saúde. Estabelece também que a recepção, necessariamente, deve ser técnica, para realizar avaliação clínica dos casos, não devendo ser a ordem de chegada o critério principal para o atendimento dos casos, mas sua gravidade e o sofrimento do usuário. A função do Acolhimento, segundo a diretriz do Paidéia, é avaliar os riscos e as necessidades de saúde de cada usuário que procurar o serviço, resolver os casos da competência do profissional que estiver realizando o Acolhimento, encaminhar os usuários, quando necessário, para outras atividades dentro da própria UBS ou serviços de referência. A Equipe de Referência deve responsabilizar-se pelo sucesso do encaminhamento e pelo acompanhamento do caso, mesmo quando referido para outro serviço.

Consideramos que o Acolhimento entendido nesse sentido restrito, conforme definido em CAMPINAS (2001a) – como estratégia de recepção e atendimento da demanda espontânea – guarda similaridades com os mecanismos que CAMPOS (1992) propõe para atendimento de eventuais e casos novos, indicando duas soluções possíveis. A primeira seria o compromisso que cada equipe assumiria de “atender um certo número de casos eventuais e manter um

espaço não-estruturado no seu processo de trabalho, de forma a absorver novos problemas da região”. Outra possibilidade é a organização de pequenos “pronto-atendimentos” e de núcleos responsáveis por receber e avaliar a demanda espontânea, a partir de onde os usuários poderiam ser encaminhados para as Equipes de Referência. Nessa última opção, CAMPOS (1992) salienta a necessidade de rodízio dos profissionais responsáveis por esse atendimento, pois considera que o trabalho em esquema de pronto-atendimento “é desgastante e pouco estimulante para a realização e o crescimento técnico-profissional”.

### **Sistema de Co-gestão**

O Projeto Paidéia propunha uma concepção de gestão participativa, entendendo que esse é um instrumento poderoso na construção da eficácia e da eficiência do serviço, além de ser uma diretriz ético-política fundamental. A gestão, nessa perspectiva, racionaliza os meios para atingir um fim, mas é também uma forma de democratizar o poder, motivar e educar os trabalhadores. Nesse sentido, a proposta era de operar com um sistema de co-governo formado pelos Conselhos Locais de Saúde, colegiados de gestão, dispositivos variados (oficinas, reuniões por categoria profissional, assembléia etc.) e gestão democrática cotidiana, sendo que cada um desses espaços deve ser deliberativo no seu âmbito de governo.

Com relação ao sistema de co-gestão, CAMPOS (2003) toma a gestão como espaço fundamental de reorganização dos sistemas de saúde, desde que não se restrinja apenas aos seus aspectos administrativos e financeiros, devendo privilegiar a gestão de processos de trabalho – “a forma concreta como se reordenam modelos”.

CAMPOS (2000) afirma que a co-gestão baseia-se na idéia de que a gestão é uma tarefa coletiva e não apenas de uma minoria detentora do poder ou formada por especialistas. O autor considera ainda que o exercício do co-governo depende da produção de Espaços Coletivos com três funções básicas:

- uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso;

- outra de caráter político, a co-gestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições;
- e ainda uma pedagógica e terapêutica. A capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos. [...] Os Espaços Coletivos também como lugar de reflexão crítica, produção de subjetividade e constituição de Sujeitos. (CAMPOS, 2000, p. 14)

CAMPOS, R. (2003) destaca a necessidade de criar espaços para a gestão, onde se possa experimentar tomar decisões coletivas e formular projetos, dentro das organizações. A autora faz a distinção desses espaços entre “arranjos” e “dispositivos”. Os arranjos são tidos como espaços com certa estruturação e permanência, que possam ser institucionalizados, como colegiados de gestão e unidades de produção, apoio matricial e Equipe de Referência. Os dispositivos têm como objetivo reverter as linhas de poder instituídas e podem surgir na forma de oficinas de planejamento, cursos/treinamento/formação, análise/supervisão institucional, assembléias, entre outros.

### **Capacitação**

Com o apoio das Universidades e dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família, a SMS propunha desencadear um processo de educação continuada que teria como foco as Equipes de Referência e de Apoio, visando ampliar a clínica e mudar a lógica do processo de trabalho. De acordo com CAMPINAS (2001a), os conteúdos básicos da capacitação seriam: “Política de Saúde e o SUS; Clínica Ampliada e Promoção à Saúde; Gestão participativa e trabalho em equipe; O trabalho com famílias; Temas saúde/doença prevalentes: dependência química, violência, hipertensão, diabetes etc.”.

# OBJETIVOS

## **Objetivo geral:**

- analisar, à luz do referencial teórico da Saúde Coletiva, o trabalho de enfermagem em Centros de Saúde do município de Campinas inserido em um momento de transformação do modelo de atenção à saúde impulsionada pelo Projeto Paidéia de Saúde da Família.

## **Objetivos específicos:**

- Caracterizar o processo de trabalho de enfermagem nos cinco Centros de Saúde estudados;
- Identificar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre as transformações no processo de trabalho de enfermagem a partir da implementação do Projeto Paidéia.

# CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

## PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A partir da explicitação do objetivo deste estudo, discutiremos a abordagem utilizada para a aproximação do nosso objeto, que está centrada nos estudos do processo de trabalho em saúde inspirados nos escritos de Marx. A título de introdução, iniciaremos a discussão sobre o processo de trabalho em saúde a partir da definição de trabalho apresentada por MARX (1988):

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. [...] Ele põe em movimento suas forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. [...] O que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto idealmente. [...] Os elementos simples do processo de trabalho são a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seus objetos e seus meios.

Analisaremos alguns aspectos contidos nessa definição, com o auxílio de outros autores que utilizaram esses conceitos. Inicialmente, Marx fala do trabalho enquanto um processo de mediação entre o homem e a Natureza. Para a teoria marxiana, o homem busca, através do trabalho, operar transformações na natureza para satisfazer suas necessidades.

O trabalho no modo de produção capitalista deixa de ser um processo de mediação direta entre o homem e a Natureza simplesmente para satisfazer suas necessidades. Segundo ROIO e SILVA (2003)<sup>2</sup>, o trabalho, nesse modo de

---

<sup>2</sup> [http://www.institutoastrojildopereira.org.br/novosrumos/artigo\\_show.asp?var\\_artigo=61](http://www.institutoastrojildopereira.org.br/novosrumos/artigo_show.asp?var_artigo=61)

produção, assume uma lógica em que o valor de uso do seu produto (mediações primárias) é totalmente subordinado ao valor de troca (mediações de segunda ordem), criando uma nova forma de metabolismo social.

As mediações de primeira ordem dizem respeito à “preservação das funções vitais da reprodução individual e societal; realização das necessidades humanas elementares por meio do constante intercâmbio com a própria natureza” (ROIO e SILVA, 2003). Já as mediações de segunda ordem, conforme os mesmos autores, constituem-se na expansão contínua do valor de troca, que subordina todos os demais, “desde as mais básicas e mais íntimas necessidades individuais até as mais variadas atividades de produção, materiais e culturais [que] devem estar estritamente subordinados”.

Segundo a linha de raciocínio desses autores sobre as mediações de segunda ordem, elas são constituídas pela separação e alienação entre o trabalhador e os meios de produção; pela imposição dessas condições alienadas e objetivas sobre o trabalhador, alheias a ele e que exercem o mando sobre ele; e a personificação do capital como um valor egoísta que visa o atendimento dos imperativos expansionistas do próprio capital. Desse modo, as formas de mediação de primeira ordem são subordinadas ao objetivo maior de reprodução do capital e os momentos de execução/produção e planejamento/controlado do processo de trabalho são radicalmente separados.

Trazendo essas questões para a compreensão do trabalho em saúde, entendemos que ele possui características que o diferenciam, por exemplo, do trabalho em uma fábrica, na feira ou na agricultura. Vejamos, então, que características são essas a partir das idéias apresentadas por MERHY (1997).

Primeiramente, no caso do trabalho em saúde, temos que o consumo pelo usuário do produto do trabalho dá-se imediatamente no momento da produção da ação, “esta não está sendo ofertada no mercado como coisa externa, que ‘se vai e pega’”. Sendo assim, MERHY aponta para a construção de um “espaço interseção” no momento da produção/consumo em saúde. Esse espaço interseção é o momento de encontro e de negociação entre o trabalhador e o usuário (seja ele

---

individual ou coletivo), em que cada um deles vem instituindo necessidades e modos “capturados” de agir. Essa captura refere-se a um certo comando exercido pelo trabalho morto (tecnologias duras e leve-duras), pelas necessidades sociais que dão origem ao processo de trabalho e pelas formas de satisfazê-las, sobre o trabalho vivo, que passa a não poder gozar de autonomia plena para produzir de forma livre, como lhe convier.

No caso do trabalho em saúde essa autonomia é mais ampla do que em outras formas de trabalho (como a do artesão que vende seu produto no mercado ou o operário na fábrica, esse último totalmente capturado pelo modo capitalista de produzir bens materiais). Mesmo quando o trabalho em saúde se dá em instituições privadas, que visam a produção de mais valia, ou seja, de lucro. Isso ocorre porque a produção final de ações de saúde se dá de forma “quase-estruturada”, justamente porque, nesse processo interseçor de que falamos, há uma relação peculiar entre produção, consumo e necessidades. Essas dimensões relacionam-se dinamicamente nesse momento, havendo uma possibilidade reduzida de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto e pelas necessidades, em comparação com outras formas de trabalho, como já dissemos.

Num serviço de saúde, de acordo com MERHY (1997), não é possível desenvolver técnicas para capturar plenamente o trabalho vivo, o autogoverno dos trabalhadores, pelas próprias características tecnológicas do trabalho em saúde. Vejamos um exemplo apresentado pelo autor que demonstra muito bem a capacidade de “autogoverno” dos trabalhadores da saúde:

Mesmo o vigia [do serviço de saúde] domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo ‘autogoverno’ para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado como o ‘modo de atuar’. Pois ele pode ter uma relação mais ‘acolhedora’ ou não, pode decidir se ‘quebra o galho’ daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor ‘necessidade’ por serviços e assim por diante. E, deste modo, como qualquer outro trabalhador da saúde pode interferir

claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo o processo. (MERHY, 1997, p.76)

Configura-se, então, uma dinâmica complexa no interior dos serviços de saúde, em que os gerentes não conseguem – e nem mesmo deveriam desejar – desenvolver estratégias para capturar totalmente o trabalho vivo e anular a capacidade de autogoverno dos trabalhadores da saúde, porque isso é **impossível** nesse tipo de trabalho humano. Diferentemente, por exemplo, do que ocorre numa linha de produção em uma fábrica, onde as técnicas desenvolvidas principalmente no bojo da Administração Científica e Clássica, mas também em diversos outros modelos da Teoria Geral da Administração, buscam constantemente aprisionar o trabalho vivo ao trabalho morto e lograram, deve-se infelizmente reconhecer, grande sucesso nessa tarefa (MERHY, 1997).

Temos uma situação complexa em que não podemos deixar de considerar essa dimensão subjetiva, verdadeiramente humana do trabalho, porque ela existe a despeito da vontade que possamos equivocadamente ter de que o trabalhador deixe de pensar e de decidir. O próprio MERHY (1997, p. 98) afirma que um serviço de saúde é necessariamente um cenário complexo, em que temos “um conjunto de autogovernos em operação, o jogo de interesses organizados como forças sociais, que atuam na micropolítica do processo de trabalho, cotidianamente, e as ‘cabeças’ presentes nesse cenário”.

Um aspecto fundamental para o estudo do processo de trabalho em saúde refere-se ao trabalho, nessa perspectiva, responder a necessidades humanas. O trabalho em saúde, assim como todas as formas de trabalho humano, constitui-se um processo “intencional”, ou seja, um processo que corresponde a um carecimento que o produto desse mesmo processo é capaz de satisfazer. O que diferencia o trabalho humano dos processos de transformação casuais – como a transformação que ocorre quando o fogo consome um objeto de madeira – e daquelas realizadas pelos animais – como a construção de um favo por abelhas –, por exemplo, é justamente esse “pôr teleológico”, essa subordinação de todo o processo a uma finalidade posta. O que caracteriza e diferencia, portanto, o trabalho humano de outras formas de transformação é o fato de ele ser guiado por

uma necessidade que o precede e que o conduz, no sentido da produção de “algo” que possa suprir essa necessidade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

MENDES-GONÇALVES (1992) discute também a relação de circularidade entre processo de trabalho e necessidades, ou seja, a relação dialética entre eles, quando afirma que o carecimento antecede o processo de trabalho que, por sua vez, determina-se como produtor de carecimentos. Significa dizer que o processo de trabalho vem responder a uma necessidade primeira, transformando um objeto recortado tendo por referência essa necessidade em um produto capaz de satisfazer aquela necessidade anterior. E essa necessidade, uma vez satisfeita, amplia-se e o processo de trabalho dá origem a outras necessidades que para serem satisfeitas demandarão outros processos de trabalho.

Se, de acordo com MENDES-GONÇALVES (1992, p.19), “as necessidades aparecem como aquilo que precisa ‘necessariamente’ ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser”, então temos que as necessidades que dão origem ao processo de trabalho em saúde dizem respeito a aquilo que “necessariamente” precisa ser satisfeito para que os indivíduos mantenham, melhorem e/ou recuperem sua saúde. Isto posto, cabe aqui algumas considerações a respeito da concepção do processo saúde-doença que orienta esse trabalho, que servirá como referência para o entendimento de que necessidades são essas e de que forma elas podem ser satisfeitas, no âmbito específico dos serviços de saúde, visto que nem todas as “necessidades de saúde” são ou podem ser resolvidas nesse âmbito restrito.

Adotamos, neste estudo, a concepção do processo saúde-doença sobre a qual se constituiu o campo da Saúde Coletiva, que buscou a construção de um corpo de conhecimentos que conseguisse superar as propostas da Clínica e da Epidemiologia tradicional, que se fundamentavam em uma concepção do processo saúde-doença eminentemente biológica. Oposta a essa explicação meramente biológica, a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença explica que a inserção dos grupos sociais no processo de reprodução social, nos seus momentos de produção e consumo, determina perfis saúde-doença característicos para cada um desses grupos e que a dimensão biológica

não explica por si o processo saúde-doença, ou seja, reconhece como determinantes do processo saúde-doença os perfis de reprodução social (QUEIROZ e SALUM, 1996).

Trabalhar em saúde tendo como foco as necessidades pressupõe ter em vista os determinantes do processo saúde-doença e também os seus resultados (o problema de saúde instalado). Trata-se de identificar e intervir, como dissemos anteriormente, sobre necessidades que precisam necessariamente ser satisfeitas para a manutenção, recuperação ou melhoria da situação de saúde de indivíduos e coletivo.

A identificação de necessidades de saúde requer a identificação e intervenção sobre os perfis de reprodução social e perfis de saúde-doença dos indivíduos e dos grupos sociais a que pertencem e que determinam os potenciais de fortalecimento e desgaste, tendo como objetivo transformar os perfis epidemiológicos do coletivo.

A partir desses delineamentos iniciais a respeito do trabalho em saúde, consideramos adequada a definição de enfermagem exposta por ALMEIDA (1991, p.11), que, para nós, é convergente com o quadro teórico exposto acima:

A enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada por homens que precisam dela pra reproduzirem sua própria existência e utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico (cuidado de enfermagem?) visualizando o produto final, ou seja, atender às necessidades sociais e no caso da saúde a recuperação do indivíduo ou o controle da saúde ao nível da população.

Entendemos, portanto, que a enfermagem é um trabalho, uma prática social, e é a partir dessa concepção acerca da enfermagem que analisaremos nosso objeto de estudo.

## TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

Tendo em vista que nosso objeto de estudo é o trabalho de enfermagem em Centros de Saúde do município de Campinas, a partir de um recorte que o compreende inserido em um momento de implementação de uma estratégia que tem como objetivo construir um modelo de atenção usuário-centrado, adotamos o referencial teórico da Saúde Coletiva como ferramenta analisadora de nosso objeto. Diversos autores da enfermagem têm se dedicado à produção teórica no campo da Saúde Coletiva, propondo interpretações diversas acerca da intervenção específica da enfermagem nesse campo. Adotaremos, neste estudo, as proposições acerca do trabalho de enfermagem desenvolvidas por QUEIROZ e SALUM (1996), que trabalham na perspectiva do “monitoramento em saúde”<sup>3</sup> para reconstruir o objeto, os meios e instrumentos de trabalho e o trabalho em si da Enfermagem em Saúde Coletiva.

Partiremos das considerações feitas pelas autoras a respeito do processo de produção de serviços de saúde que tem:

- a) como **objeto**, os *perfis epidemiológicos – perfis de reprodução social e perfis saúde-doença* – do coletivo na sua totalidade, nos *grupos sociais homogêneos* e na sua singularidade;
- b) como **finalidade**, a transformação destes perfis, visando o aperfeiçoamento dos processos saúde-doença no coletivo;
- c) como **meios e instrumentos**, os espaços de ação, os recursos materiais e tecnológicos e a força de trabalho em saúde, que pauta sua ação no modelo assistencial proposto pelo SUS, que, fundamentalmente, sobredetermina também a organização e a divisão do trabalho;
- d) como **trabalho em si**, os atos realizados pelo conjunto de trabalhadores da saúde orientados por um projeto que articula a clínica e a epidemiologia, sob a perspectiva do *pensamento social*

---

<sup>3</sup> Segundo QUEIROZ e SALUM (1996, p. 15), “monitorar/acompanhar as condições de saúde da totalidade dos habitantes significa exercer o *monitoramento em saúde* do coletivo (...), caracterizando os *perfis epidemiológicos – perfis de reprodução social e perfis saúde-doença* dos *grupos sociais homogêneos* que compõem o coletivo – e neles intervindo visando o aperfeiçoamento dos processos saúde-doença de todos os habitantes do território”.

*em saúde*, e que, na sua articulação, produzem a transformação no objeto. (QUEIROZ e SALUM, 1996, p. 6)

As autoras propõem o coletivo como objeto da Saúde Coletiva, fundamentando-se na noção de que há uma determinação entre processo social e processo saúde-doença e que o vínculo entre esses dois processos se dá através de processos particulares que são simultaneamente sociais e biológicos. Pautam-se, portanto, na concepção da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que o compreende como histórico e social, e identifica que o objeto de estudo da Saúde Coletiva situa-se no âmbito do grupo e não do indivíduo, ou seja, toma o indivíduo como expressão do grupo social no qual está inserido.

Adotar o coletivo como objeto significa compreender que o total de habitantes do território, do município, do estado ou do país é o objeto de estudo/intervenção em Saúde Coletiva e que é preciso considerar essa totalidade e cada indivíduo, sem massificar o todo ou subestimar as partes. Para isso, é preciso compreender indivíduo e coletivo por referência à unidade dialética entre eles, visto que são interdependentes: o indivíduo constrói-se nas relações sociais, sempre por referência ao conjunto de outros indivíduos semelhantes (ou não) a ele, de onde se constitui o coletivo, que não pode ser identificado apenas como a somatória dos indivíduos.

A partir desse entendimento, QUEIROZ e SALUM (1996) propõem a adoção do conceito de *grupos sociais homogêneos* para a compreensão do coletivo, grupos esses que resultam da decomposição do coletivo, a partir de sua inserção social, potencialmente definidora dos perfis saúde-doença da totalidade. O processo saúde-doença dos grupos sociais homogêneos é entendido, portanto, como o embate entre os potenciais de fortalecimento e os potenciais de desgaste, advindos das formas características de Reprodução Social desses grupos, ou seja, das suas condições de vida e trabalho.

Nessa perspectiva, o objeto de estudo e de trabalho da Saúde Coletiva seria, portanto, os perfis epidemiológicos do coletivo e a finalidade desse trabalho seria, assim, o aprimoramento desses perfis, visando a melhoria da situação de saúde do coletivo.

Os meios e instrumentos de trabalho utilizados para atingir essa finalidade, de acordo com QUEIROZ e SALUM (1996), são: o modelo assistencial, o território com seus equipamentos sociais e de saúde, os saberes e a tecnologia em Saúde Coletiva.

O trabalho coletivo e o trabalhador coletivo também são considerados instrumentos do processo de trabalho no processo de produção de serviços de saúde, visto que reconhecemos que o campo da saúde coletiva é multiprofissional e se constrói a partir dos processos cooperativos que se desenvolvem entre os trabalhadores coletivos e que não são apenas a soma dos processos de trabalho parciais e sim o resultado do volume total de trabalho necessário à transformação do objeto.

O trabalho/trabalhador coletivo será resultado do aperfeiçoamento do trabalho interdisciplinar (articulação intra-setorial), da constituição de um projeto que tome como referência os níveis de complexidade (regionalização e hierarquização) e o fluxo e contrafluxo de informações e de usuários (referência e contra-referência). Será ainda produto da integração entre as diferentes instâncias que dão conta do encaminhamento das políticas sociais públicas nos diferentes setores da vida social no território (articulação intersetorial e transetorial). (QUEIROZ e SALUM, 1996, p. 13)

Ainda segundo estas autoras, o modelo assistencial que deve pautar a intervenção em Saúde Coletiva deve articular a Clínica e a Epidemiologia Crítica, objetivando transformar os perfis epidemiológicos do coletivo e romper, ao mesmo tempo, com o modelo *médico assistencial privatista*, voltado para a demanda espontânea, com enfoque curativo, que não possibilita o atendimento integral e não se compromete com um impacto de fato no nível de saúde da população; e com o *modelo sanitarista* e suas formas de intervenção verticais que enfocam o controle de determinados agravos em certos grupos, sem contemplar a totalidade da situação de saúde. O modelo defendido pelas autoras tem como objetivo resolver problemas de saúde com o atendimento de necessidades de saúde, intervindo nos determinantes do processo saúde-doença, através do

monitoramento e avaliação das ações, e não apenas nos seus resultados, a doença e agravos à saúde já instalados.

Essa perspectiva elege o território adscrito como meio privilegiado do processo de produção de serviços de saúde, entendendo que é de responsabilidade do setor saúde intervir no espaço social onde se situa e se transforma o objeto. QUEIROZ e SALUM (1996, p.12) indicam a necessidade de construção de um saber prático que leve em consideração os seguintes aspectos:

- 1) toda intervenção em saúde é intervenção em Saúde Coletiva, dado o caráter multifacetado do objeto (totalidade, *grupos sociais homogêneos* e indivíduo/família): o coletivo é o objeto de todas as práticas sociais em saúde;
- 2) intervir em Saúde Coletiva é intervir nos determinantes do processo saúde-doença e não somente nos resultados, a expressão bio-psíquica;
- 3) intervir no coletivo implica em superar os limites da assistência individual ou à família;
- 4) o coletivo é a totalidade dos habitantes do território e não a demanda dos serviços;
- 5) o coletivo não é homogêneo e a sua heterogeneidade tem como matriz as desigualdades sociais geradas pela inserção social dos grupos sociais homogêneos que comporta;
- 6) as desigualdades étnicas, cronológicas e de gênero também são relevantes para a caracterização das necessidades e problemas do coletivo, devendo-se subordinar a sua análise às desigualdades sociais.

## **TRABALHO EM SAÚDE E NECESSIDADES**

Se alguém trabalha na produção de uma cama porque precisa deitar-se, então, a necessidade está clara, porque é uma necessidade que é do próprio trabalhador e que determina qual “produto” deve ser produzido para que ela seja satisfeita e de que forma, utilizando quais instrumentos, quais saberes operantes

etc. No caso do trabalho em saúde, o processo se dá no sentido da produção, pelos trabalhadores (em constante interação e negociação com os usuários), de ações ou “produtos” que têm como finalidade a satisfação de necessidades de saúde dos usuários, portanto, do “outro”. Compreendemos que as necessidades de saúde devem ser o centro da prática dos trabalhadores de saúde, o que nos leva a concluir que a identificação dessas necessidades é ponto crucial na organização do trabalho em saúde numa lógica centrada no usuário. Somente a partir da identificação de quais são as necessidades de saúde dos usuários, os trabalhadores podem visualizar quais ações de saúde correspondem a essas necessidades e de quais tecnologias será preciso lançar mão.

Tendo em vista a centralidade da questão das necessidades de saúde, nos pareceu fundamental buscar identificar a percepção que os trabalhadores de enfermagem têm a respeito das necessidades de saúde dos usuários das unidades estudadas. Se a necessidade conduz o processo de trabalho no sentido da produção daquilo que responde a essa necessidade anterior, então temos que a finalidade do trabalho é justamente a construção de um produto que atenda a necessidade que lhe deu origem – no caso da saúde, o produto é justamente a intervenção em saúde. É fundamental, portanto, que o trabalhador saiba reconhecer as necessidades de saúde dos usuários que atende, para que possa desencadear ações de saúde que dêem conta dessas necessidades.

Parece-nos adequado tomar como ponto de partida para essa análise, a distinção entre necessidades de saúde e demandas proposta por DUSSAULT e SOUZA (2000), que fazem contribuições fundamentais para essa discussão, quando definem duas formas distintas de organização dos serviços de saúde, quais sejam: em resposta às demandas ou no sentido da satisfação de necessidades de saúde.

Ainda que nosso objeto de estudo não seja, especificamente, a organização dos serviços de saúde, nos parece que essas duas abordagens podem ser utilizadas para compreender também o processo de trabalho de enfermagem. Entender a diferença ente demanda e necessidade e as implicações da orientação

do processo de trabalho de acordo com cada uma delas contribui para analisar a concepção da equipe de enfermagem acerca das necessidades dos usuários.

As indicações que esses dois autores fazem a respeito de cada uma dessas formas de organização são úteis para entendermos o que significa trabalhar tendo como foco demandas ou trabalhar buscando atender a necessidades.

No primeiro caso, a oferta de serviços é regulada pela demanda direta dos usuários, ou seja, “são os doentes (ou as pessoas que assim se julgam) e os seus próximos que, tomando a iniciativa de procurar os serviços, vão fazer com que os prestadores se organizem para esperá-los e atendê-los” (DUSSAULT e SOUZA, 2000, p.3). Nesse caso, o trabalho é orientado para atender os usuários do serviço que o procuram com algum problema de saúde que percebem em si e que julgam que pode ser resolvido pelo serviço de saúde, isto é, a demanda espontânea. O enfoque é, portanto, o problema de saúde, mais precisamente, a doença.

Concordamos com CECÍLIO (2001, p.116) quando diz que a demanda é o pedido explícito que traduz as necessidades mais complexas do usuário, é a necessidade manifesta ou uma forma “travestida” das necessidades:

Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras.

A demanda é, portanto, aquilo que bate à porta dos serviços de saúde. É a forma como o usuário percebe suas necessidades de saúde e as manifesta para os trabalhadores do serviço. Não estamos querendo dizer com isso que a demanda expressa pelo usuário não é necessidade de saúde. De fato, ela pode ser, e talvez possamos afirmar que freqüentemente seja uma necessidade. Mas as necessidades de saúde da população não podem ser reduzidas às solicitações dos usuários que chegam ao serviço.

Em primeiro lugar, porque, conforme afirma CECÍLIO (2001), a demanda freqüentemente é moldada e regulada pela oferta de serviços da unidade – a

própria organização do trabalho e o cardápio de ofertas que é cotidianamente apresentado à população estimula determinadas formas de “tradução” das necessidades de saúde. É o exemplo da solicitação por consulta médica. Como sabemos, historicamente, os serviços foram organizados a partir de um modelo curativo, médico-centrado e medicalizante, ou seja, em que o “serviço-chave” oferecido aos usuários supostamente em resposta às suas necessidades é a consulta médica. A conseqüência disso, no que diz respeito à conformação das demandas da população, é a difusão da noção de que o que resolve problemas de saúde e satisfaz necessidades é a consulta médica e seus desdobramentos mais diretos: consumo de medicamentos, exames laboratoriais, procedimentos técnicos.

Em segundo lugar, porque as demandas individuais por essas “ofertas tradicionalmente percebidas pelos usuários” (CECÍLIO, 2001, p.116) não correspondem à complexidade das necessidades de saúde, nem no âmbito do indivíduo, muito menos da coletividade. A identificação das necessidades de saúde da população passa pela escuta da demanda – que é, inclusive, momento fundamental na interação entre trabalhadores e usuários para identificação e definição das necessidades –, mas é um processo muito mais complexo que não pode ser reduzido a apenas isso. Requer, fundamentalmente, a investigação dos determinantes do processo saúde-doença no que diz respeito àquele indivíduo em particular que procura o serviço, mas também deve levar em consideração, necessariamente, as necessidades de saúde do coletivo.

Estes dois enfoques possíveis – abordagem voltada às necessidades ou às demandas – em geral convivem lado a lado em todos os sistemas de saúde, sendo que o que varia, na realidade, é a predominância de um ou de outro. A abordagem pela demanda traz problemas de eficiência e equidade, visto que as demandas dos usuários são muito sensíveis a diversos fatores que não a condição de saúde, como, por exemplo, “o nível de renda e o *status* social, o nível educacional, a rede de relações sociais e o local de residência dos usuários” (DUSSAULT e SOUZA, 2000, p.3), além da questão já mencionada de que parte da demanda é configurada pelo próprio serviço e pelos trabalhadores de saúde.

Por outro lado, a organização do processo de trabalho orientada para o atendimento das necessidades de saúde da população é mais eficiente e mais eqüitativa, já que, como vimos, é capaz de produzir um impacto positivo na situação de saúde da população (DUSSAULT e SOUZA, 2000).

Entendemos que orientar o processo de trabalho de acordo com as necessidades de saúde da população, e não a partir das demandas trazidas pelos usuários, é realmente uma tarefa complexa. A demanda é explícita, enquanto que a necessidade precisa ser investigada. As necessidades, geralmente, são mais complexas e requerem respostas mais complexas do que aquelas oferecidas à demanda mais direta dos usuários.

DUSSAULT e SOUZA (2000), nessa mesma direção, apontam duas questões relacionadas à organização dos serviços baseada nas necessidades de saúde dos usuários que resultam nessa complexidade a que nos referimos: em primeiro lugar, apontam a dificuldade em cumprir a tarefa complexa de definir, priorizar e monitorar essas necessidades e, em segundo lugar, destacam que a existência de muitos e variados determinantes da saúde torna a ação intersetorial pré-requisito para a atuação sobre as necessidades de saúde.

Acrescentaríamos aí, ainda, outras questões. A organização do processo de trabalho para a satisfação das necessidades de saúde da população exige uma série de fatores, de diversas naturezas, tais como: uma equipe comprometida e capaz de fazer a escuta qualificada dos usuários buscando identificar necessidades; o estabelecimento de uma relação de vínculo e responsabilização entre trabalhadores e usuários que garanta uma interação efetiva no sentido de partilhar a definição das necessidades, negociá-las e buscar alternativas para satisfazê-las; a disponibilidade de um cardápio de ofertas ampliado (na unidade ou em serviços para onde se possa referenciar os usuários) que consiga contemplar a diversidade e os diferentes graus de complexidade das necessidades de saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo – o que inclui, certamente, as ações intersetoriais apontadas por DUSSAULT e SOUZA (2000); trabalho em equipe integrado e baseado na solidariedade e na possibilidade de convergir diversos

olhares e habilidades para a identificação e a satisfação da complexidade das necessidades de saúde dos usuários; entre outros.

A tarefa é complexa, no entanto, é necessário superar essas dificuldades se pretendemos alcançar resultados reais na transformação dos perfis epidemiológicos do coletivo. Trabalhar na perspectiva da satisfação das necessidades de saúde, ao invés de manter o foco de atenção nos problemas, significa:

dar uma feição cada vez mais ampliada e consistente ao projeto que fundamentou a proposição do SUS, tornando-se então imprescindível a superação das ações mais imediatistas, reduzidas e focadas na expressão do desgaste, para que pudessem produzir impacto e resolubilidade diferenciadas, na perspectiva de atacar as raízes dos problemas de saúde. (CAMPOS, 2004, p. 4)

Entendemos, então, que identificar necessidades de saúde é tarefa central para reorganizar o processo de trabalho voltado ao modelo de atenção centrado no usuário e que, conseqüentemente, resulte em impacto positivo na situação de saúde da população. Vimos também que a definição dessas necessidades passa pela identificação dos determinantes do processo saúde-doença e dos fatores de risco para cada indivíduo e para o coletivo e também pela escuta das demandas manifestas pelos usuários.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Este estudo orientou-se pela abordagem qualitativa de pesquisa, por entendermos que o objeto em estudo não pode ser apreendido apenas através de sua dimensão quantitativa, visto que é um objeto histórico e social. A complexidade e a dinâmica dos processos de trabalho só podem ser compreendidas de forma abrangente a partir de suas dimensões qualitativas.

Apresentaremos, a seguir, os procedimentos empregados para a coleta de dados, a caracterização do campo de estudo, das unidades estudadas e dos sujeitos da pesquisa, além dos procedimentos de análise dos dados.

### **A COLETA DE DADOS**

Iniciamos o trabalho de campo solicitando autorização institucional da Secretaria Municipal de Saúde para realização da pesquisa. A partir da concessão da autorização, encaminhamos o projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para avaliação dos aspectos éticos relativos à pesquisa que pretendíamos desenvolver. Obtivemos aprovação através do parecer nº 50603 em 28 de outubro de 2003 e, a partir daí, iniciamos os contatos com as equipes dos distritos de saúde para obter a indicação das unidades.

A coleta de dados desenvolveu-se no período entre 08 de dezembro de 2003 e 30 de janeiro de 2004, tendo como ponto de partida a entrevista realizada com a Secretária Municipal de Saúde, buscando informações a respeito do Projeto Paidéia que nos servissem de subsídio para entender o contexto em que se desenvolviam as práticas de enfermagem.

Com relação à coleta de dados nos Centros de Saúde, iniciamos os procedimentos de entrada no campo através de um contato inicial por telefone com as coordenadoras das cinco unidades para agendarmos um primeiro encontro, com o objetivo de apresentar os objetivos da pesquisa, os procedimentos que seriam realizados para coleta de dados e obter autorização para o desenvolvimento do estudo na unidade. Além disso, nesse primeiro

encontro, solicitamos a colaboração das coordenadoras na concessão de entrevistas e nos fornecendo informações acerca das características das unidades, com dados a respeito do número habitantes na área de abrangência, de equipes de referência, trabalhadores de enfermagem, quais atividades eram oferecidas pelo centro de saúde e horário de funcionamento. Essas informações foram utilizadas para planejar a realização da observação e das entrevistas com os trabalhadores de enfermagem. Todas as coordenadoras das unidades indicadas pelas equipes dos distritos autorizaram o desenvolvimento da pesquisa.

A partir dessa autorização, iniciamos a coleta de dados, que se desenvolveu através de observação participante e entrevista semi-estruturada. Em relação à observação, adotamos a postura de *Participante como Observador*, apresentada por MINAYO (2000), por entendermos que nos oferece mais possibilidades de aproximação do nosso objeto de pesquisa. A autora define essa forma de observação como aquela em que a relação que se estabelece com as pessoas que são observadas restringe-se meramente ao trabalho de campo, no entanto, a participação ocorre de forma profunda, através da observação informal das atividades do cotidiano e da vivência de situações que são julgadas importantes. LIMA *et al.* (1999, p.132) salientam a necessidade de haver empatia, confiança e respeito entre pesquisador e pesquisados e que esses aspectos são favorecidos pela relação de troca que se estabelece quando o pesquisador participa das atividades que os pesquisados desenvolvem. As mesmas autoras justificam a utilização da entrevista semi-estruturada afirmando que ela possibilita conhecer a perspectiva dos agentes quanto ao seu trabalho e dessa forma constituem-se em uma aproximação do concreto vivido. Os dados obtidos através das duas técnicas foram analisados de forma complementar, buscando o contraponto, sempre que possível.

A coleta de dados aconteceu em um período de três dias, no mínimo, em cada Centro de Saúde, tendo sido reservada uma semana para cada unidade, para que fosse realizada a transcrição das entrevistas e do diário de campo, bem como a organização inicial dos dados. Em cada um dos Centros de Saúde foi realizada a observação do trabalho de enfermagem durante esse período de três

dias, procurando sempre contemplar os diversos períodos do dia, o maior número possível de atividades e trabalhadores diferentes, tentando coletar material suficiente para caracterizar o trabalho de enfermagem na unidade. Todas as observações foram registradas em diário de campo e guiadas pelo roteiro de observação (Apêndice I).

Após a observação do trabalho, realizamos as entrevistas com as coordenadoras, enfermeiras e auxiliares de enfermagem, seguindo o roteiro de entrevista elaborado previamente (Apêndice II). Todos os entrevistados receberam, leram e assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III) e concordaram que a entrevista fosse gravada. As entrevistas tiveram uma duração que variou de 25 minutos a 1 hora e 40 minutos e todas foram realizadas e transcritas por nós. Os dados referentes ao número de entrevistas e aos sujeitos entrevistados estão detalhadas a seguir, no item específico. Antes, porém, apresentaremos uma caracterização geral do contexto municipal onde se realizou a presente pesquisa.

## **CAMPINAS E O SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL**

O sistema de saúde em Campinas é resultado de uma construção histórica que data, pelo menos, do final do século XIX, quando surgiram na cidade as primeiras instituições destinadas à assistência à saúde – hospitais privados e filantrópicos (NASCIMENTO, 2002). Os modos de se prestar assistência à saúde no município são, com certeza, fruto do dinamismo e do movimento desse processo histórico. No entanto, vamos circunscrever a história da assistência à saúde em Campinas ao período que se inicia com o movimento da Reforma Sanitária, que culminou com a institucionalização de um Sistema Único de Saúde (SUS) no país, e que se estende até a proposta de implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família no município.

No final da década de 70, a Prefeitura Municipal de Campinas, paralelamente ao que ocorria em alguns outros poucos municípios brasileiros, estruturou, com recursos próprios, uma rede de serviços de saúde baseada em algumas premissas básicas, de acordo com SILVA *et al.* (2001): “democratização

da atenção médica; extensão da cobertura com a instalação de redes básicas de atenção à saúde, que previam a hierarquização dos níveis de atenção; a atenção integral e a participação comunitária”.

NASCIMENTO (2002) afirma que, nessa época, o município já contava com 20 Postos Comunitários de Saúde, distribuídos por diversas regiões. Em 1978, segundo a mesma autora, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) contratava as primeiras enfermeiras, sendo que, em outubro deste mesmo ano, havia três enfermeiras contratadas e, no final da década, o grupo havia se ampliado para sete. Até o início dessas contratações, os trabalhadores desses Postos Comunitários eram, basicamente, médicos e auxiliares de saúde pública.

SILVA *et al.* (2001, p. 993) afirmam que, durante a primeira metade da década de 80, “as políticas de saúde buscaram responder de modo mais efetivo ao ideário da articulação entre os três níveis de governo, presente no movimento pela Reforma Sanitária, através das Ações Integradas de Saúde (AIS)”. Nesse momento, Campinas, que dispunha de 31 centros de saúde, foi um dos municípios pioneiros na assinatura desse convênio.

NASCIMENTO (2002) afirma que, embora houvesse uma ampliação significativa da rede de serviços de saúde municipais, eles ainda não se configuravam como porta de entrada adequada do sistema, visto que atendiam apenas a cerca de 20% da população do município.

Em 1987, Campinas assinou o convênio com o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), tendo em vista a municipalização dos serviços de saúde (NASCIMENTO, 2002). Entre o final dos anos 80 e o início dos anos 90, várias atividades antes exercidas apenas nos centros de saúde estaduais passaram a ser oferecidas na rede municipal, como a vigilância epidemiológica e a vacinação. Nesse momento, as 38 unidades municipais realizavam ações programáticas na atenção à saúde da criança, adulto e mulher, além de visitas domiciliárias e grupos educativos (SILVA *et al.*, 2001).

Desde então, a rede municipal de serviços de saúde de Campinas ampliou-se significativamente e passou por diversas transformações. O município está dividido atualmente em cinco Distritos de Saúde, dirigidos por um coordenador e

duas equipes técnicas (uma denominada de Apoiadores Institucionais, em substituição aos anteriormente denominados supervisores distritais e outra equipe de Vigilância) que coordenam, apóiam e articulam os serviços de saúde e os demais equipamentos sociais do seu território, que abrange, aproximadamente, 200.000 habitantes. Além do nível distrital, a SMS estrutura-se ainda no nível local, composto pelos serviços de saúde, e no nível central, constituído pelo secretário de saúde, seus assessores e os coordenadores de distrito, que, conjuntamente, formam o colegiado gestor (MOURA *et al.*, 2003).

A rede municipal de serviços de saúde é composta por:

- cinco Distritos de Saúde<sup>4</sup>
- 46 Centros de Saúde
- nove Módulos de Saúde da Família
- três Policlínicas
- 14 Centros de Referência (em Saúde Mental, DST/AIDS, Saúde do Trabalhador, Saúde do Adolescente, Álcool e Drogas, Centro de Lactação, Centro de Controle de Zoonoses e Reabilitação Física e Doenças Reumáticas)
- Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
- três Pronto-Atendimentos
- Serviço de Atendimento Médico de Urgência e Emergência (SAMU)
- Laboratório de Patologia Clínica
- Ambulatório do CEASA
- Serviço de Atendimento Domiciliar
- e rede de prestadores de serviço conveniados.

NASCIMENTO (2002) apresenta dados do final de 2001 que indicam que o quadro de funcionários da SMS – Campinas constituía-se de 3.723 trabalhadores, sendo 2.853 especificamente da família saúde. Em relação à enfermagem, nesse mesmo período, a SMS contava com 265 enfermeiras, 23 técnicos de

---

<sup>4</sup> Os distritos de saúde além de serem uma divisão política e territorial, também constituem-se em espaço de atenção à saúde coletiva, especialmente por serem constituídos neste âmbito pelas equipes de apoio institucional e de Vigilância à Saúde (que engloba a vigilância sanitária e epidemiológica).

enfermagem, 1.054 auxiliares de enfermagem, 56 auxiliares de saúde pública e dois atendentes de enfermagem, representando 49,07% dos profissionais de saúde de toda a SMS. Com relação à distribuição dessas enfermeiras nos serviços, 128 (47%) encontravam-se trabalhando na assistência em UBSs e 45,6% coordenavam UBSs da rede.

Em 2001, assumiu a Prefeitura Municipal de Campinas o candidato eleito pela coligação partidária liderada pelo Partido dos Trabalhadores, Antonio da Costa Santos. Nesse momento, a SMS foi assumida pelo professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, Gastão Wagner de Sousa Campos. No início da gestão, o secretário e sua equipe formalizaram “uma proposta de atuação que visa alterar o modelo assistencial e o modelo gerencial predominantes, sugerindo novos arranjos no processo de trabalho das equipes e na relação destas com os usuários” (MOURA *et al.*, 2003, p. 169).

É no interior do processo de implantação dessa proposta, denominada Projeto Paidéia de Saúde da Família, que situamos o processo de trabalho de enfermagem em UBS, que investigamos nessa pesquisa.

## **AS UNIDADES ESTUDADAS**

A pesquisa de campo desenvolveu-se em cinco Centros de Saúde, um em cada um dos distritos de saúde da SMS-Campinas. A escolha das unidades foi feita com base na indicação feita pelas equipes dos distritos. Entramos em contato, por telefone, com os coordenadores de distrito e equipes de apoiadores, apresentamos os objetivos da pesquisa e solicitamos a indicação a partir do seguinte critério: o centro de saúde, dentro do distrito, em que considerassem que houve maior progresso na implantação do Projeto Paidéia. Elegemos esse critério por entendermos que, se pretendíamos investigar o processo de trabalho de enfermagem por referência à implantação do Projeto Paidéia, deveríamos estudar as unidades que mais próximas estivessem daquilo que se pretendia alcançar com o projeto.

Em dois dos distritos a indicação foi feita pelas próprias coordenadoras e, nos demais, por apoiadores. A partir dessa solicitação, obtivemos as indicações

das cinco unidades em que foi realizado o trabalho de campo. Cada um dos responsáveis pela indicação explicitou a sua justificativa para seleção, conforme indicamos no quadro abaixo:

Quadro 1: Justificativa dada para indicação dos Centros de Saúde estudados conforme os responsáveis, Campinas, 2005.

<b>Centro de Saúde</b>	<b>Responsável pela indicação</b>	<b>Justificativa</b>
Paranapanema	Apoiadora	“onde houve maiores mudanças”
São Marcos	Apoiadora	“mais avançado porque foi o lugar que mais recebeu recursos”
Ipaussurama	Coordenadora	“mudanças mais consistentes, a enfermagem tem mais queixa porque fica mais sobrecarregada”
Joaquim Egídio	Coordenadora	“é onde tem mais vínculo com a população”
São Cristóvão	Apoiadora	“sem dúvida é onde teve mais mudanças”

A partir da indicação, entramos em contato com as coordenadoras das unidades para apresentar brevemente o projeto, pedir autorização para a pesquisa e agendar um encontro para uma apresentação mais detalhada da pesquisa e para o levantamento dos primeiros dados de identificação da unidade. Obtivemos resposta positiva em todas as unidades indicadas e iniciamos a entrada no campo através desse primeiro encontro com as coordenadoras de unidade. A única exceção foi o CS Joaquim Egídio, pois, nesse período, a unidade estava sem coordenador, então esse primeiro contato foi feito com a única enfermeira da unidade.

Apresentaremos a seguir os dados de identificação das unidades, de acordo com o que foi informado pelas coordenadoras e pela enfermeira do CS Joaquim Egídio. No quadro abaixo, apresentamos os dados referentes a: número de Equipes de Referência, chamadas de Equipes de Saúde da Família (ESF); número de enfermeiras (E); número de auxiliares de enfermagem (AE); população na área de abrangência e Índice de Condição de Vida (ICV). O ICV é um índice

adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas como “método para identificação de diferenciais nos níveis de qualidade de vida e saúde nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde de Campinas” (CAMPINAS, 2001b) e que resulta da análise do conjunto de oito indicadores:

- proporção de população moradora em sub-habitação;
- proporção de chefes de família sem ou com menos de um ano de instrução;
- taxa de crescimento anual 1991-1996;
- proporção média de mães com menos de 20 anos de idade;
- coeficiente médio de mortalidade infantil;
- coeficiente médio de mortalidade por homicídios;
- incidência média de desnutrição entre os menores de cinco anos;
- incidência média de tuberculose.

Os Centros de Saúde foram classificados em três grupos, a partir desses oito indicadores, sendo que o Grupo I reúne as unidades de pior ICV e o Grupo III aquelas com melhor ICV.

Quadro 2: Caracterização dos Centros de Saúde estudados, Campinas, 2005.

CS	ESF	E	AE	Pop.	ICV	Observações
Parana-panema	3	3	17	25.362	Grupo III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade possui Equipe de Saúde Mental</li> <li>• Campo de práticas dos cursos de Graduação em Fisioterapia, Nutrição e Enfermagem da Universidade Paulista e de cursos de nível técnico em Enfermagem</li> </ul>
São Marcos	5	5	18	16.484	Grupo I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade possui Equipe de Saúde Mental</li> <li>• Campo de práticas dos cursos de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas</li> </ul>
Ipaussu-rama	3	2	19	22.620	Grupo I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possui um módulo de Saúde da Família na área de abrangência, com uma ESF trabalhando</li> <li>• Campo de práticas para Graduação em Medicina, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas</li> </ul>
Joaquim Egídio	1	1	7	2.883	Grupo III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante a coleta de dados, 2 auxiliares de enfermagem estavam em licença-saúde por tempo indeterminado</li> <li>• Campo de práticas do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas</li> </ul>
São Cristovão	3	2	18	20.347	Grupo I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante o período de coleta de dados, a unidade estava recebendo alunas de Estágio Curricular Supervisionado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo</li> </ul>

## OS SUJEITOS DA PESQUISA

Em cada unidade, definimos inicialmente que entrevistariamos a coordenadora da unidade, todas as enfermeiras e uma auxiliar de enfermagem, indicada pela coordenadora e pelas enfermeiras do CS, como aquele que mais se identificava com o Projeto Paidéia. Além disso, faríamos a observação do trabalho de todos os trabalhadores de enfermagem da unidade, tanto das entrevistadas quanto dos demais.

No entanto, no decorrer da pesquisa, não foi possível realizar todas as entrevistas definidas inicialmente. Das cinco coordenadoras de unidade, foram entrevistadas quatro, sendo três enfermeiras e uma odontóloga. A coordenadora do CS Joaquim Egídio, após a apresentação inicial dos objetivos da pesquisa e a solicitação do agendamento da entrevista, considerou que seria mais adequado que eu conversasse apenas com a enfermeira da unidade, pois, no período de coleta de dados, ela estava há apenas duas semanas na coordenação do CS.

De um total de treze enfermeiras nas cinco unidades, foram entrevistadas sete. Houve duas recusas, duas enfermeiras que agendaram data e horário para entrevista por três vezes e não compareceram sem aviso prévio, uma enfermeira estava em férias e outra em licença saúde, no período da coleta de dados nas respectivas unidades.

Observou-se o trabalho mesmo das enfermeiras que se recusaram a conceder entrevista ou que faltaram aos horários agendados. Diante dessas dificuldades, na unidade São Cristóvão, não houve entrevista com enfermeira, no entanto, a coordenadora, que é enfermeira, foi entrevistada.

Das cinco auxiliares de enfermagem previstas inicialmente, somente uma, do CS São Marcos, não foi entrevistada, pois estava afastada da unidade por motivo de doença, no período de coleta de dados.

A distribuição das entrevistadas em cada uma das unidades está representada no quadro a seguir:

Quadro 3: Distribuição das entrevistadas por Centro de Saúde e cargo ocupado, Campinas, 2005.

	<b>Parana-panema</b>	<b>São Marcos</b>	<b>Ipaussu-rama</b>	<b>Joaquim Egídio</b>	<b>São Cristóvão</b>	<b>Total</b>
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	Ana Emília	-	Ana Estela	Ana Elisa	Ana Elena	<b>4</b>
<b>Enfermeira</b>	Eduardo	Eulália Elvira Elen Egle	Eunice	Elisabete	-	<b>7</b>
<b>Coordenadora Enfermeira</b>	Carla	-	Célia	-	Cristina	<b>3</b>
<b>Coordenadora não-enfermeira</b>	-	Clarice	-	-	-	<b>1</b>

Para facilitar a identificação dos sujeitos e as suas respectivas funções dentro da unidade, adotamos nomes fictícios, sendo que os nomes compostos com iniciais A e E (Ana Elena, Ana Estela, Ana Emília e Ana Elisa) foram utilizados para designar as auxiliares de enfermagem; os nomes iniciados com E referem-se às enfermeiras observadas (Eunice, Eulália, Elvira, Elen, por exemplo); e os nomes iniciados com C (Carla, Clarice, Cristina e Célia) referem-se às coordenadoras de unidade.

Os dados referentes à identificação das entrevistadas estão organizados na tabela a seguir:

Quadro 4 – Caracterização das entrevistadas da presente pesquisa, Campinas, 2005.

Idade	20 – 30 anos	31 – 40 anos	41 – 50 anos
	1	6	8
Tempo de formação	1 – 5 anos	10 – 20 anos	21 – 30 anos
	2	8	5
Tempo em Saúde Pública	1 – 10 anos	11 - 20	20 – 25 anos
	10	3	2
Tempo na SMS - Campinas	1 – 5 anos	6 – 10 anos	11 – 20 anos
	4	7	4
Tempo no CS atual	1 – 5 anos	6 – 10 anos	11 – 20 anos
	8	5	2

Com relação ao local de formação, entre as profissionais de nível superior (10 enfermeiras e uma odontóloga), temos que: oito formaram-se em instituições particulares e três em instituições públicas, sendo que seis em escolas no próprio município de Campinas e as cinco restantes em outros municípios do estado de São Paulo (Guarujá, Presidente Prudente, São Paulo, Ribeirão Preto). Entre as auxiliares de enfermagem, uma fez a formação no Projeto Larga Escala e as outras três em cursos particulares, todas no município de Campinas.

Quanto à realização de cursos após a formação inicial, temos que quatro enfermeiras mencionaram cursos de pós-graduação, sendo que: uma fez Habilitação e Especialização em Saúde Pública, além do curso GERUS; uma fez Especialização em Saúde Pública e em Enfermagem do Trabalho; uma fez Especialização em Saúde Pública e Mestrado em Enfermagem; e uma iniciou Especialização em Saúde da Família, mas não concluiu. Nenhuma das coordenadoras mencionou a realização de cursos de pós-graduação quando questionadas. Entre as quatro auxiliares de enfermagem, duas estavam fazendo a

formação para técnica de enfermagem e as outras duas haviam concluído esta formação recentemente.

Entre as coordenadoras, três afirmaram que já trabalhavam no CS atual antes de assumirem a coordenação – por períodos que variaram entre três e oito anos – e apenas uma assumiu a coordenação sem nunca ter trabalhado naquele CS especificamente.

## PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Com relação à análise dos dados, adotamos os passos operacionais propostos por MINAYO (2000), quais sejam:

- I. Ordenação dos dados: elaboração de um “mapa horizontal” das descobertas do campo, através da releitura do material e organização dos dados obtidos através da entrevistas e observação em uma determinada ordem, de acordo com a proposta analítica, que implica necessariamente em uma primeira classificação.
- II. Classificação dos dados, através das seguintes etapas:
  - a) Leitura exaustiva e repetida do material, estabelecendo uma relação interrogativa, buscando apreender as estruturas de relevância. Essa etapa auxilia no estabelecimento processual das categorias empíricas, “confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas”.
  - b) Constituição de “Corpus” de comunicação se o conjunto do material não for homogêneo (por exemplo, entrevistas com diferentes categorias profissionais). Realiza-se então uma leitura transversal de cada corpo. “Recorta-se cada entrevista ou documento em termos de ‘unidade de registro’ a serem referenciadas por *tópicos* de informação ou *temas*”. Os critérios de classificação podem ser tanto empíricos quanto teóricos, sendo que a interação entre ambos permite um maior aprofundamento do conteúdo. Faz-se, então, o

enxugamento da classificação para privilegiar apenas os temas mais relevantes ou “categorias centrais”.

- III. Análise final: é a busca do concreto pensado através do movimento dialético “que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral. [...] O produto final e sempre provisório, resultado de todas as etapas da pesquisa, é o concreto pensado do qual nos fala Marx”.

Iniciamos, portanto, fazendo uma organização inicial dos dados, agrupando os que diziam respeito a temas afins obtidos através das entrevistas e dos registros do diário de campo, para possibilitar o contra-ponto entre a perspectiva dos sujeitos e a observação do concreto do trabalho.

Procedemos à leitura exhaustiva dos dados, estabelecendo um esboço inicial das categorias de análise, através da interação entre empírico e teórico. Em seguida fizemos a priorização dos temas mais relevantes de acordo com o objeto de estudo, organizando os dados nas categorias centrais de análise. A leitura transversal dos dados revelou estruturas de relevância que compõem cada uma das categorias centrais e que serão discutidas e analisadas no próximo item.

A análise dos dados teve como resultado primeiro a constatação de uma limitação do estudo: o instrumento de coleta de dados foi muito abrangente, gerando um volume grande de material para análise. Entendemos que o processo de trabalho de enfermagem é um objeto de estudo complexo e dinâmico e que, justamente por isso, só pode ser apreendido no tempo de uma pesquisa de mestrado através de um recorte específico que permita estudá-lo segundo um determinado referencial teórico e metodológico.

Um recorte mais preciso do objeto expresso nos instrumentos de coleta de dados teria resultado, provavelmente, num volume menor de material para análise, mas também teria favorecido a organização e análise dos dados, permitindo um aprofundamento maior.

A partir da identificação dessa limitação, buscamos priorizar os temas mais relevantes tendo em vista a natureza do nosso objeto de estudo e o referencial teórico adotado nesta pesquisa.

## RESULTADOS E ANÁLISE

A análise revelou três categorias centrais: Transformações no Trabalho de Enfermagem, Necessidades de Saúde e Acolhimento, que serão analisadas nesse item.

A primeira categoria tenta responder ao objetivo principal desse trabalho e trata das transformações no trabalho de enfermagem conforme percebidas pelos seus agentes. Os dados resultantes das falas das entrevistadas foram analisados a partir do contraponto com aqueles resultantes da observação do trabalho de enfermagem. A categoria foi decomposta em seis estruturas de relevância, para facilitar a análise, quais sejam: Acolhimento, Ampliação das ações desenvolvidas pela enfermagem, Planejamento das ações em saúde, Reconhecimento externo do processo de trabalho no CS Joaquim Egídio, Relação entre trabalhadores e usuários: a construção do vínculo e da responsabilização e Resgate no cuidado direto nas ações da enfermeira.

O Acolhimento, pela importância observada durante a análise dos dados referentes às transformações no trabalho, constitui-se como uma categoria empírica, tendo sido analisado separadamente. Percebemos que o Acolhimento representou uma mudança, em si, enquanto atividade nova incorporada ao processo de trabalho da equipe de enfermagem e também como desencadeador de transformações outras na prática da enfermagem.

As necessidades de saúde, ainda que não se constituam o objeto desse estudo, foram abordadas no roteiro de entrevista, dada a importância do tema quando se pretende estudar processo de trabalho. A revisão teórica pertinente, apresentada nas Considerações Teóricas, demonstrou a necessidade de contemplar de alguma forma essa questão. Por esse motivo, uma das questões do roteiro de entrevista era: “O CS atende as necessidades de saúde da população?”. Além dessa, em todas as entrevistas foram acrescentadas questões buscando esclarecer a concepção da entrevistada acerca do tema, através das seguintes indagações: “De que forma?”, “Por que você avalia que é assim?” ou “O que poderia melhorar essa situação?”. Os dados obtidos através dessas questões configuraram uma categoria central de análise, denominada aqui de

“Necessidades de Saúde”, e que procura apreender a percepção das entrevistadas acerca das necessidades de saúde da população.

## **TRANSFORMAÇÕES NO TRABALHO DE ENFERMAGEM**

### **Caracterizando o Trabalho de Enfermagem**

Iniciaremos a análise dos dados por uma caracterização do trabalho de enfermagem na rede básica de Campinas, tendo como eixo norteador a seguinte pergunta: O que as trabalhadoras de enfermagem estão fazendo nos Centros de Saúde estudados? Buscaremos responder a essa questão a partir das falas das entrevistadas e da observação do trabalho de enfermagem que realizamos.

O Quadro 4, a seguir, apresenta as respostas dadas pelas entrevistadas à seguinte questão: “Pensando em um dia normal de trabalho, quais são as três coisas que você mais faz?”. Essa questão foi apresentada a todas as enfermeiras e auxiliares de enfermagem entrevistadas.

Analisando especificamente o trabalho das enfermeiras, percebemos que há uma referência maior a atividades de atenção individual (Acolhimento, consulta individual, visita domiciliária<sup>5</sup>, primeira consulta de pré-natal, orientação/aconselhamento individual), sendo ainda mencionadas atividades ligadas à organização da unidade (resolução de problemas imediatos, agendamento de especialidades, triagem de exames, orientação da equipe). Em relação a atividades mais voltadas à saúde coletiva, há menção apenas aos grupos educativos.

---

<sup>5</sup> Incluímos a visita domiciliária referida pelo enfermeiro Eduardo como atividade de atenção individual, pois, no Centro de Saúde Paranapanema, as visitas domiciliárias, de acordo com as entrevistadas e a observação, estava sendo realizada apenas para usuários acamados.

Quadro 5: Respostas das entrevistadas à questão “Pensando em um dia normal de trabalho, quais são as três coisas que você mais faz?” Campinas, 2005.

CS	Entrevistadas	Respostas
Paranapanema	Eduardo	Acolhimento Visita Domiciliária “Apagar incêndio”
	Ana Emília	Orientação individual Grupos
São Marcos	Eulália	Acolhimento Consulta individual Grupos
	Egle	Acolhimento Agendamento de especialidades <sup>6</sup> Grupos
	Elen	Acolhimento Consulta Individual
	Elvira	Acolhimento Consulta Individual
Ipaussurama	Eunice	Acolhimento Primeira consulta de pré-natal Triagem de exames
	Ana Estela	Recepção Auxiliar colegas
Joaquim Egídio	Elisabete	Nortear Orientar Aconselhar <sup>7</sup>
	Ana Elisa	Vacinação Recepção Puericultura
São Cristóvão	Ana Elena	Acolhimento Atividades da unidade segundo escala

Com relação às auxiliares de enfermagem, todas mencionaram que as atividades que mais fazem dependem da escala de trabalho estabelecida pelas enfermeiras e coordenadoras da unidade. Então, o trabalho varia de acordo com essa escala e elas acabam não ficando fixas em nenhuma atividade.

Observando o trabalho da equipe de enfermagem nas unidades, pudemos notar que o trabalho das enfermeiras varia muito entre os centros de saúde, a depender, principalmente, da organização do processo de trabalho e das ações desenvolvidas na unidade como um todo.

<sup>6</sup> A enfermeira Egle estava responsável, no período de coleta de dados, pela implantação do sistema de marcação on-line de consultas de especialidades.

<sup>7</sup> A enfermeira Elisabete referiu-se, durante à entrevista, à orientação e aconselhamento tanto da equipe quanto dos usuários, sendo que, no caso dos usuários, sempre individualmente.

No CS Paranapanema, por exemplo, os três enfermeiros têm funções diferentes dentro da unidade. Todos fazem visitas domiciliárias para acamados e Acolhimento<sup>8</sup>, que nesse CS é compreendido como atendimento de enfermagem para a demanda espontânea quando não há vagas para consulta médica. No entanto, apenas uma enfermeira, Elenice, participa de grupos educativos em sua equipe, sendo que os grupos das demais equipes são realizados por auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos, docentes de fisioterapia e nutrição e pela própria coordenadora, a depender do tema em discussão no grupo.

Além disso, a coordenadora desse CS fez um agrupamento dos diferentes setores e atividades da unidade de saúde para que cada um deles ficasse sob supervisão de um dos enfermeiros – por exemplo, a enfermeira Elenice ficou responsável pela sala de vacina e vigilância epidemiológica, o enfermeiro Edgar pela sala de curativos e assim por diante. Nenhum dos enfermeiros realiza consulta individual, os atendimentos programáticos são realizados por auxiliares de enfermagem.

Essa foi a única unidade em que houve referência a “apagar incêndio” como atividade comum no cotidiano do trabalho dos enfermeiros. Eduardo queixou-se de não haver agenda para consulta individual porque os enfermeiros ficavam o tempo todo resolvendo problemas pontuais, conforme eles apareciam, inviabilizando a instituição de uma agenda de atendimentos ou o planejamento das atividades.

No CS São Marcos, as enfermeiras realizavam, predominantemente: supervisão do trabalho das auxiliares de enfermagem no acolhimento, fazendo avaliação conjunta dos casos, dando encaminhamento e resolvendo as questões que julgam ser de sua competência; consulta individual de puericultura, pré-natal, hipertensos e diabéticos; e grupos educativos. Há, claro, especificidades no trabalho de cada uma delas. A enfermeira Egle, por exemplo, faz parte de uma equipe que está incompleta e atende à população de um conjunto habitacional que

---

<sup>8</sup> Acolhimento com maiúscula será adotado quando estivermos nos referindo ao atendimento na recepção da clientela quando esta procura a unidade, isto é, quando se tratar de uma atividade presente na organização daquele específico processo de trabalho, e não de um modo de organizar e operar o trabalho de atenção à saúde, quando então será apresentada grafando-se em minúscula.

ainda não está totalmente ocupado, portanto as atividades mais freqüentes, como ela mesma descreve, são: agendamento de especialidades, Acolhimento e grupos. Ela ficou responsável pelos agendamentos justamente por ter uma demanda menor de trabalho em relação às outras enfermeiras.

Neste CS, todas as enfermeiras têm agenda para consulta individual e fazem supervisão do Acolhimento, mas a participação nos grupos varia muito de enfermeira para enfermeira. Pelo que pudemos perceber, essa variação deve-se, em geral, à preferência pessoal da enfermeira e/ou à capacitação para o trabalho educativo em grupo. No entanto, no período de coleta de dados, a coordenadora Clarice nos disse que tinha ficado estabelecido recentemente que todas as enfermeiras passariam a se integrar aos grupos educativos existentes e a conduzir outros a serem criados em cada equipe, de acordo com a necessidade.

No CS Ipaussurama, além das atividades mencionadas pela enfermeira Eunice, observamos que ela estava assumindo alguns grupos que eram coordenados pela médica generalista da equipe, que estava saindo de férias. Em grande parte do período em que observamos o trabalho da enfermeira Eunice, notamos que ela esclarecia dúvidas dos usuários, supervisionava o Acolhimento e, algumas vezes, assumia um setor ou atividade em que havia falta de funcionário.

No CS Joaquim Egídio, durante a maior parte do período da observação, a enfermeira realizava atendimentos individuais para aconselhamento de usuários acompanhados pelo Núcleo de Saúde Mental, entrega de resultados de exames alterados e atendimento de usuários com queixa aguda, além disso, realizou visitas domiciliárias, fez avaliação de curativos realizados por auxiliar de enfermagem e esclareceu dúvidas da equipe de auxiliares.

No CS São Cristóvão, em que não houve entrevista com enfermeira pelos motivos já explicitados, acompanhamos o trabalho do único enfermeiro em exercício durante o período de coleta de dados. Nesse período, ele fez consultas de pré-natal, intercaladas com o médico, supervisionou o trabalho dos auxiliares no Acolhimento e fez visitas domiciliárias.

As auxiliares de enfermagem em sua maioria desempenham o trabalho de acordo com o setor ou atividade prevista na escala de trabalho. O que pudemos

observar é que um número maior de auxiliares de enfermagem está envolvido na realização de Acolhimentos de suas equipes de referência nos CSs São Marcos, São Cristóvão e Ipaussurama. No CS Joaquim Egídio, as auxiliares de enfermagem, além da atividade para os quais estão escaladas, também cobrem, com frequência, outros setores em que não há funcionária, inclusive ficando responsáveis por mais de um setor ao mesmo tempo, devido à insuficiência no número de auxiliares causada por licenças saúde simultâneas.

O CS Paranapanema é o único CS em que as auxiliares de enfermagem não ficaram responsáveis pelo Acolhimento, então, grande parte do trabalho das auxiliares dirige-se aos programas (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Hipertensos e Diabéticos), tanto em atendimentos de enfermagem individuais, como na realização de grupos que compõem o esquema dos programas de Hipertensos e Diabéticos.

### **Transformações no Trabalho de Enfermagem**

Este estudo partiu da suposição de que o trabalho de enfermagem estaria passando por um processo de transformação a partir da implementação do Projeto Paidéia em Campinas. De um lado, porque o Projeto tinha como objetivo transformar o modelo de atenção à saúde na rede básica do município e entendemos que em qualquer proposta de alteração de modelo a equipe de enfermagem é ator fundamental, por sua importância no processo de produção de serviços de saúde haja vista sua inserção em diferentes momentos desse processo. E, de outro, por entendermos que um projeto de mudança de modelo de atenção à saúde só tem sentido e só se efetiva no cotidiano dos trabalhadores de saúde, na interação com os usuários. Assim, necessariamente, a construção de um projeto como o Paidéia passa pela construção compartilhada, negociada e pela consolidação de suas diretrizes no dia-a-dia dos serviços de saúde, o que obviamente inclui os trabalhadores de enfermagem, invariavelmente, o maior conjunto na equipe de um Centro de Saúde.

Tendo essa questão como pressuposto, nos detivemos em tentar compreender as mudanças efetivadas pela implantação do Projeto Paidéia no processo de trabalho de enfermagem.

O roteiro de entrevista que utilizamos continha uma questão específica sobre as transformações no trabalho de enfermagem, no entanto, esse foi um tema que surgiu durante todas as entrevistas, permeando diversas questões. A partir da leitura inicial desses dados, elaboramos a tabela a seguir, indicando o que cada uma das entrevistadas apontou como mudanças no trabalho da enfermagem após a implementação do Projeto Paidéia.

Quadro 6: Transformações no Trabalho de Enfermagem na opinião das entrevistadas, Campinas,2005.

CS	Entrevistadas	Respostas
Paranapa-nema	Carla	Acolhimento Autonomia Clínica ampliada Núcleo de Saúde Coletiva Grupos Sobrecarga de trabalho Territorialização Trabalho com famílias Trabalho em Equipes de Referência Vínculo Visita domiciliária
	Eduardo	Acolhimento Trabalho em Equipes de Referência Visita domiciliária
	Ana Emília	Acolhimento Grupos Re-significação do trabalho Trabalho em Equipes de Referência Visita domiciliária

<b>São Marcos</b>		Acolhimento Responsabilização Trabalho em Equipes de Referência
	Eulália	Acolhimento Agentes Comunitários de Saúde Integralidade Relação entre trabalhadores e usuários Resgate do cuidado direto nas ações da enfermeira Re-significação do trabalho Supervisão de enfermagem Trabalho com famílias Trabalho em Equipe de Referência Vínculo
	Elen	Não soube dizer, pois não tinha experiência anterior em Centro de Saúde e estava há pouco tempo no serviço
	Elvira	Não soube dizer, pois não tinha experiência anterior em Centro de Saúde e estava há pouco tempo no serviço
	Egle	Agentes Comunitários de Saúde Alteração da lógica centrada no médico Intersetorialidade Resgate do cuidado direto nas ações da enfermeira Supervisão de enfermagem Trabalho em Equipes de Referência
<b>Ipaussurama</b>	Célia	Acolhimento Ampliação da oferta de ações de atenção à saúde Condições de trabalho Responsabilização Trabalho em Equipes de Referência Vínculo
	Eunice	Acolhimento Alteração da lógica centrada no médico
	Ana Estela	Não mudou
<b>Joaquim Egídio</b>	Elisabete	Agentes Comunitários de Saúde Reconhecimento do trabalho
	Ana Elisa	Agentes Comunitários de Saúde Reconhecimento do trabalho

São Cristóvão	Cristina	Acolhimento Ampliação da oferta de ações de atenção à saúde Grupos Intersetorialidade Investigação de risco/necessidade Núcleo de Saúde Coletiva Planejamento Responsabilização Sobrecarga de trabalho Territorialização Trabalho em Equipes de Referência Vínculo
	Ana Elena	Acolhimento Autonomia Condições de trabalho Grupos Planejamento Sobrecarga de trabalho Trabalho com famílias Visita domiciliária

A partir da leitura exaustiva dos dados, e após diversos ensaios, reorganizamos as referências em seis “estruturas de relevância” (MINAYO, 2000) para construir a análise:

- Acolhimento
- Ampliação das ações desenvolvidas pela enfermagem
- Planejamento das ações em saúde
- Reconhecimento externo do processo de trabalho no CS Joaquim Egídio
- Relação entre Trabalhadores e Usuários: a construção do vínculo e da responsabilização
- Resgate do cuidado direto nas ações da enfermeira

O primeiro desses temas, Acolhimento, pela constante menção a ele como elemento desencadeador de transformações no trabalho, será analisado separadamente, dado o maior relevo que obteve no conjunto dos dados produzidos. Procederemos, então, neste tópico específico, a análise dos demais itens.

### ***Ampliação das ações desenvolvidas pela enfermagem***

Reunimos nesse item as referências das entrevistadas ao surgimento de novas atividades no CS que levaram a transformações no trabalho de enfermagem, basicamente grupos educativos e visitas domiciliares, visto que a outra “atividade nova” a que fazem menção é o Acolhimento que, como dissemos, será analisado separadamente.

Com relação aos grupos educativos, eles não ocorrem apenas no CS Joaquim Egídio. Todas as outras unidades oferecem grupos de Hipertensos, Diabéticos e de Lian Gong e outros tipos de grupos a depender de cada unidade: gestantes, resultado de Citologia Oncótica, mães de recém-nascido, saúde mental, de vivência, de caminhada, exercícios físicos etc.

Em todos os grupos que foram observados durante o trabalho de campo, houve a participação de pelo menos uma pessoa da equipe de enfermagem: algumas vezes enfermeiras na condução de grupos; outras vezes auxiliares de enfermagem; enfermeiras e auxiliares trabalhando juntas; equipe de enfermagem trabalhando em conjunto com médico ou outros profissionais. A enfermagem tem, portanto, tido um papel importante no desenvolvimento de grupos educativos nos CSs mencionados.

Com relação às visitas domiciliares, estavam sendo realizadas em todos os centros de saúde visitados, com maior ou menor frequência e de forma mais ou menos estruturada. Observamos a realização, planejamento ou discussão de visitas domiciliares com a participação da enfermagem com as seguintes finalidades: atendimento de acamados, convocação de gestantes sem pré-natal, usuários com dificuldades de acesso, usuários sem adesão a tratamento, suspeita de abuso infantil e tratamento supervisionado. Sendo que as mais comuns são as visitas domiciliares para atendimento de usuários acamados, para realização de consulta médica ou de enfermagem, entrega de medicamentos ou realização de procedimentos de enfermagem (curativos, sondagens, aplicação de medicação etc.).

As visitas domiciliares, segundo as entrevistadas, sempre foram feitas, não são uma novidade do Projeto Paidéia. No entanto, o Paidéia permitiu um aumento

no número de visitas realizadas, pois, a partir de sua implementação, as unidades estabeleceram dias e horários específicos em que as equipes saem do centro de saúde e vão fazer as visitas programadas a partir da discussão de casos nas reuniões de equipe. A exceção é o CS Joaquim Egídio que já tinha uma programação específica para atuação fora da unidade, em um módulo rural, e para visitas domiciliares mesmo antes do Projeto Paidéia.

Além dessa questão de haver um horário nas agendas dos profissionais destinados à visita, Ana Elena e Cristina, do CS São Cristóvão, afirmaram que a disponibilidade de veículo da SMS para realização dessa atividade contribuiu muito para aumentar o número e ampliar a área geográfica em que as visitas são realizadas.

Por outro lado, nos outros CSs, havia uma queixa exatamente em relação à falta de veículo disponível para a realização de visitas domiciliares nas datas e horários programados. No CS Parapanema, por exemplo, o veículo destinado a esse fim comporta apenas mais duas pessoas além do motorista, o que significava uma restrição na equipe que poderia sair do centro de saúde para visita. No CS Ipaussurama, nos dias programados, segundo as entrevistadas, ou não havia gasolina ou o motorista chegava atrasado e, freqüentemente, as visitas eram canceladas pela falta de veículo. Todas as visitas que acompanhamos foram feitas em carros de propriedade de algum membro da equipe de saúde, com exceção do CS São Cristóvão. Não foi possível acompanhar visitas domiciliares no CS São Marcos, pois elas estavam suspensas devido a uma série de homicídios ocorridos na área de abrangência do CS.

As visitas domiciliares que pudemos acompanhar durante o trabalho de campo – todas elas a acamados – nos pareceram muito com “atendimentos em domicílio”, ou seja, o objetivo das visitas e a forma como elas eram realizadas eram muito semelhantes a atendimentos, consultas, procedimentos dentro da unidade. O olhar da equipe era pontual, individual e curativo. Iam com um objetivo pré-estabelecido (realizar um curativo, por exemplo), o planejamento consistia basicamente em identificar o material necessário, os profissionais envolvidos, data e horário. Ao entrarem nas casas das pessoas, transplantavam um modelo, um

olhar e uma relação com o usuário muito semelhantes àqueles que tinham dentro da unidade.

Nas entrevistas há alguns relatos da importância da visita domiciliária para o trabalho com famílias, do quanto é importante estar no domicílio dos usuários para compreender seu contexto social e familiar. No entanto, não pudemos perceber esse olhar ampliado e diferenciado nas visitas que acompanhamos, nem nas discussões dessas visitas em momentos posteriores.

### **Planejamento das ações em saúde**

A auxiliar de enfermagem e a coordenadora do CS São Cristóvão fizeram referência ao fato de o Paidéia ter incorporado ao processo de trabalho o planejamento das ações. Essa foi a única unidade em que houve referência a esse aspecto.

*“Nunca passou pela minha cabeça sentar num canto e meu serviço lá parado. Elaborar uma visita, como vai desenvolver a visita, colocar no papel, sentar na frente do computador e elaborar a visita, hoje eu faço. (...) Uma das coisas que eu acho do Paidéia foi isso, não deu certo, vamos voltar tudo pra trás novamente, pra tentar da estaca zero. E antes não, era aquela coisa centralizada, não existia planejamento. Antes do Paidéia, não existia planejamento não, abria o posto e ia guiando. Hoje, duas vezes por ano, dois dias por ano, no começo do ano, a gente senta, fecha todas as portas, pára tudo e é distribuído uma parte do planejamento para cada equipe.” (Ana Elena, CS São Cristóvão)*

*“Nas outras gestões não tinha muita... A unidade trabalhava, numa rotina, e não se importava muito com isso. Não tinha... A gente não fazia planejamento. (...) A partir do que a gente vai tá colhendo de dados [no Núcleo de Saúde Coletiva], aí a gente vai tá formatando o nosso processo de trabalho, as ofertas, o que é que você vai tá oferecendo, tem que ser de acordo com a necessidade da população, não um negócio de cima para baixo. Então, isso ele vem pra mudar...” (Cristina, CS São Cristóvão)*

Tanto o planejamento das ações mais cotidianas – “elaborar uma visita” – quanto o planejamento do processo de trabalho como um todo são reconhecidos pelas entrevistadas como um ganho trazido pelo Projeto Paidéia. Ana Elena menciona que nunca havia imaginado sentar em um canto, deixar o “trabalho lá parado” e dedicar-se a planejar suas ações. A “inovação” que ela identifica no ato de planejar o seu dia de trabalho, as suas atividades, é tamanha que ela sequer

considera que o planejamento faça parte do seu trabalho, que não está “lá parado”.

Cristina também faz referência ao fato de que antes do Paidéia a unidade trabalhava em uma rotina, automática, sem muita preocupação com o planejamento das ações. A partir da implantação do Projeto, reconfigura-se essa situação e a unidade passa a ter dois momentos mais estruturados de planejamento ao longo do ano, como afirma Ana Elena. Nesses momentos, a equipe toda dedica-se a avaliar o trabalho da unidade naquele ano, a partir da sua percepção e dos dados obtidos pelo Núcleo de Saúde Coletiva, e a planejar o ano seguinte, fundamentando-se nessa avaliação.

Conforme vimos no item sobre o Núcleo de Saúde Coletiva, a pretensão da coordenadora Cristina é de que o próprio Núcleo produza dados sobre a situação de saúde da população, os resultados do trabalho etc., e que esses dados sirvam de subsídio para o planejamento e avaliação constantes das ações da unidade.

É interessante destacar que o planejamento das ações em saúde esta presente no setor desde as últimas décadas do século passado, contudo, para os trabalhadores de um dos serviços estudados a proposta do Paidéia representou a incorporação cotidiana desta atividade.

### ***Reconhecimento externo do processo de trabalho no CS Joaquim Egídio***

Durante a apresentação da análise dos dados, é possível identificar em alguns momentos que o CS Joaquim Egídio constituiu-se uma exceção à regra, muitas vezes não sendo possível fazer as mesmas análises que parecem adequadas para os outros CSs. O CS Joaquim Egídio tem uma história bastante particular de construção de uma relação muito estreita da equipe com a comunidade, por razões diversas que não trataremos nesse momento, e que aparece constantemente como elemento fundamental na organização do processo de trabalho. Inclusive a responsável, no Distrito, pela indicação dessa unidade para a pesquisa justificou sua escolha justamente afirmando que esta unidade apresentava maior vínculo com a população.

A partir da pergunta apresentada às entrevistadas sobre quais teriam sido as mudanças trazidas pelo Projeto Paidéia ao trabalho de enfermagem no CS, ambas responderam que muito pouco havia mudado e apontaram duas transformações que percebem: a incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde à equipe da unidade e o reconhecimento do trabalho da unidade pelos outros níveis da SMS.

*“Enfim, é muito mais legal, muito mais prazeroso, muito mais adequado, muito mais você estar, acho que a gente se sente, com o Paidéia, a gente se sente um pouco mais por dentro, a gente se sente um pouco mais incluída, aquela coisa da exclusão que a gente não fazia isso... Ah, você não tem grupo de hipertenso? Nem diabético? Não tem grupo de hipertenso, nem diabético? Mas a gente faz outros grupos, outras coisas. Acho que o Paidéia traz isso pra gente, traz essa... (...) A secretaria, por exemplo, na época, nós fomos fazer o introdutório do Paidéia, foi muito engraçado, porque daí, é Santa Lúcia que tá fazendo e acontecendo, Santa Lúcia, Santa Odila, coisas maravilhosas que a gente já fazia.” (Elisabete, CS Joaquim Egídio)*

*“Na verdade a gente já faz isso um pouco, desde sempre. Antes dele ser implantado pela prefeitura, eu acho que a gente já fazia isso um pouco. Que é esse cuidado mesmo com as famílias, essa referência que as pessoas têm. (...) Então, a gente sabe direitinho dizer quem é que mora, quantas pessoas são. É o que a gente fala, a gente já tinha meio que esse jeito de trabalhar, até assim, eu não sei se teve a oportunidade de alguém te relatar isso, mas nós éramos errados diante de todo o restante, porque a gente sempre foi diferente e quando o projeto chegou, já era isso que a gente fazia. (...) A gente é que se sentiu encaixado, porque toda vez que tinha um planejamento, que tinha uma visita de supervisão, a gente era como meio que se tivesse fazendo alguma coisa errada. Porque nós éramos diferentes e depois a gente veio a ser o que todo mundo queria que fôssemos mesmo. A gente não tem mais essa cobrança, mas parece que apagou, essa sombra de sermos diferentes, a gente não é mais o patinho feio, isso melhorou. Era assim, era uma agonia, porque a gente não achava que tivesse fazendo alguma coisa errada.” (Ana Elisa, CS Joaquim Egídio)*

A própria equipe avaliava o seu trabalho como adequado, valorizava o tipo de relação que tinha com os usuários e o modo particular como organizava o seu processo de trabalho. No entanto, havia uma cobrança externa que identificava o trabalho do CS como “fora dos padrões”. Aparentemente esse era um motivo de desconforto para a equipe que julgava que estava fazendo um bom trabalho. O Paidéia e as transformações que propunha no processo de trabalho, na organização do serviço, na relação entre equipe e usuários, acabou por solucionar esse desconforto.

Na percepção das entrevistadas, o modo de trabalhar que todos estavam em busca na rede básica a partir da implementação do Paidéia era muito semelhante ao trabalho que a equipe do CS Joaquim Egídio já vinha fazendo há alguns anos antes do projeto. Esse modo de trabalhar particular do CS Joaquim Egídio e que, a partir do Projeto Paidéia, aparece como um objetivo a ser alcançado pelas outras unidades, tem como característica principal o profundo conhecimento, pela equipe, das pessoas residentes no território do CS e, como conseqüência disso, a construção de uma relação pautada pelo acolhimento, pelo vínculo e pela responsabilização.

O CS Joaquim Egídio – e conseqüentemente o trabalho lá desenvolvido e a própria equipe – passou do status de “patinho feio” da rede, na percepção de seus trabalhadores, para o de unidade em que a implantação do Paidéia estava mais avançada no distrito<sup>9</sup>, na percepção dos apoiadores institucionais, sem que a equipe do CS sequer identificasse que houve mudança substancial no seu processo de trabalho.

### ***Relação entre trabalhadores e usuários: a construção do vínculo e da responsabilização***

A construção de relações entre os trabalhadores e os usuários dos serviços, ampliando-se para a população adscrita ao território da unidade de saúde, com Vínculo e Responsabilização foi uma das transformações no trabalho de enfermagem mais referidas nas entrevistas, além do Acolhimento, já mencionado anteriormente.

*“Mas foi assim o pontapé que a gente tava precisando mesmo, pra dar mais ânimo pra equipe de enfermagem, que realmente tava muito pesado pra eles, porque eles faziam os acolhimentos assim... Acho que era tipo revezamento, mas você não tinha uma coisa assim legalzinha, por equipe, né? E aí, era como eu falei, a gente mantinha essa ordem de um auxiliar pra cada coisa. Quando a gente mudou, a gente falou: não, o máximo de coisa que der nós vamos fazer na equipe. Depois de muita discussão (risos), mas... Eles, eles começaram a se envolver mais no projeto, né? Então, você pega hoje em dia das nossas reuniões de equipe, os auxiliares trazem muitos casos, né? Eles encaminham pra*

---

<sup>9</sup> Lembrando que o CS foi indicado pela equipe do distrito a partir, justamente, do reconhecimento do maior progresso na implantação do Projeto Paidéia até aquele momento.

*grupo, pra isso, praquilo e a gente discute os casos e eles conhecem, sabem do que se trata, tal...” (Eulália, CS São Marcos)*

*“A visão. A visão, a forma de você enxergar o paciente, a visão mais generalista, o médico já nem tanto, eu tenho visto isso dia-a-dia, a visão dele é mais especializada. Então, é... Com algumas coisas... Aquele ponto das diretrizes que a gente discutiu do Paidéia, o vínculo, a criação de vínculo com os pacientes, pra equipe de referência, de que você tem que dar uma resposta pra ele, mesmo que você não consiga resolver o problema naquele momento, mas a gente tá achando, buscando essa solução. A questão do território, muito interessante, trabalhar com o território, porque antes você não tinha trabalho com o território, a gente era... Por exemplo, determinado profissional tinha paciente de todos os bairros, todas as ruas e hoje você direciona pro território. (...) Eu acho que esses foram pontos bem fundamentais do Paidéia. Então, houve mudança na visão da equipe, a equipe hoje enxerga o paciente de outro modo, né?” (Carla, CS Paranapanema)*

*“O Projeto Paidéia, acho que é um resgate da humanização e da responsabilização pelo paciente, eu acho que a gente vinha então com aquela coisa de atender sem se responsabilizar muito, então, aquilo ficava... aquilo que necessitava de uma atenção mais importante, você acabava não tendo como fazer isso, às vezes não era nem por não querer, mas por não ter condição. Eu acho que o Projeto Paidéia, ele vem pra recuperar isso, então, você vai organizar o seu processo de trabalho de uma forma que você consegue fazer isso. Você vai ter uma equipe multidisciplinar para fazer isso, você vai ter condições de trabalho para fazer isso. E o resgate do vínculo, né? Você se vincula a um profissional, a um número de famílias, é essas situações que o Paidéia quer unir.” (Célia, CS Ipaussurama)*

*“Acho que o primeiro, que eu trabalhei aqui no São Cristóvão, foi adscrição de clientela. Realmente saber qual que era a população que tinha, em cada bairro, em cada rua, em cada quadra, pra poder de fato dividir entre as equipes de referência. As equipes de referência elas são compostas por dentista, médico, auxiliar de enfermagem, enfermeiro. Aí a pretensão era ter três equipes de referência, atualmente a gente tem as três equipes de referência, estão completas. Daí vem, daí desencadeia toda uma mudança de processo de trabalho, com o Paidéia. No sentido das pessoas se responsabilizarem mais, não é mais, é de uma forma melhor, pelos pacientes. Porque você sabendo que a tua equipe, ela é responsável por uma determinada população, nós, enquanto coordenadores, cabe a gente fazer com que essa equipe conheça essa população, quem são esses indivíduos, quais as suas necessidades. Então, foi assim que a gente começou a trabalhar, tentando identificar, é... dentro da população, quais são aquelas pessoas que realmente necessitam de mais cuidado, fazendo a discriminação de risco e aí é importante, que eu acho a função mais da enfermagem, mas é um grande passo para a enfermagem, dentro da unidade básica, porque antes do Paidéia, vinha o paciente, fazia um curativo e ia embora. E aí comecei a tentar trabalhar com eles, que ainda não tá ideal, mas tentei trabalhar com eles no sentido de tá indo fazer um curativo? Tentar questionar um pouco melhor, ele não é só aquela perna com uma ferida.” (Cristina, CS São Cristóvão)*

A maior parte das referências ao Vínculo e à Responsabilização, tanto nas entrevistas quanto durante a observação do trabalho, apontam uma relação direta,

na percepção das equipes, entre adscrição dos usuários a Equipes de Referência e a construção de relações de maior comprometimento entre trabalhadores e usuários. O fato de as Equipes saberem exatamente qual a população, quais as famílias e indivíduos que residem no território sob sua responsabilidade parece ter sido fator decisivo no rearranjo dessas relações e, conseqüentemente, nos modos de operar dos trabalhadores.

Conhecer melhor os usuários parece ter desencadeado um compromisso maior na equipe em receber, acolher e buscar soluções para suas demandas e necessidades de saúde. A adscrição da clientela define de forma mais clara responsabilidades para as Equipes e, conseqüentemente, para os trabalhadores, com relação ao processo de trabalho e seus resultados.

Ainda com relação à adscrição da clientela, o trabalho com o território apareceu pouco nas entrevistas, apenas em duas delas e de forma pouco desenvolvida:

*“E também quais são as necessidades do território, em que as pessoas estão inseridas, como é que é esse território, né? Porque a gente sabe que a situação, dependendo da situação do território, ele pode, né?, levar a doenças, coisas do tipo. Então, é importante que a equipe ela faça intervenção tanto individual, para a família e também pra esse território.” (Cristina, CS São Cristóvão)*

*“A questão do território, muito interessante, trabalhar com o território, porque antes você não tinha trabalho com o território, a gente era... Por exemplo, determinado profissional tinha paciente de todos os bairros, todas as ruas e hoje você direciona pro território.” (Carla, CS Paranapanema)*

Identificamos na observação do trabalho de enfermagem que o trabalho com o território é compreendido, pelos trabalhadores, mais como um facilitador dos trabalhos desenvolvidos fora da unidade – em sua maioria, visitas domiciliárias – e como uma forma de conhecer melhor o usuário, sua família e estabelecer relações com outros usuários e famílias do entorno. O território seria um pano de fundo que serviria para dar informações sobre as condições de vida dos usuários e estabelecer a rede social em que ele está inserido.

Como dissemos anteriormente, adotamos a perspectiva que elege o território adscrito como meio privilegiado do processo de produção de serviços de saúde, entendendo que é de responsabilidade do setor saúde intervir no espaço social onde se situa e se transforma o objeto, o coletivo (QUEIROZ e SALUM,

1996). O território não deve ser, portanto, entendido apenas como um “pano de fundo” que tão somente oferece informações sobre os usuários individualmente, mas como o espaço social onde o objeto da intervenção em saúde coletiva está inserido e é transformado. É no território que as pessoas vivem, trabalham e adoecem e é onde se inter-relacionam os potenciais de fortalecimento e desgaste que determinam os perfis saúde-doença do coletivo e dos indivíduos e famílias. Sendo assim, entendemos que intervir efetivamente em Saúde Coletiva, no sentido de transformar os perfis epidemiológicos dos grupos sociais homogêneos, pressupõe que a intervenção em saúde contemple também ações dirigidas ao território, o que não é característica inovadora do Paidéia, mas o antecede, está presente nas proposições da Reforma Sanitária.

Apenas na fala de Cristina, do CS São Cristóvão, pudemos identificar esse entendimento de que o território não é mero cenário onde as pessoas vivem, mas é também objeto de intervenção do trabalho da enfermagem. Falando especificamente sobre se o centro de saúde atende as necessidades de saúde da população, Cristina avalia que o centro de saúde não atende integralmente essas necessidades e aponta como um dos fatores que determinam esse não atendimento, justamente, a carência de ações sobre o território e cita exemplos – que se circunscrevem à intervenção sobre o momento de consumo (formas de viver) no território.

O que pudemos identificar durante a observação do trabalho aponta nessa mesma direção: poucas intervenções dirigidas ao território e em sua maioria enfocando o momento de consumo, as condições de vida das pessoas, predominantemente através de ações em escolas e creches, com ênfase nas ações de saúde bucal, sem a participação da enfermagem.

### ***Cuidado direto nas ações da enfermeira***

Uma transformação no processo de trabalho mencionada pelas enfermeiras durante as entrevistas foi o resgate do cuidado direto em suas ações. O Projeto Paidéia teria favorecido, na opinião das entrevistadas, a recuperação, por parte da

enfermeira, daquilo que seria de fato o seu objeto dentro do processo de trabalho de enfermagem.

A enfermeira Eulália, do CS São Marcos, desenvolveu sua avaliação sobre o tema:

*“E eu acho que pra enfermeira, foi crucial, né? Porque assim, é... Porque tinha essa história de enfermeira da vigilância, enfermeira disso, enfermeira daquilo, agora cada enfermeira tem que ser enfermeira de tudo, né? Ela tem que ser generalista, né? E aí o que se vê é assim, ou ela desempenha todas essas funções ou as coisas vão meio que degradingando na equipe, porque é lógico que ela não vai fazer sozinha, né? Na equipe ela tem que ter, igual na minha equipe eu tenho a auxiliar que mexe mais com a parte de vigilância, eu tenho a auxiliar que mexe mais com a parte de CO, auxiliar que mexe com pueri, a outra que me ajuda na parte de saúde do adulto, mas a coisa tem que tá bem sistematizada, senão degradingola, né? Acaba, assim, valorizando muito o trabalho do enfermeiro, porque quando você consegue se organizar direitinho, ah, deslancha, né? Deslancha legal. Você passa a fazer o seu trabalho mesmo.” (Eulália, CS São Marcos)*

Quando questionada sobre como ela analisava o que essa mudança teria representado para as enfermeiras que já trabalhavam na forma de organização anterior, diferente do que havia acontecido com ela que começou a trabalhar já com o Projeto Paidéia em implementação, ela respondeu:

*“Deve ser muito difícil, né? Porque elas tavam... (...) Logo que eu entrei também era assim, apesar de tá começando o acolhimento, né? A gente ainda não tinha essa estrutura descentralizada, é... Eu era, por exemplo, a enfermeira referência da materno-infantil, entendeu? Porque era a área que eu mais gostava, a área de maior interesse, tinha mais facilidade. Aí, de repente, como foi descentralizando, a gente foi vendo que isso não tinha mais sentido, né? Mesmo porque, independente de ser referência ou não da materno-infantil, eu tinha que fazer os outros tipos de atendimento também, né? Então, aí a gente acabou descentralizando algumas atividades que são específicas do centro de saúde como um todo, né? E aí, eu acho que é muito... Deve ter sido assim muito desgastante, principalmente pra algumas, porque assim, nem todo mundo que tá na saúde pública gosta de trabalhar com saúde pública, né? Ah, se interessa por uma área pequena e aí acaba ficando na saúde pública por outras conveniências. E aí, quando entra um modelo desse, ele obriga você a trabalhar na saúde pública como um todo, né? Então, eu acho que pra muitas enfermeiras, deve ter sido uma barra, né? E assim, o que eu me vejo também, enquanto enfermeira, é a dificuldade, também, porque, às vezes, você não tinha capacitação praquela determinada área, né? Por exemplo, eu sempre tive muita dificuldade com adulto, né? GO, eu fui aprendendo no dia-a-dia com a Gilda, que é a minha generalista, né? E adulto também. Então, assim, esse trabalho em equipe é que ajuda bastante e eu acho que você tem que tá sempre aberto a aprender, cada dia uma coisa nova, cada dia uma... Um caso novo que você vai tá vendo e tem que ter a humildade de reconhecer o seu limite, mas também tem que tá aberto a aprender.” (Eulália, CS São Marcos)*

Eulália indicou durante a entrevista que entendia que o trabalho da enfermeira ampliou-se, deixou de ser “fragmentado” em apenas uma área específica e passou a ter que ser generalista, a partir do estabelecimento do trabalho em Equipes de Referência. A enfermeira de determinada equipe é responsável pelo atendimento de toda a população adscrita, sejam crianças, gestantes, idosos, adultos. Eulália identifica que essa mudança trouxe um ganho para o trabalho da enfermeira e para a qualidade da assistência prestada à população, mas aponta a dificuldade de trabalhar nessa perspectiva mais generalista, porque o enfermeiro passa a ter que responder por atendimentos de todo tipo.

A enfermeira Egle também identifica uma transformação no trabalho da enfermeira após o Paidéia:

*“Era tudo muito, era atendimento médico, atendimento médico. O enfermeiro fazia escala, resolvia os probleminhas de paciente, encaixava consulta, mas não fazia, sabe? Uma triagem, uma... Não tinha isso, não tinha. O trabalho do enfermeiro não tava aparecendo mais. Era muito auxiliar e médico, auxiliar e médico. E aí, com o Paidéia, o enfermeiro pôde de novo mostrar, até por conta de ter o que mostrar, ele tem que trabalhar, ele tem que fazer a parte dele, senão o trabalho não anda. Se você tem uma equipe que só tem o generalista que vai mais pra frente, o auxiliar e o agente comunitário, se não tem o enfermeiro junto, o trabalho não vai tão bem. Faz falta o enfermeiro, porque a formação do enfermeiro é do enfermeiro. O médico não substitui, o dentista, ninguém substitui, cada um tem o seu núcleo, que somando você cria um campo. Você pode andar por cima desse campo sem problemas.” (Egle, CS São Marcos)*

Perguntamos, então, que núcleo seria esse da enfermeira, ao que ela respondeu:

*“Aí eu posso te dar um exemplo, do atendimento em puericultura, orientar a mãe no primeiro ano de vida, do recém-nascido, aleitamento materno. Esse é o meu núcleo, eu acho que eu faço muito melhor do que o ginecologista. Sem desmerecer o GO, que é um excelente profissional, seja ele qual for, mas essa parte educativa é do enfermeiro. Ahn, trabalho em grupo educativo, a gente vê grupos sendo coordenados por outros profissionais e vê o trabalho também coordenado por enfermeiros, o enfermeiro tem uma visão do cuidado, né? Contínuo, mesmo sendo no trabalho coletivo. Então, eu acho que o enfermeiro é um profissional muito bem moldado pra fazer trabalho em grupo. O trabalho de vigilância, de controle, isso... a gente tem isso na nossa formação desde cedo, desde os primeiros anos de graduação, então, organização do serviço, criação de fluxo, desenvolvimento de normas e rotinas, eu acho que o enfermeiro faz isso também com muita maestria. E eu considero esse também o meu núcleo. O que me vem na cabeça é só o trabalho coletivo, o atendimento individual e a organização do serviço. Mas o mais legal de*

*todos é o cuidar. É o mais... É o que deixa o coração da gente mais tranquilo (risos). Basicamente é isso.” (Egle, CS São Marcos)*

Além das enfermeiras que fizeram menção especificamente a alterações já ocorridas no próprio trabalho após a implementação do Projeto Paidéia nas unidades, houve referência a esse “resgate do cuidado direto nas ações da enfermeira” em outras entrevistas, como sendo uma possibilidade, uma mudança em processo ou em potência ou ainda uma necessidade premente para a melhoria da qualidade do atendimento à população.

*“Eu acho que aqui no CS a dificuldade que a gente tem de se concretizar mais profundamente, é que o enfermeiro, ele pode assumir determinadas coisas, por exemplo: a consulta de enfermagem mesmo, porque como eu só tô com uma enfermeira, eu acho que ela tá sendo prejudicada e o serviço também, porque ela tem que dá conta de equipe dela e de outras demandas, que tem da outra equipe. Por exemplo, nós temos aqui na central e mais o dia-a-dia da unidade, então isso é ruim, porque ela sozinha acaba sobrecarregada, porque pode... É que ela poderia tá se envolvendo mais com as ações específicas da enfermagem, acompanhar as visitas domiciliares, atender, fazer mais trabalho individual que hoje ela faz, mas faz pouco.” (Célia, CS Ipaussurama)*

*“Eu acho que o trabalho da enfermagem, ele precisa crescer muito, eu acho que na rede como um todo. Ele precisa crescer muito. O trabalho do enfermeiro mesmo, não dos auxiliares. O enfermeiro na rede, ele precisa ocupar um espaço, que o espaço é dele e ele não ocupa. Que é um espaço onde ele pode atender pré-natal, ele não atende, né? Eu acho que você tem que assumir isso. Você é capaz! Atenda, divida com o ginecologista. Por exemplo, fazer a consulta de enfermagem, não faz, mas fazer a consulta de enfermagem de verdade, onde que você aplique o... como é que eu falo? A sistematização de enfermagem, que é aprender a fazer diagnóstico. É a maior dificuldade fazer diagnóstico de enfermagem, não sabem fazer diagnóstico de enfermagem. Fazer uma prescrição de enfermagem, né? É... Fazer a evolução desse paciente, tudo direitinho. Eu acho que isso é de suma importância e esse espaço eles não ocupam. Eu não sei se é porque não acham que é importante, porque pra mim é super importante. Por exemplo, dentro de uma sala de curativo aqui, não sei se você observou, nós temos, por escrito, toda a sistematização da sala de curativo, onde... Tem os impressos, onde o enfermeiro pode prescrever direitinho... Nós não conseguimos implantar, né? Isso é complicado. Eu acho que precisa até pra que o enfermeiro seja mais respeitado pela equipe de auxiliares de enfermagem. Saber que ele é diferente. Ele é diferente. E é importante, eu acho, executar essas coisas. Então, eu acho que precisa fazer a consulta de enfermagem. Uma das coisas que eu vejo, não tem muito poder de organização, assim de se organizar, de organizar o serviço, né? O que é que vai executar durante o dia, fica tudo muito perdido. Eles têm muito desejo de fazer, treinamento para a equipe de auxiliares, um monte de coisas, só que acaba não se concretizando, porque vai se perdendo no dia, no bolo. Eu vou tentar fazer com eles agora um cronograma de algumas atividades, pro ano de 2004. Treinamentos para a equipe, porque eu acho que isso é importante. Treinamento, supervisão, tem coisa que eu acho que é importante e tá deixando de fazer. Isso é o que*

*acontece no São Cristóvão, não sei se acontece em outras unidades. Mas eles não ocupam o espaço que é dado...” (Cristina, CS São Cristóvão)*

*“Agora com esse programa de saúde da família, a enfermeira, ela tem mais espaço pra atuar, fazer seu serviço de enfermagem, de produzir, alguém acha que a enfermagem... E mais status mesmo, tem seus objetivos, atendimento individual, ter sua agenda, melhorar a qualidade do trabalho do centro de saúde, de tudo, dos auxiliares, trabalhar com grupos, se aprimorar, que a gente não sabe nada, entra sem saber nada e vai aprender no dia-a-dia.” (Eunice, CS Ipaussurama)*

Então, que papel ou que espaço é esse que as enfermeiras precisam ocupar, na percepção das entrevistadas? Esse espaço que algumas enfermeiras percebem estar ocupando após a implementação Paidéia e outras desejariam ocupar, pelo que podemos observar, diz respeito à realização de consulta de enfermagem/atendimento individual, visitas domiciliárias, sistematização da assistência de enfermagem, grupos educativos e, na opinião de uma das coordenadoras enfermeiras, os treinamentos e supervisão da equipe de enfermagem.

Essa mesma valorização da assistência e das atividades citadas acima, em especial da consulta de enfermagem, pôde ser percebida durante a observação. Nas unidades em que, por exemplo, as enfermeiras não têm agenda, isso é considerado um ponto negativo, em virtude da falta de organização e priorização das atividades para alcançar o objetivo de realizar um número maior de consultas de enfermagem e atendimentos individuais. Há uma valorização do atendimento individual, da consulta, como sendo a representação “ideal” do cuidado de enfermagem em saúde coletiva, como se essa fosse a atividade-símbolo desse cuidado e, portanto, do trabalho de enfermagem na rede básica. Essa valorização ocorre tanto nas unidades em que as enfermeiras já têm um trabalho mais consolidado nesse sentido (CS São Marcos e Joaquim Egídio), quanto nos demais, enquanto uma meta a ser alcançada.

QUEIROZ e SALUM (2001) discutem que é preciso desmistificar a consulta de enfermagem, visto que, se analisada com base em parâmetros de eficiência, ela apresenta baixo desempenho como instrumento da assistência de enfermagem e não consegue alcançar o objetivo de causar impacto real na saúde da população, ou seja, não consegue determinar alterações efetivas no objeto da

intervenção em saúde, que são os perfis epidemiológicos do coletivo. A consulta de enfermagem deve ser considerada como mais um meio do processo de trabalho de assistência necessário à integralidade da atenção à saúde (QUEIROZ e SALUM, 2001), mas não deve ter um status de valorização que não corresponde com sua capacidade restrita de transformação do objeto de trabalho.

Foi possível identificar, portanto, uma valorização do cuidado direto voltado para a atenção individual em detrimento de outras atividades (ligadas, por exemplo, à organização do serviço ou à supervisão da equipe), como se este fosse o foco central de atuação das enfermeiras. Entendemos que é preciso superar esse equívoco na busca da especificidade da enfermeira, que contrapõe o cuidar às atividades de gestão (do processo de trabalho, da equipe ou do próprio cuidado), inclusive porque essas são atividades meio para viabilizar o cuidado direto e, historicamente, vêm sendo desenvolvidas pelas enfermeiras na Saúde Pública.

Consideramos que o cuidado direto é fundamental para a atuação da enfermeira na rede básica, no entanto, questionamos uma concepção restrita de cuidado de enfermagem que não consegue extrapolar o âmbito individual. O cuidado da enfermagem em Saúde Coletiva deve ser bastante mais amplo do que o que aparece no discurso das enfermeiras entrevistadas, se pretende ser instrumento de mudanças significativas na situação de saúde do coletivo.

Entendemos que essa valorização do cuidado direto individual não está expressa nas diretrizes do Projeto Paidéia que, pelo contrário, propõe a ampliação das ações de saúde coletiva no nível local. O modelo não trazia isso entre suas propostas, no entanto, as enfermeiras dos Centros de Saúde perceberam essa mudança em seu trabalho como tendo sido trazida pelo modelo.

Essa aparente incoerência pode ser analisada como uma possibilidade de leitura equivocada das propostas do Paidéia que valorizam a Clínica como instrumento privilegiado de trabalho em Saúde Coletiva, desde que em uma concepção ampliada, manifesta na diretriz específica sobre “Clínica Ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local”. As enfermeiras podem ter

se apropriado de uma forma restrita dessa valorização da Clínica, sem contudo conseguir ampliá-la na perspectiva da Saúde Coletiva.

Pode-se compreender que se configura, nesse caso, uma situação em que se conforma a supremacia da Clínica em relação à Epidemiologia, reproduzindo e reiterando o modelo hegemônico, que também se traduz nas práticas das enfermeiras, uma vez que o retorno pessoal, o reconhecimento do trabalho e mesmo a visualização do resultado são muito mais imediatos, concretos e palpáveis na atenção individual do que na perspectiva coletiva. E essa manutenção de uma perspectiva que privilegia a Clínica se dá ainda que a intenção da proposta do Projeto Paidéia seja um articulação produtiva entre ambas (Clínica e Epidemiologia).

## **NECESSIDADES DE SAÚDE**

A leitura do material coletado evidenciou um dado relevante: duas das 15 entrevistadas afirmaram que o centro de saúde não atende às necessidades de saúde da população. Nas demais, responderam que atende em parte ou de forma insuficiente, na avaliação de cada uma. Entendemos, então, que as entrevistadas avaliam que as necessidades de saúde da população não vem sendo atendidas suficientemente pelo serviço, diante daquilo que acreditam que seria adequado.

A partir dessa resposta inicial, foram feitas outras perguntas para tentar apreender os motivos dessa avaliação das entrevistadas a respeito do atendimento das necessidades dos usuários, conforme mencionamos na introdução desse capítulo. Os dados obtidos demonstraram uma concepção bastante restrita das trabalhadoras acerca das necessidades de saúde e das formas de satisfazê-las, o que nos chamou a atenção tendo em vista a centralidade da questão das necessidades quando pensamos em processo de trabalho, considerando o referencial teórico adotado para este estudo. A análise desses dados nos pareceu fundamental para a caracterização do processo de trabalho de enfermagem.

De acordo com o que vimos nas considerações teóricas, temos dois enfoques diferentes para a organização do processo de trabalho em saúde: de

acordo com a demanda e voltado para a satisfação de necessidades. Os dados obtidos através das entrevistas e da observação mostraram que o trabalho de enfermagem, nas unidades estudadas, ainda está bastante orientado para a demanda, denominada pelos trabalhadores como “queixa”. Há exceções, mas predomina uma concepção restrita das necessidades de saúde, como se fosse sempre sinônimo da “queixa”, ficando sob responsabilidade do usuário identificar a necessidade, avaliar a pertinência da busca pelo serviço de saúde para atendê-la e expressá-la adequadamente para a equipe.

*“Então, a gente tem uma demanda que cresce dia a dia e isso dificulta. (...) Então, assim, eu acho que atende, mas a gente tá sobrecarregado. Atende? Atende, tá? Só que nós estamos sobrecarregados, nós temos, o nosso serviço é em cima da necessidade da população, quanto mais a população bate na nossa porta... Porque hoje, o centro de saúde é a única porta de entrada pro sistema, ele é a porta, porque os PSs estão com a porta diminuída, eles referenciam ao centro de saúde também. Então, você teria que ter uma equipe, se fosse assim, maior pra esse acolhimento de porta. A gente trabalha em cima de demanda, então você acaba tendo que atender muita gente no mesmo tempo em que você atenderia um menor número de pessoas.” (Carla, CS Paranapanema)*

*“Eu acho que a gente atende, eu acho que a gente não consegue é atender todo mundo. Acho que a questão da demanda é uma coisa muito complicada, mas eu acho que o que a população necessita, eu acho que a gente oferece, a questão da quantidade é o que é o problema. Você ter, por exemplo, médico 24 horas, não 24 horas, mas o dia inteiro, todos os dias. Por exemplo, eu tenho as especialidades de GO, pediatria, clínica, os exames todos, os medicamentos. Eu acho que precisa é ir mais, eu hoje preciso de pediatra, eu precisaria de mais um clínico, a quantidade eu acho que precisa aumentar, mas a oferta daquilo que a gente... O cardápio é o que a gente precisa. (...) Aqui no centro de saúde eu acho que a gente tem, em termos de oferta, eu acho que é o que a gente precisa, o que a população necessita, agora a quantidade... O número de profissionais, né?” (Célia, CS Ipaussurama)*

Nas duas entrevistas, as coordenadoras de unidade entendem que há um problema no atendimento às necessidades de saúde da população e o circunscrevem ao atendimento da demanda. Carla, inclusive, afirma que o trabalho do centro de saúde é “*em cima da necessidade da população, quanto mais a população bate na nossa porta...*”, considerando a necessidade da população de modo restrito, como sendo tão somente aquilo que bate à porta do centro de saúde.

A predominância da abordagem orientada para o atendimento das demandas dos usuários pode ser percebida de outras formas também. Por

exemplo, grande parte do trabalho de enfermagem está voltada para a realização do Acolhimento<sup>10</sup>, que aparece nas unidades como forma de dar resposta à demanda espontânea dos usuários do serviço e que pode e deve extrapolar uma organização mais voltada para o pronto-atendimento das queixas trazidas pelos usuários, mas que não tem conseguido muito mais que isso, como pudemos observar durante o trabalho de campo e discutiremos mais adiante.

Entendemos que as “queixas” dos usuários, conforme a equipe de enfermagem denomina o que estamos chamando de demandas, tem sido o foco de atenção do trabalho de enfermagem. Há uma alta frequência de referência a “queixa” em todo o material resultante do trabalho de campo:

- para explicar o fluxo dos usuários - “o usuário que vem com queixa passa no Acolhimento”, “se não tem queixa então não vai passar no médico, né?”, “aí vai depender da queixa”, “o auxiliar pode atender se a queixa não for clínica”, “daí eu pergunto: então, qual é a queixa? Veio por quê? E aí direciono, né?”
- para analisar o atendimento das necessidades - “a demanda é muito grande, então, acaba não dando conta de todo mundo”, “é muita coisa batendo na porta”, “é gente demais chegando aqui, o tempo todo, então, nem sempre dá pra atender direitinho”, “Você acaba vendo aquelas pessoas que vêm todo dia com as mesmas queixas, então, você amplia o olhar pra outras coisas”, “não, a demanda é muito grande, o tempo todo gente aqui”
- para explicar a organização do processo de trabalho - “a gente trabalha em cima da demanda”, “tem que tomar cuidado senão vira queixa-conduta, fica fazendo só pronto-atendimento”
- para explicar o trabalho no Acolhimento - “a gente tem que ouvir o paciente, ver a queixa do paciente”, “então, a gente chega pergunta a queixa pra ele, ele fala, você percebendo que é uma coisa mais reservada, você leva, faz o acolhimento dele”, “O médico atende o paciente no Acolhimento, o paciente

---

<sup>10</sup> O Acolhimento, pela importância que demonstrou ter na organização do processo de trabalho de enfermagem, durante o trabalho de campo, será analisado separadamente. A menção a essa questão aparece aqui como exemplo e poderá ser melhor compreendida mais adiante.

que vem com queixa e daí ele passa pra rotina depois”, “teoricamente, não poderíamos dispensar um paciente com queixa, mas na prática a gente vê que a gente dispensa, porque a gente não tem como tratar todo mundo”, “você muitas vezes tá fazendo o essencial mesmo, a correria de sempre, mas eu acho que isso é um pouco mais agora, por conta da demanda, da procura, é a nossa situação”.

A “queixa”, ou demanda, tem sido na maioria das vezes, portanto, o principal orientador da prática de enfermagem e da organização do serviço,.vejamos mais alguns exemplos disso:

No CS Joaquim Egídio, por exemplo, a auxiliar de enfermagem Ana Elisa avalia que o centro de saúde já atendeu melhor as necessidades de saúde da população, mas que, no momento, dadas as circunstâncias em que o número de auxiliares de enfermagem é insuficiente para a realização de todas atividades do CS, tem se trabalhado apenas na lógica do atendimento dos problemas mais imediatos, daquilo que é essencial e que trouxe o usuário ao serviço:

*“A mãezinha tá aí, é uma criança super saudável, no olhometro, assim dá pra ver, o essencial assim, naquele momento, é a vacina, então, é aquilo que você vai fazer, então, frustra um pouco essa coisa, você não conseguir fazer o que é a rotina mesmo, do que é importante também, mas não é o que é o essencial naquele momento. (...) Eu acho que a gente já conseguiu dar um atendimento de uma certa forma melhor, quando nós tínhamos esse pessoal pra fazer as coisas com mais tempo. Hoje em dia, a gente tem muitas vezes que tá fazendo só o curativo, porque você não tem tempo, você tá atendendo uma pessoa, sabendo que tem muitas outras esperando e que não tem gente suficiente pra fazer aquilo tudo. Então, eu acho que a gente já fez um trabalho de prevenção que também é muito importante e hoje em dia não tem dado mais conta de fazer. Porque é como eu falei, pra você a criança que vem pra ser pesada, medida, pra você ver como está sendo a alimentação e você tem que se preocupar também com aquela que tá saudável, pra ela nunca ser uma criança de risco, mas muitas vezes você não dá conta de... Assim, muitas vezes você pega, mede peso, estatura, perímetro cefálico, torácico quando é menor, tá tudo bem, mãe, com a criança? Tá, faz a vacina e tchau. Não é assim que a gente gostaria de trabalhar, né? Só as coisas mais gritantes, tá chamando muita atenção, então, isso não é legal, não é assim que a gente sempre trabalhou.” (Ana Elisa, CS Joaquim Egídio)*

Percebemos que há um entendimento de que o trabalho não deve se restringir à demanda mais imediata do usuário e que deve buscar investigar outras necessidades que não estejam explícitas, mas que necessitem de atenção também. No entanto, a diminuição de trabalhadores na equipe tem trazido como

conseqüência a impossibilidade de fazer esse outro trabalho, com um olhar mais ampliado para as necessidades de saúde, para a identificação de risco e para a prevenção de agravos. As condições de trabalho (ou a falta delas, no caso) têm determinado uma organização do processo de trabalho orientada para a demanda, para o atendimento das queixas dos usuários.

No CS São Cristóvão, um exemplo da organização do processo de trabalho voltado para o atendimento da demanda, predominantemente, é a proposta de fluxo dos usuários dentro da unidade que estava em discussão no período de coleta de dados. Ainda que possamos identificar, durante a observação e as entrevistas, uma preocupação importante da equipe com a realização de ações de atenção à saúde coletiva, de prevenção e promoção da saúde, com o trabalho intersetorial, com o atendimento das necessidades de saúde da população – e de fato presenciemos ações nesse sentido, não se trata apenas de uma preocupação – a proposta de reorganização do fluxo tende a direcionar o trabalho da equipe de enfermagem principalmente para o atendimento da demanda, pela importância que se atribui ao Acolhimento, enquanto recepção da demanda, dentro do processo de trabalho.

*“Mas a gente vai mudar, nesse novo fluxo que eu tô propondo, vai ser por equipe. Então, o curativo, o... a administração de medicamentos, informações gerais ao paciente. A vacina, no primeiro momento, ainda vai manter, assim... Não por equipe, então fica... Mas eu vou tá treinando pra gente poder treinar a equipe inteira a aplicar vacina. Então, chegou a vacina, vai lá: é da minha equipe? Eu tô sem fazer nada? Então, eu vou lá e faço a vacina. Então, a escala da enfermagem ela vai mudar, ela vai... A gente... Eu pretendo implantar esse novo fluxo, eu vou discutir com eles a semana que vem, mas eu pretendo implantar a partir do dia 26. Então, a escala muda, não vai ter... Então, hoje, eu tenho uma pessoa escalada no curativo, uma na sala de observação, onde faz... atende paciente com queixa aguda, faz administração de medicamentos, essa coisa toda. Então, ela muda. Então, eu vou ter um grande número de pessoas na recepção. Das três equipes, é... Tem alguns momentos, quando não é uma reunião de equipe, quando acontece reunião de equipe, aí vai ter que... As duas equipes que vão pra fora, vão ter, lógico, que ajudar a equipe que tá lá em reunião. Então, quando tem grupo tal, mas no pior das hipóteses vai ter uma pessoa de cada equipe, sempre, no balcão da recepção. E o fluxo vai ser dividido em três, então... Você pega por equipe, vão receber os cartõezinhos, senhas da cor da equipe e aí a pessoa senta e espera e a gente vai atender. Então, chegou um curativo da equipe azul, a auxiliar de enfermagem da equipe azul acolhe, vai lá, faz o curativo e volta para a recepção para pegar o segundo caso.”*  
(Cristina, CS São Cristóvão)

O novo fluxo, de acordo com a fala de Cristina e com o fluxograma que ela nos mostrou, prevê um número maior de auxiliares de enfermagem na recepção, atendendo à demanda espontânea, de acordo com a Equipe de Referência. Assim, o trabalho das auxiliares de enfermagem acabaria privilegiando a recepção e, portanto, o atendimento da demanda espontânea. Os usuários que procuram o serviço seriam atendidos pela ordem de chegada e de acordo com a avaliação feita na recepção pela auxiliar de enfermagem de sua Equipe de Referência que se responsabilizaria pelo atendimento ou por seu encaminhamento dentro da unidade.

Entendemos que há uma valorização, na organização do processo de trabalho de enfermagem, do atendimento à demanda espontânea da recepção e à realização do Acolhimento como um atendimento de enfermagem a essa demanda. Isso não exclui que outras atividades continuem a ser realizadas pela equipe, que privilegiem o atendimento às necessidades de saúde. E, inclusive, o Acolhimento, nesses moldes, como uma etapa do processo de trabalho que tem como objetivo atender à demanda espontânea, pode ser um momento de identificação e satisfação de necessidades, a depender de como se desenvolva. Mas, ainda assim, haverá um privilégio ao atendimento da demanda espontânea, da queixa, portanto o foco de atenção pode acabar se restringindo à mera atenção ao problema de saúde percebido pelos usuários que chegam à unidade, o que não contempla suficientemente o objeto nem a finalidade do trabalho em Saúde Coletiva.

A partir das entrevistas, podemos, então, diferenciar alguns tipos de queixas que os trabalhadores de saúde identificam como sendo “necessidades” dos usuários. Denominam de *queixa clínica* as situações em que o usuário relata um problema de saúde e solicita consulta médica. A queixa clínica pode ser aguda (urgências e emergências, ou seja, problemas de saúde que exigem atendimento imediato e são consideradas prioritárias pelos trabalhadores) ou crônica (problemas de saúde que já datam de algum tempo e que, se puderam esperar até aquele momento, podem esperar até haver vaga na agenda, ou seja, não são

consideradas prioritárias pelos trabalhadores e podem aguardar, não requerem consulta médica imediata).

Há também o que alguns chamam de “*queixa não clínica*” (Carla – CS Paranapanema) ou “*não exatamente uma queixa*” (Eulália – CS São Marcos e outros), ou seja, demandas dos usuários que não são exatamente problemas de saúde, como por exemplo: transcrição de receita, resultados de exame, retirada de medicação na farmácia sem receita etc. Entram nessa categoria também os chamados “problemas sociais” ou “problemas psicológicos”. Discutiremos mais adiante os tipos de necessidades de saúde percebidas pelos usuários e sua natureza, nesse momento nosso objetivo é indicar que o enfoque é na queixa ou na demanda e indicar que há diversos tipos de queixas identificados pela equipe.

A identificação de necessidades está continuamente em processo nos serviços de saúde, ainda que o trabalhador, a equipe ou o serviço não alcance a complexidade dessas necessidades e consiga perceber apenas as mais explícitas ou ainda atender somente a demanda expressa pelos usuários. O processo de produção de serviços de saúde necessariamente passa pela identificação de necessidades que precisam ser atendidas pela intervenção em saúde, não obstante que o resultado dessa identificação seja superficial e insuficiente diante da complexidade da “cesta de necessidades” (CECÍLIO, 2001) que o usuário traz ao serviço. O que queremos dizer é que mesmo sem ter clareza ou consciência desse processo, o trabalhador de saúde está constantemente identificando, atribuindo e mesmo instaurando necessidades de saúde do usuário.

Sendo assim, todo trabalhador de enfermagem que está inserido no processo de produção de serviços de saúde possui uma concepção acerca das necessidades de saúde dos usuários que atende: quais são? De que natureza são? Como é possível atendê-las? E essa concepção pauta a forma como o trabalhador relaciona-se com o usuário na identificação dessas necessidades, a seleção das intervenções possíveis e necessárias e a avaliação do sucesso no atendimento dessas necessidades.

A partir dessa idéia inicial, buscamos identificar, na fala dos trabalhadores, que concepção trazem acerca das necessidades de saúde dos usuários e das

formas de satisfazê-las. Para proceder essa análise dos dados, utilizamos a taxonomia das necessidades de saúde adotada por CECÍLIO (2001) que as organiza em quatro grandes agrupamentos: necessidade de “boas condições de vida”, necessidade de acesso a toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida e possibilidade de consumi-la, necessidade de vínculo entre usuário e equipe/trabalhador e necessidade de graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida.

### **Necessidades de “boas condições de vida”**

Entendemos que a questão central na compreensão do que sejam essas “boas condições de vida” situa-se no reconhecimento de que os modos como se vive e se trabalha traduzem-se em diferentes necessidades de saúde. Como já afirmamos e reafirmamos em diferentes momentos, significa dizer que os perfis de reprodução social – o modo como homens e mulheres estão inseridos nos processos de reprodução social na sociedade capitalista – e os perfis saúde-doença articulam-se na constituição dos perfis epidemiológicos que são o objeto do trabalho em saúde e que “revelam” as necessidades de saúde (CAMPOS, 2004).

A referência, por parte das entrevistadas, de necessidades de saúde dos usuários que se referem às condições de vida e trabalho não foi muito freqüente. Três pessoas mencionaram explicitamente esse aspecto quando questionadas sobre o atendimento das necessidades de saúde da população pelo serviço de saúde, ainda assim restringindo-se praticamente apenas aos modos de viver, com apenas uma pequena referência à falta de emprego como determinante de necessidades de saúde que não estão sendo satisfeitas pelo CS. Essa categoria de necessidades é traduzida pela equipe, geralmente, como “problemas sociais”.

*“Trabalhar no centro de saúde, você tem que gostar. Tem que vestir a camisa, você tem que saber que você tá trabalhando com gente que não tem, não tem nada de cultura, não tem nível cultural nenhum, totalmente dependente do governo, pra tudo mesmo, até pra comer, pra ver auxílio, passe... Pra eles se locomover de um lado pro outro, pra eles comerem, tomar remédio, pra tudo eles dependem do governo.” (Ana Emília, CS Paranapanema)*

*“Olha, a gente lida com uma população muito carente, né? Desemprego, alimentação, falta de alimento, então é muito... A gente tem... A maioria que vem é mesmo, é mesmo alimentação, não é tanto a doença, né? Tem doença também, mas a gente lida com um população muito pobre, muito carente. O difícil é isso. É difícil, porque a gente tem assim... Não tem como. A gente faz ali... As assistentes sociais, a gente encaminha os casos pras assistentes, mas nem tudo, elas... A demanda é grande, nem tudo elas podem ajudar, porque elas correm atrás também de alimentos, de cestas básicas. Nem tudo, entendeu? O difícil é isso.” (Ana Estela, CS Ipaussurama)*

*“Outra necessidade que a gente também não, nós não conseguimos dar conta, é... Aí mais com o território, que é desencadear parcerias no sentido de promover lazer pra população. Porque aqui o pessoal tem muito problema psiquiátrico, mas você percebe nitidamente que a causa desses problemas é por conta da vida que essa pessoa leva, uma vida que não tem nada, não tem lazer, não tem o que comer, não tem... uma vida desgraçada. Então, quer dizer, a gente precisava oferecer coisas para que essas pessoas relaxassem, para que elas façam outras coisas, né? Então a gente também não conseguiu desencadear. E precisa, isso precisa muito desencadear. Então tem projeto escrito aqui, de praça, por exemplo, de revitalização de espaço, de transformação de espaço em praça. É... Pessoal quer fazer parcerias com a cultura, pra colocar, trazer, por exemplo, música, trazer dança, trazer coisas pra população. Que isso daí resolveria em partes nosso problema, nossos problemas aí de ordem psiquiátrica e também para tirar os adolescentes da rua. Envolvê-los com a cultura, né? Nesse sentido, esporte e cultura e lazer, e tentar trazê-los para uma vida melhor e diminuir o tráfico, o uso de drogas, álcool, e, conseqüentemente, diminuir as nossas causas de morte por armas de fogo, que é a primeira causa de morte no Centro são essas. É... causas externas, que é a... Então a gente tem isso daí, porque isso exige muita energia, Maíra.” (Cristina, CS São Cristóvão)*

Reconhecemos que alguns trabalhadores têm a percepção da complexidade dos problemas de saúde com os quais têm que trabalhar, contudo numa perspectiva em relação à clientela que a identifica como carente, pobre, sem considerar de modo crítico os determinantes de tal situação cultural, econômica e social, bem como, sem reconhecimento da abrangência e intersectorialidade das questões envolvidas nos “problemas sociais” que aparecem como demanda nos Centros de Saúde.

### **Necessidade de acesso a consulta e serviços médicos e outras tecnologias de saúde**

Todos os dados obtidos nesta pesquisa apontam no sentido de que o que é mais comumente reconhecido pelos trabalhadores como “necessidade de saúde” é a demanda por consultas médicas. Quando questionadas a respeito da

avaliação que faziam sobre se o CS vinha atendendo as necessidades de saúde da população, sete das 15 entrevistadas responderam negativamente e justificaram sua resposta indicando que a incapacidade de atender às necessidades é causada pela insuficiência do número de consultas médicas, pela falta de médicos, pela dificuldade no agendamento de especialidades, pela ausência de um pronto-atendimento na região ou pela carência de exames laboratoriais mais complexos na unidade ou em outros níveis de atenção para onde se possa referenciar os usuários. Vejamos alguns exemplos:

*“Ai, em parte, porque assim... É... Eu (risos), eu sinto que um PA [na região] ajudaria muito nosso trabalho no Paidéia, porque a gente teria um pronto-atendimento lá e poderia fazer mais programa pra cá. Então a gente tem uma demanda que cresce dia a dia e isso dificulta. Então, eu...” (Carla, CS Paranapanema)*

*“É, não... Sabe o que que eu pensei? Eu pensei que o SUS não faz ressonância magnética há dois anos, não paga, porque é caro. Não sei, alguma coisa em instância superior que chegou apresentando: não fazemos ressonância magnética. Então, ele faz quase tudo, pra mim é quase tudo, porque se eu precisar de uma ressonância, acabou. Por outro lado, ele faz muito dentro das outras coisas que estão dentro de uma governabilidade mais nossa, né? A gente consegue acolher os mais variados tipos de pessoas que entram aqui. Tem porta pra todo mundo. Largas, não são portas estreitas. As estreitas são muito raras, mas são poucos os que precisam. Eu brinco com essa história da ressonância, mas olha, nos últimos três meses, eu acho que eu tive três indicações de ressonância. São três que não puderam fazer, pra mim é uma quantidade grande. Mas se a gente vê no geral, do que o SUS oferece, não é tão grande. Eu acho que é isso, resolve. Tá resolvendo muito mais, tá muito mais resolutivo agora.” (Egle, CS São Marcos)*

*“Você ter, por exemplo, médico 24 horas, não 24 horas, mas o dia inteiro, todos os dias. Por exemplo, eu tenho as especialidades de GO, pediatria, clínica, os exames todos, os medicamentos. Eu acho que precisa é ir mais, eu hoje preciso de pediatra, eu precisaria de mais um clínico, a quantidade eu acho que precisa aumentar, mas a oferta daquilo que a gente... O cardápio é o que a gente precisa. Eu acho que a rede de Campinas, como um todo, ela oferece tudo. Você tem desde o exame mais simples até ao mais sofisticado, a questão é a quantidade. Por exemplo, hoje, ultrassom, se tem todos os tipos de ultrassom e são marcados aqui, não é marcado por telefone, talvez melhore, a tendência é essa, você melhorar o acesso dos pacientes, as ofertas, não ter que vir aqui pra agendar uma consulta ou um exame. Hoje os convênios proporcionam isso. Então, eu acho que precisa melhorar a infra-estrutura, em algumas especialidades que ainda não tem, mas acho que é... (...) Pra mim, eu acho que talvez, pra facilitar, ter um serviço de raio-X aqui dentro, eu acho que isso. Às vezes você quer ver um raio-X urgente, por exemplo, odonto tá aqui dentro, eu tinha esquecido de falar disso. Ou um laboratório, mas aí um laboratório dentro da unidade, talvez melhoraria, isso, um laboratório e um raio-X, que eu acho que... Mas aí eu também não sei se eu estaria transformando isso aqui num pronto-atendimento, aí*

*fugiria um pouco do que é o enfoque, que a unidade tem, né?” (Célia, CS Ipaussurama)*

*“Olha, é aquilo que eu te falei, a demanda é grande, né? A demanda é grande. Mas eu acho que a gente tá melhorando, tanto nas especialidades, que era assim, ultrassom a demanda era muito grande, agora a gente já conseguiu... Nossa, então as vagas chegando, né? Porque a gente tem mais de sete tipos de ultrassom, chegando as vagas... Eu acho que a gente demanda... É aquela coisa, a demanda é grande, às vezes não dá, né? De todo mundo. Mas, na medida do possível, eu acho que o centro de saúde...” (Ana Estela, CS Ipaussurama)*

Estes trechos demonstram uma concepção bastante restrita sobre necessidades de saúde, muito circunscrita ao acesso a procedimentos. Entendem que o CS não atende integralmente às necessidades de saúde da população e, quando são questionadas sobre o que seria necessário para alcançar uma satisfação maior dessas necessidades, enumeram questões como: mais médicos, um pronto-atendimento, mais vagas para especialidades, mais exames diagnósticos etc., podemos supor, assim, que para as entrevistadas essas são respostas adequadas – e talvez possamos mesmo dizer suficientes – para as necessidades que identificam nos usuários.

CECÍLIO (2001, p. 114) define as necessidades de acesso às tecnologias de saúde como sendo “a necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”, entendendo aí tecnologia no conceito ampliado proposto por MERHY (1997) de tecnologias leves, leve-duras e duras e aceitando que não há uma hierarquização entre elas, sendo cada uma delas tão importante relativamente à necessidade de cada pessoa, em cada momento, daquele tipo específico de tecnologia.

Outra questão que consideramos importante destacar foi a constante referência a outros níveis de atenção em resposta à questão sobre se o Centro de Saúde atendia as necessidades de saúde da população. Tivemos três referências às consultas de especialidades, uma à necessidade de um pronto-atendimento, uma à não realização de ressonância magnética pelo SUS e ainda uma à necessidade de incorporação, ao CS, de serviços que são característicos de outros níveis de atenção (laboratório e raio-X). Outros dados seriam necessários para analisar essa questão, mas podemos, talvez, identificar uma aproximação com uma concepção de que a atenção básica, representada nesse caso pelo

Centro de Saúde, é apenas uma porta de entrada para o sistema, um serviço de passagem, que não possui seu próprio espectro de resolução de problemas e satisfação de necessidades de saúde.

Para além do acesso à consulta médica e exames diagnósticos, temos apenas uma referência à necessidade de outros tipos de serviços ou tecnologias:

*“Eu vou te citar uma coisa que a gente precisa rapidamente fazer, que aqui eu tô emperrada por conta do espaço físico, então, como vai sair a ampliação vai melhorar nossa situação. É... Um dos problemas do século (risos), que é a bendita da... das ósteo... Doenças ósteo-articulares, são as benditas... Dor crônica, isso aí, qualquer CS que você for, 70% da população que procura a unidade hoje é por conta desses problemas. E a gente, é... Ainda não... Nós não temos nenhuma oferta pra essa população, a gente tem o Lian Gong, segunda, quarta e sexta, só que ele é aberto para toda população, não é um grupo terapêutico. Ele funciona mais como um grupo de lazer do que como grupo terapêutico. E a gente precisaria instituir alguma coisa pra esse tipo de patologia de fato terapêutico, onde você monitoraria, né? Se esse paciente tá melhorando ou não. Pra ter parâmetros, para verificar como ele entrou e como saiu, se vai continuar... Essas coisas, pra ver se tá... se é efetivo. Então, essa proposta da secretaria que é do “Corpo e Movimento”, de realmente colocar todo mundo pra fazer exercício e tal. Isso aí ainda não pegou, a gente ainda não conseguiu implantar no São Cristóvão. É uma coisa que precisa ser implantada urgentemente, né? Então, é uma necessidade da população, isso é o que chega aí. Então, precisa, isso é uma das coisas que eu acho importante.” (Cristina, CS São Cristóvão)*

Cristina identifica uma necessidade da população atendida pelo CS – ações voltadas especificamente para as doenças ósteo-articulares que são muito freqüentes entre os usuários – e avalia que a unidade não tem conseguido garantir essas ações. Faz inclusive uma análise sobre os grupos oferecidos pela unidade, uma contraposição entre grupo de lazer e grupo terapêutico. Nesse caso, identificamos que há uma concepção ampliada do que seja necessidade e, mais especificamente, do que pode se constituir como resposta a essa necessidade, em um sentido mais próximo da ampliação de ações de saúde coletiva e do desvio do foco sobre a consulta médica e seus desdobramentos como resposta privilegiada às necessidades de saúde dos usuários.

Entendemos que a equipe de enfermagem tem uma concepção bastante restrita sobre a necessidade de acesso à tecnologia de saúde, reproduzindo uma lógica médico-centrada e medicalizante, que é arcaica e reconhecidamente (desde o final da década de 1980, inclusive pelos organismos nacionais e internacionais em saúde) insuficiente e reducionista.

Há um amplo leque de possibilidades de respostas às necessidades de saúde – que obviamente refletem uma concepção acerca de que necessidades estão em jogo e de que natureza são – que não podem ser reduzidos a consultas médicas e procedimentos, inclusive porque se entendemos a determinação do processo saúde-doença a partir do lugar que as pessoas ocupam no processo de reprodução social e que a intervenção em saúde deve considerar esses determinantes e agir sobre eles, não apenas sobre os resultados, assim, definitivamente, a resposta às necessidades, do nosso ponto de vista, não deveria restringir-se às consultas médicas, procedimentos e medicamentos.

### **Necessidade de vínculo**

O terceiro conjunto de necessidades que compõe a taxonomia que adotamos diz respeito à necessidade de estabelecimento de vínculos efetivos entre usuários e equipes e/ou profissionais de saúde – vínculo entendido aí como “mais do que simples inscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” (CECÍLIO, 2001, p. 115)

Compreendemos, a partir da análise dos dados, que os trabalhadores percebem um tipo de necessidade que poderíamos assumir, inicialmente, como sendo essa necessidade de criação de vínculos de que fala CECÍLIO (2001). Essa questão aparece, principalmente, por referência ao Acolhimento, mais especificamente uma certa interpretação dos trabalhadores a respeito do que seria uma das questões postas no e pelo acolhimento.

É recorrente na fala da equipe de enfermagem, marcadamente das auxiliares de enfermagem, tanto nas entrevistas quanto durante a observação, a noção de que o Acolhimento seria também um espaço para atender os usuários que não têm nenhuma “queixa clínica” ou problema de saúde aparente que justifique a procura pelo serviço. Em geral, essas pessoas são identificadas pela equipe como usuários idosos, em sua maioria, sem uma rede social de apoio, que buscam o CS à procura de alguém para compartilhar seus problemas ou “simplesmente” para conversar.

*“A melhor coisa pra você ser uma boa funcionária de centro de saúde é você olhar o paciente como um todo, principalmente o emocional, que os pacientes que freqüentam o centro de saúde, eles têm o emocional muito abalado, têm uma vida muito sofrida, né? Então, você tem que... Você tá vendo ele emocionalmente e tá procurando sentir, por exemplo, se ele chega aqui com uma crise, chorando, dizendo que tá hipertenso, tá com a glicemia alterada, você tem que já logo tá perguntando o emocional dele, aí você já descobre que tem um fator, né? Alguma coisa que fez com que aquilo acontecesse com aquela diabete ou aquela hipertensão descompensasse. Aí você já tem que entrar nos sistemas de medicamentos e também entra com terapia, então, a gente chega pergunta a queixa pra ele, ele fala, você percebendo que é uma coisa mais reservada, você leva, faz o Acolhimento dele, conversa, às vezes ele só quer desabafar mesmo, quer falar da doença dele, quer desabafar, então, como a gente não tem muito tempo, a gente acaba pedindo pra uma psicóloga ou uma terapeuta tá ajudando a gente fazendo este cuidado.” (Ana Emília, CS Paranapanema)*

*“O que eu entendo do Acolhimento? Por exemplo, se chega uma pessoa aí, às vezes ela não tem nada, ela só quer uma conversa, entendeu? Você tem que acolher essa pessoa, por numa sala, escutar o que ela tem pra dizer, né? Às vezes ela nem precisa de medicamento. Quantas vezes a gente já atendeu pessoas que vem aqui e diz: ai, eu tô mal há muitos dias, eu tô sentindo isso, eu tô sentindo aquilo. Você entra na sala com ela, você deixa ela falar um pouco, você ouve ela, você dá mais atenção, às vezes ela não precisa de medicamento, nem de médico, ela sai tranqüila com o seu atendimento. Você verifica a pressão, às vezes eles querem assim, verificar a pressão, acha que tá com a pressão alta, você tem que tirar aquela angústia daquele momento dele, acho que isso é Acolhimento, tá?” (Eunice, CS Ipaussurama)*

*“E outra, o Acolhimento, a gente tem que fazer o Acolhimento de várias maneiras e ainda não chegamos a que tipo de Acolhimento, porque o acolher não é só sentar e ficar pensando o que vai escrever, é ouvir, ouvir o paciente, ver a queixa do paciente, porque às vezes ele vem aqui não atrás de médico, às vezes ele vem aqui porque quer conversar com a gente, quer conversar, ele quer desabafar. Então, o que nós não fazíamos era acolher, a gente apenas atendia, mas não acolhia, hoje a equipe, o que eu... É que o pessoal é mais maduro pra acolher as pessoas, pra acolher a demanda da porta.” (Ana Elena, CS São Cristóvão)*

Essa função atribuída ao Acolhimento nos parece que se fundamenta na identificação, pela equipe, de necessidades dos usuários referidas ao campo afetivo. O que a equipe de enfermagem identifica é uma necessidade do usuário de conversar, desabafar, falar, contar os problemas, que não é compreendida exatamente como uma demanda porque, em geral, como podemos perceber das falas das entrevistadas, esses usuários chegam ao serviço com outras demandas explícitas, outras queixas, e é no diálogo, na investigação da queixa, que identificam uma necessidade que pode supostamente ser atendida pela pessoa que faz o Acolhimento.

Compreendemos que esse tipo de necessidade identificada guarda semelhanças com o que entendemos como sendo “necessidade de criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional”, como proposto na taxonomia de CECÍLIO (2001). Consideramos que é apenas uma aproximação superficial porque o tipo de relação que se estabelece entre trabalhadores e usuários restringe-se ao estabelecimento de vínculo num sentido muito restrito que não favorece a construção da autonomia do usuário, não resulta na proposição de outras respostas à necessidade percebida que ultrapassem a simples escuta, nem sempre se configura em uma relação de fato terapêutica.

O trabalhador que está ali escutando, muitas vezes, pode não se diferenciar de um familiar ou vizinho, com disponibilidade de escutar, no sentido de que não se constitui instrumento terapêutico, em resposta à necessidade original e consiga caminhar para a construção do auto-conhecimento e da autonomia dos usuários. Na maioria das vezes por que este é um repertório que ele não possui nem para usufruto pessoal.

### **Necessidade de graus crescentes de autonomia**

CECÍLIO (2001) afirma que esse último conjunto de necessidades diz respeito à necessidade de as pessoas obterem graus crescentes de autonomia em seu modo de levar a vida, a partir de uma reconceitualização que toma o processo de construção da autonomia dos sujeitos a partir de uma abordagem mais ampla, que entende a informação e a educação como apenas uma parcela desse processo.

A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível. (CECÍLIO, 2001, p. 115)

Se tomarmos a necessidade de construção de autonomia pelos usuários a partir dessa conceituação ampliada que propõe o autor, então teremos que não

houve referência a esse tipo de necessidade por parte das enfermeiras e auxiliares de enfermagem dos Centros de Saúde pesquisados.

Há, no entanto, uma entrevista em que enfermeira discute a satisfação de necessidades dos usuários pelo serviço e aponta algumas questões que podem ser analisadas a partir dessa noção de construção da autonomia, ainda que em um sentido restrito.

*“Não integralmente, né? E eu acho que a gente não vai atender nunca, porque se a gente for ver bem o que que a população quer, eles querem PA, né? Eu acho que a gente tem muito o que trabalhar com a população, pra que eles voltem a se auto-cuidar, porque nós mesmos medicalizamos demais eles. Então, a gente, o que que a gente fala pra eles: se tiver alguma coisa, procure um médico. Não tome remédio por conta. O chá que você toma num presta. Então, nada que ele faz presta, então, as pessoas desaprenderam a se cuidar, porque elas não sabem, né? Tudo que elas fazem é perigoso, não dá conta, não serve, então, tudo... Elas espirram, elas vão no PSJ. Criança teve febre há uma hora, a mãe já tá aqui. Ah, quando começou a febre? Ah, faz uma hora mais ou menos, né? Então, esqueceram que elas podem se cuidar, que febre há uma hora, não tem necessidade delas virem. Então... É, eu acho que as pessoas... A gente tá tendo mais pessoas sensíveis pra entender isso, que não pode continuar medicalizando a população desse jeito, entendeu?, que o serviço não tá dando conta e não vai dar conta nunca, se continuar desse jeito. Esses dias eu tava falando com o pessoal no Núcleo de Saúde Coletiva, que tem que parar de ficar dando diazepam pra esse povo que tá nervoso porque morreu o parente, entendeu? Isso tá virando uma loucura! Sai metade do velório, larga lá o morto com metade das pessoas, a outra metade vem pra cá trazer alguém que tá chorando muito no velório, pra tomar diazepam, entendeu? Então, isso é inviável. Semana passada, nós tivemos assim, teve um dia que a observação tava lotada de gente nervosa, porque tinha passado nervoso em casa, porque tinha brigado com o marido, não sei quê. Tudo lá na observação tomando diazepam. Isso não existe, cara, se cada problema que a gente tiver, a gente vier chorar no centro de saúde. Não vai ter pessoas que dê conta. E assim por diante, né?” (Eulália, CS São Marcos)*

Eulália fala, nesse trecho, sobre a necessidade da equipe de saúde trabalhar no sentido de aumentar a capacidade de autocuidado dos usuários, resgatar a confiança das pessoas no conhecimento que cada um tem a respeito da sua saúde, dos seus problemas de saúde e de estratégias para resolvê-los. Ela analisa ainda a responsabilidade dos trabalhadores da saúde no processo de moldar a demanda dos usuários por consultas, procedimentos e medicamentos, para satisfazer necessidades e solucionar problemas que são de outra ordem e que não podem ser interpretados nem muito menos tratados como problemas de ordem biológica. Essa medicalização da concepção dos usuários – e também dos

trabalhadores – sobre o que é necessidade/problema de saúde e quais as possíveis respostas é fruto justamente do modelo hegemônico de produção de serviços de saúde que centraliza nos saberes e práticas do médico a organização do processo de trabalho e, conseqüentemente, regula a oferta de serviços à população.

O resgate da confiança dos usuários na sua capacidade de autocuidado é uma das nuances da construção da autonomia no modo de levar a vida. Esse resgate, em geral, é entendido como resultado de ações de educação em saúde que instrumentalizem os usuários com informações e habilidades que permitam um maior controle sobre sua saúde. Como já afirmamos anteriormente, o acesso à informação e à educação em saúde é responsável por apenas uma parcela deste processo de construção da autonomia, na forma como o entendemos. Compreender a educação para o autocuidado como responsável por esse processo é reduzi-lo a uma dimensão muito mais simples do que ele de fato tem e significa também atribuir às pessoas individualmente, com suas habilidades e competências, uma responsabilidade que elas não podem alcançar por si apenas.

## ACOLHIMENTO

*“Mudou a questão do Acolhimento, você nunca sabe como é que é, desde quando implantou, eu não sei até hoje o que é.” (Eunice, CS Ipaussurama)*

*“Então, o Paidéia é o Acolhimento.” (Ana Elena, CS São Cristóvão)*

Como vimos no que diz respeito às transformações ocorridas no trabalho de enfermagem com a implantação do Projeto Paidéia nas unidades estudadas, o Acolhimento constitui-se como uma das atividades que mais tem demandado o trabalho da equipe de enfermagem. O Acolhimento aparece, nas entrevistas e na observação do trabalho de campo, como uma atividade nova incorporada no cotidiano do trabalho da enfermagem e que tem ocupado grande parte do tempo das auxiliares e enfermeiras.

Essa já seria uma justificativa suficiente para nos atermos ao estudo do Acolhimento sob a perspectiva de compreender o processo de trabalho de enfermagem na rede básica de Campinas. No entanto, soma-se a isso o fato de termos nos deparado com o Acolhimento como um poderoso desencadeador de alterações na organização do processo de trabalho na unidade como um todo e, mais especificamente, no processo de trabalho de enfermagem.

Uma série de questões contribuiu para essa percepção: o aumento do acesso e, conseqüentemente, da demanda de trabalho para a equipe; o potencial transformador das relações entre trabalhadores e usuários; a reconfiguração da porta de entrada do serviço e, conseqüentemente, do fluxo dos usuários dentro da unidade; a percepção das entrevistadas de que o Acolhimento é um nó crítico da implantação do Projeto Paidéia; as diversas tentativas de organização do processo de trabalho para incorporar o Acolhimento em sua implantação; os conflitos entre trabalhadores e usuários; a atribuição do Acolhimento como função da enfermagem, em especial das auxiliares de enfermagem, dentre outras.

Cada centro de saúde pesquisado apresentava particularidades na organização do que se denominava Acolhimento dentro da unidade. Concepções, formas diferentes, particulares de organizar e fazer Acolhimento, não apenas no que se refere a cada uma das cinco unidades, mas, com freqüência, diferentes mesmo entre trabalhadores dentro da mesma unidade.

Antes de iniciarmos as análises referentes às formas de pensar e fazer Acolhimento nos cinco Centros de Saúde pesquisados, procederemos à delimitação do referencial teórico que guiará nossas análises com relação ao tema. Por ter se constituído como uma categoria empírica, ou seja, que emergiu a partir da leitura dos dados e que não estava posta inicialmente a partir do referencial teórico, procederemos à conceituação e demarcação das ferramentas através das quais analisaremos o acolhimento neste item, o que justifica a ausência desta discussão nas Considerações Teóricas.

Como já explicitamos, entendemos o trabalho em saúde como um modo de trabalhar específico, em que o consumo se dá imediatamente na produção. Por esse motivo, temos a construção de um espaço interseção nos momentos

assistenciais da produção de serviços de saúde entre usuários e trabalhadores, em que ambos vêm instituindo necessidades e modos capturados de agir, num jogo de encontro e negociação de necessidades, o que determina uma maior autonomia no agir dos trabalhadores e equipes (MERHY, 1997).

É a partir dessa noção de processo interseçor como encontro e negociação entre trabalhadores e usuários no sentido da produção de algo que satisfaça necessidades de saúde que situamos o acolhimento, enquanto uma etapa do processo de trabalho e enquanto um modo específico de encontro entre trabalhadores e usuários. Vários autores conceituaram acolhimento, nestas duas diferentes perspectivas, e contribuem, em alguma medida, para sua operacionalização e estudo (MERHY, 1997, FRANCO; BUENO; MERHY, 2003, SILVA JÚNIOR e MASCARENHAS, 2004, MATUMOTO, 2003, TEIXEIRA, 2003).

TEIXEIRA (2003) é um dos autores que trabalha com a abordagem do acolhimento enquanto um modo de se relacionar com os usuários e o define como uma “rede de conversações”. Entendemos que, apesar de partir de um referencial teórico que difere do que adotamos neste estudo, algumas considerações tecidas pelo autor a respeito do acolhimento são úteis para nossas análises com relação ao tema.

O autor propõe a adoção do termo acolhimento-diálogo ou acolhimento dialogado para definir um tipo especial de conversa que se dá (ou deveria se dar) no interior dos serviços de saúde e que é por ele considerada como “uma espécie de mola mestra da lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde” (TEIXEIRA, 2003, p. 99).

A idéia é de que o acolhimento tem um papel e um lugar fundamental na rede de conversações que constitui um serviço de saúde, na verdade, ocupando todos os lugares e tendo o papel de receber e interligar todos os momentos dessa rede e circular por todo o espaço:

É o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de acolher novas possíveis demandas que,

eventualmente, convidam o usuário a freqüentar outros espaços, a entreter outras conversas. (TEIXEIRA, 2003, p. 101)

O “acolhimento dialogado”, como propõe o autor, é uma técnica de conversa ou de relação que teria a competência de interconectar todos os espaços e oferecer ao usuário maior possibilidade de trânsito pela rede. O acolhimento ocorre em todos os encontros assistenciais durante a passagem do usuário pelo serviço, porque se trata efetivamente da contínua investigação/elaboração/negociação das necessidades de saúde que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço, processo que não deve deixar nunca de acontecer nesses encontros (TEIXEIRA, 2003).

Além de definir o papel do acolhimento dialogado na dinâmica do serviço, TEIXEIRA (2003) define também o modo de se fazer o acolhimento. Para isso, estabelece dois traços principais desse dispositivo, já explicitados na própria denominação que propôs: acolhimento-diálogo.

Primeiramente, o acolhimento, que põe em relevo, antes de tudo, o caráter de um acolhimento moral da pessoa (usuária do serviço) e de suas demandas (o que pode envolver, muitas vezes, um sofrimento importante); esse gesto receptivo se faz acompanhar (dentro dos limites dados pelas circunstâncias concretas, como o bom senso faz supor) de um diálogo, que é o segundo traço descritivo desse dispositivo. (TEIXEIRA, 2003, p. 103)

O diálogo pauta-se na busca do reconhecimento cada vez maior das necessidades do usuário e dos modos de satisfazê-las, tendo em vista que as necessidades não são imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente definidas. TEIXEIRA (2003) sintetiza da seguinte forma as disposições morais e cognitivas que estabelece para o acolhimento-diálogo:

- O reconhecimento do outro como um legítimo outro;
- O reconhecimento de cada um como insuficiente;
- O sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes.

Sendo assim, entendemos, conforme TEIXEIRA (2003), que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas o conteúdo de toda atividade

assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos, trânsitos pela rede assistencial.

Esse entendimento aproxima-se do que SILVA JÚNIOR e MASCARENHAS (2004) denominam de acolhimento como postura, que pressupõe uma atitude dos profissionais e da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, a partir de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários.

Há ainda uma outra possibilidade de entendimento do Acolhimento que FRANCO *et al.* (2003, p.39) definem como sendo a possibilidade de olhar para o processo de produção da relação entre usuário e serviço a partir da questão da acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de saúde. Nesse sentido, o Acolhimento aparece como uma etapa do processo,

um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados pelos serviços de acordo com certos modelos de atenção à saúde.

Os objetivos do Acolhimento seriam, a partir dessa perspectiva: ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho. De acordo com SILVA JUNIOR e MASCARENHAS (2004), o Acolhimento entendido como reformulador do processo de trabalho pontua problemas e oferece soluções e respostas, a partir da identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

FRANCO *et al.* (2003) consideram que o Acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a “Equipe de Acolhimento” como atividade central do atendimento aos usuários. Abre-se,

supostamente, a possibilidade para que esses profissionais passem a lançar mão de todas as tecnologias de sua "caixa de ferramentas" para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários ao serviço.

O Acolhimento configurar-se-ia, então, em uma etapa do processo de trabalho responsável pelo atendimento da demanda espontânea. A proposta de implantação do Acolhimento analisada por esses autores, implementada em uma UBS do município de Betim, em Minas Gerais, partia de alguns pressupostos básicos e buscava superá-los:

- A maioria das pessoas que necessitavam de atendimento em saúde estavam excluídas dos serviços.
- As pessoas que procuravam a Unidade de Saúde majoritariamente o faziam em busca da consulta médica, estrangulando completamente este serviço, mesmo que esta não fosse uma necessidade verificada.
- O trabalho na Unidade de Saúde era centrado na pessoa e no saber médico, ficando os outros profissionais subestimados no processo de trabalho, tendo seu potencial para assistência enormemente oprimido, reduzindo a oferta de serviços.
- A relação trabalhador-usuário sofria de crônica degeneração, causada pela alienação dos trabalhadores do seu processo de trabalho, ou seja, este se realizava compartimentado, com os procedimentos sem a necessária integração multidisciplinar. (FRANCO *et al.*, 2003, p. 43)

O Acolhimento surgiu, portanto, como resposta a essas questões: garantia de acesso, alta demanda por consulta médica mesmo sem necessidade, lógica centrada no médico, baixo aproveitamento do potencial para assistência dos demais profissionais e deterioração da relação entre trabalhador e usuário causada pela alienação do processo de trabalho.

Nessa experiência, organizou-se uma Equipe de Acolhimento, composta por profissionais de nível superior e auxiliares de enfermagem, tendo os médicos como "retaguarda", ou seja, atendendo usuários encaminhados por essa equipe

que fazia a escuta no Acolhimento. A partir dessa reorganização do processo de trabalho, as filas de madrugada acabaram e todos os usuários que chegavam ao serviço eram atendidos e acolhidos (FRANCO *et al.*, 2003).

Os autores pontuam algumas mudanças operadas pela implementação do Acolhimento especificamente no trabalho de enfermagem. A enfermeira além de acolher ficou responsável pela supervisão do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem, através da orientação sobre as condutas e a utilização dos protocolos, elaborados pela equipe e que indicavam as condutas a serem tomadas diante das queixas mais comuns dos usuários que procuravam a unidade e as atribuições de cada membro da equipe.

De acordo com a análise desses autores, a reorganização do trabalho a partir do Acolhimento resultou em maior resolubilidade no trabalho da enfermeira na assistência, a partir da definição de protocolos de conduta que incluem a prescrição de vários medicamentos e exames, o que ainda favoreceu o fluxo dos usuários. Além da resolubilidade, houve um aumento na autonomia da enfermeira, autonomia entendida aqui como “a condição de o profissional decidir sobre o seu trabalho, o exercício pleno do ‘saber fazer’ no momento do procedimento assistencial” (FRANCO *et al.*, 2003, p. 45).

Com relação às auxiliares de enfermagem, os autores afirmam o seguinte:

seu trabalho anterior à implantação do Acolhimento resumia-se às atividades próprias da sua função (curativo, injeção, vacina, distribuição de medicamentos) e apoio aos médicos. A Auxiliar de Enfermagem, ao contrário do que era no modelo anterior, deixa de ser apenas um acessório na organização do processo de trabalho na Unidade de Saúde, para assumir a plenitude da sua profissão em benefício do atendimento com qualidade. (FRANCO *et al.*, 2003, 45-46).

Os mesmos autores concluem que o Acolhimento tem como resultado imediato esperado a reversão do modelo tecnoassistencial, mas pode ainda contribuir com o acúmulo de outros ganhos, visto que tem potencial para reorganizar os serviços de saúde a partir do processo de trabalho, construir dispositivos auto-analíticos e autogestionários, além de provocar mudanças

estruturais na forma de gestão do serviço. Apontam também algumas dificuldades, por exemplo: o cuidado em não transformar a unidade em um pronto-atendimento, visto que o esquema de pronto-atendimento deve ser entendido como um recurso adicional no atendimento aos usuários, mas que não pode tornar-se a atividade exclusiva do centro de saúde; dificuldade de adesão dos profissionais médicos ao Acolhimento; necessidade de flexibilização das agendas para atendimento dos usuários encaminhados pela Equipe de Acolhimento; e a conciliação entre trabalho assistencial dentro da unidade e trabalho “extra-muros”.

Temos, então, duas possibilidades de entendimento do Acolhimento expostas aqui: uma como postura, atitude, diante do usuário e suas necessidades, de contínua investigação e negociação das necessidades de saúde e modos de satisfazê-las em todos os momentos de encontro entre usuários e trabalhadores no processo de produção de serviços de saúde. E outra, como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade, uma etapa do processo de trabalho que tem como objetivo atender à demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando as ações receptoras dos usuários no serviço.

Entendemos que elas não são excludentes entre si, que o fato de o Acolhimento constituir-se uma “atividade” ou um “serviço” oferecido pela unidade não impede que se estabeleça uma relação acolhedora em todos os espaços e momentos da produção de serviços de saúde entre a equipe como um todo e os usuários (tanto aqueles representados pela demanda espontânea quanto aqueles que não procuram o serviço, mas também necessitam de atenção).

Compreendemos, no entanto, que há que se ter cuidado com uma outra questão, além daquelas apontadas por FRANCO *et al.* (2003), na adoção da segunda forma de compreender e operacionalizar o Acolhimento nos serviços de saúde: o fato de haver um espaço específico e uma equipe específica para o Acolhimento pode des-responsabilizar o restante da equipe de estabelecer relações acolhedoras e de investigação das necessidades de saúde e comprometimento com sua satisfação nos demais espaços de encontro e de atenção à saúde.

Reconhecemos a importância do Acolhimento como estratégia de ampliação do acesso e qualificação da recepção da demanda espontânea, no entanto, compreendemos que o objetivo maior deve ser o estabelecimento de acolhimento-diálogo entre trabalhadores e usuários continuamente dentro e fora do serviço, na recepção, na consulta, no grupo, na visita domiciliar, na sala de vacina, na intervenção na creche, na escola, nos locais de trabalho etc.

A partir dessas considerações teóricas a respeito do conceito de Acolhimento que adotamos, partiremos para a análise dos dados obtidos no trabalho de campo. A primeira diferenciação que faremos é quanto à concepção acerca do que é Acolhimento. Em quatro CSs (São Marcos, São Cristóvão, Paranapanema e Ipaussurama), o Acolhimento é uma atividade oferecida à população, um “lugar” na organização do serviço, um tipo supostamente novo de atendimento, uma oferta nova no cardápio de opções do centro de saúde para atender às necessidades da população, na direção do que é proposto por FRANCO *et al.* (2003).

Apenas na unidade Joaquim Egídio, o Acolhimento é considerado não um serviço ou um lugar, mas uma forma diferente de fazer em todos os setores da unidade, uma postura ou atitude diante do usuário e das necessidades que ele traz.

Por suas especificidades – destacadamente por ser a única unidade em que os trabalhadores entendem o Acolhimento não como um procedimento, mas como uma atitude, um tipo especial de relação entre trabalhadores e usuários –, o CS Joaquim Egídio será analisado separadamente, justamente porque a concepção é marcadamente diferente e quase todos os aspectos relevantes identificados nas demais unidades não se aplicam a esse centro de saúde.

## **O Acolhimento nos CSs São Marcos, São Cristóvão, Paranapanema e Ipaussurama**

Antes de iniciar a análise dos dados obtidos, apresentaremos uma breve caracterização do Acolhimento nas cinco unidades, identificando, de forma sucinta, a organização do processo de trabalho: portas de entradas do serviço, espaço físico utilizado para o Acolhimento, trabalhadores envolvidos e uma descrição da dinâmica observada.

### **Centro de Saúde Paranapanema**

Porta de Entrada: Recepção

Espaço Físico: Recepção, Sala de Observação, Consultórios Vagos, Salas de Atendimento de Enfermagem

Trabalhadores Envolvidos: Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiras e Médicos

Descrição: Auxiliares de enfermagem da recepção avaliam as queixas e agendam os usuários com queixas agudas nas vagas de Acolhimento nas agendas dos médicos. Quando não há mais vagas ou há falta de médicos, as auxiliares de enfermagem avaliam a queixa e chamam as enfermeiras para atenderem os usuários com queixas agudas. As auxiliares resolvem “queixas não-clínicas”.

### **Centro de Saúde São Marcos**

Porta de Entrada: Salas de Acolhimento

Espaço Físico: Salas de Acolhimento

Trabalhadores Envolvidos: Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiras

Descrição: Os usuários chegam ao serviço e dirigem-se à sala de acolhimento de sua equipe, onde são atendidos por uma auxiliar de enfermagem que avalia a queixa e agenda consultas conforme sua avaliação da necessidade (nas vagas de Acolhimento ou nas vagas de consultas de rotina). As enfermeiras são chamadas para avaliar casos mais complexos, situações em que não há mais vaga para consulta médica e esclarecer dúvidas dos usuários e das auxiliares.

### **Centro de Saúde Ipaussurama**

Porta de Entrada: Recepção e Mesa de Pós-consulta

Espaço Físico: Recepção, Sala de Acolhimento, Consultórios Vagos

Trabalhadores Envolvidos: Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiras

Descrição: Os usuários chegam à unidade e dirigem-se à recepção ou à mesa de pós-consulta. As auxiliares de cada um desses setores avaliam a queixa. Na identificação de queixa aguda, a auxiliar de enfermagem chama outra auxiliar que está escalada no Acolhimento para atender o usuário, de modo mais completo e demorado. Quando há necessidade de consulta médica, há vagas na agenda específicas para esse fim. Quando terminam as vagas, as auxiliares chamam a enfermeira para resolver o caso, conforme a demanda dos usuários ou conforme a avaliação delas de necessidade de consulta médica e de enfermagem.

### **Centro de Saúde São Cristóvão**

Porta de Entrada: Recepção

Espaço Físico: Sala de Observação (urgências e emergências), Sala de Vacina (usuários desejando marcar consulta de Pediatria), Sala de Curativo (usuários desejando marcar consulta com o Clínico), consultórios vagos (usuárias desejando marcar consulta de ginecologia e obstetrícia).

Trabalhadores Envolvidos: Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiras

Descrição: Usuários chegam na recepção, explicam sua necessidade, o auxiliar de enfermagem<sup>11</sup> da recepção avalia a queixa e decide se é um caso para passar em consulta com o médico escalado na retaguarda do Acolhimento ou de agendamento de consulta de rotina. No primeiro caso, ele passa o prontuário para o médico e encaminha o usuário para a espera. No segundo caso, ele encaminha para as respectivas salas de marcação de consultas. As auxiliares responsáveis pelo Acolhimento naquele momento avaliam e já agendam, se a auxiliar julgar que precisa de consulta imediata, encaminha a pasta também para o médico da retaguarda do Acolhimento, enquanto houver vaga.

---

<sup>11</sup> Utilizado no masculino, pois nesse CS é um mesmo funcionário que fica na recepção a maior parte do período, todos os dias.

## **Formas de organizar o processo de trabalho**

Para atender essa demanda dos usuários com “queixas” e que não estão agendados, os centros de saúde organizaram-se de formas diferentes e, em geral, passaram por diversas tentativas de organização até chegarem ao Acolhimento que pudemos observar durante a coleta de dados.

Apesar das particularidades de cada um, uma característica é comum às unidades São Cristóvão, São Marcos e Ipaussurama: o Acolhimento aparece como um atendimento prestado pelo auxiliar de enfermagem para avaliar a queixa do usuário e decidir “se ele vai passar no médico naquele dia ou não”, ou seja, se a demanda que ele traz requer um encaixe nas “vagas de Acolhimento” na agenda diária dos médicos ou se é possível agendar uma consulta médica de rotina.

*“Com o Acolhimento, faz com que a gente atenda tudo, né? E a gente tem que ter um olhar triador importante. Aqui o olhar triador é pra ver se ele vai passar com o médico ou não. Então, é um olhar mais complicado, né?” (Eulália, CS São Marcos)*

*“Tem que fazer uma avaliação, se ela tá com queixa, ela vai pra sala de Acolhimento e aí a gente avalia se tem que passar com o médico ou não.” (Célia, CS Ipaussurama)*

*“Aí, eu quero passar com o médico. A gente fala: olha, meu senhor, o senhor não vai passar direto com o clínico, vai passar com a enfermagem, a enfermagem vai acolher o senhor, né? Avaliar a queixa.” (Ana Estela, CS Ipaussurama)*

Os dados da observação confirmam as falas das entrevistadas. Em todos os Acolhimentos observados nessas unidades, a função do auxiliar de enfermagem restringia-se a avaliar a necessidade de consulta médica e determinar o tempo de espera possível para essa consulta. Convém ressaltar que, nos CSs Ipaussurama e São Cristóvão, algumas vezes essa avaliação não chegava a ser feita no Acolhimento (entendido aqui como um atendimento de enfermagem realizado em um espaço específico), era realizada pelo auxiliar de enfermagem da recepção, ou da mesa de pós-consulta (no caso do CS Ipaussurama).

No CS Paranapanema, a compreensão do que é o Acolhimento parece ter sido um pouco diferente. Pelo que pudemos observar na entrevista com a coordenadora, o Acolhimento seria a primeira consulta com o médico e o atendimento feito pela enfermagem no Acolhimento seria apenas uma forma de

suprir a falta de médico ou os casos em que a agenda de vagas de Acolhimento já estivesse esgotada e fosse necessário um atendimento imediato.

*“Então, hoje nós temos agenda, se eu tenho doze pacientes, quatro retornos e oito pacientes de Acolhimento. Então, a gente não tem assim agenda para primeira consulta, a primeira consulta é o Acolhimento. O médico atende o paciente no Acolhimento, o paciente que vem com queixa e daí ele passa pra rotina depois. Ainda tem muita coisa que enfermagem escuta pra tá passando pro médico, porque a demanda é muito grande, né? Mas a gente deu uma mudança muito grande na agenda e foi legal.” (Carla – CS Paranapanema)*

Nesse centro de saúde, as auxiliares de enfermagem ou os enfermeiros não parecem ter ficado responsáveis pelo Acolhimento, porque o Acolhimento aparentemente ficou sendo sinônimo de consulta médica eventual, sem agendamento. Ainda assim, a enfermagem tem o seu papel de recepção da demanda dos usuários, afinal, avaliam inicialmente a queixa na recepção e, então, agendam a consulta. Em caso de não haver mais vagas, chamam um dos enfermeiros para atender.

*“Se não tem agendamento, se é paciente com queixa aguda, vem para a recepção e aí a auxiliar encaminha. Os médicos têm vagas pra Acolhimento, quando tem queixa aguda, por equipe. Quando não tem médico e é queixa aguda, passa no Acolhimento com a enfermagem, que pede avaliação. Acolhimento da enfermagem é isso, quando não tem médico. Não deveria ser assim, Acolhimento é escuta qualificada, não tapa buraco.” (Edgar – CS Paranapanema)*

*“Dependendo da queixa, já vai direto pra agenda de Acolhimento, se é queixa aguda, o paciente vem com febre, vem com dor, né? A gente verifica a PA e vê que a PA do paciente tá elevada, aí já vai direto pra agenda do médico. Vamos supor que esse paciente tenha queixa, mas aí a agenda já completou, o enfermeiro avalia e, junto com o médico, o médico prescreve, orienta o paciente e logo em seguida a gente já agenda consulta mais rapidinho, entendeu? Pro dia seguinte, tal. Pras vagas de Acolhimento, tem funcionado assim.” (Carla – CS Paranapanema)*

Quando questionada sobre o papel das auxiliares de enfermagem no Acolhimento, Carla respondeu o seguinte:

*“Ah, o Acolhimento é assim, nem tudo que tem é queixa clínica, então, às vezes a gente recebe alguma coisa de... Transcrição de receita, alguma coisa que já foi... Por exemplo, paciente que já é nosso, que perdeu consulta e que necessita de medicamento, de uso contínuo. Então, a gente agenda uma consulta e transcreve receita até aquela data, junto com enfermeiro. Então, a gente faz direcionado, tá? Ou então, algum problema social, que a gente tem que dar encaminhamento, então, a gente faz essa escuta e vai dando encaminhamento. Nem tudo é queixa clínica, então, a gente procura direcionar. Na verdade, o que o auxiliar faz é tá direcionando... Ele ouve o paciente e traz pra gente tá discutindo, porque são três enfermeiros, né? (...) Então, a gente faz essa escuta e*

*vai discutindo, mas sempre com a retaguarda ou do enfermeiro ou do médico, não tem conduta sozinho.” (Carla, CS Paranapanema)*

O Acolhimento, como vimos, deveria ampliar a possibilidade de intervenção dos outros profissionais do centro de saúde que não o médico, ou seja, ampliar o cardápio de ofertas da unidade para atender as necessidades de saúde da população buscando romper com uma lógica médico-centrada. Supostamente o Acolhimento deveria ampliar a resolubilidade das intervenções realizadas pelos outros profissionais, notadamente a enfermagem, numa perspectiva de que as necessidades de saúde da população não podem, nem devem, ser resolvidas exclusivamente através da consulta médica.

No entanto, não notamos essa consequência do Acolhimento nestas quatro unidades pesquisadas. A enfermagem ficou, de fato, responsável pelos Acolhimentos nesses quatro CSs, mas o enfoque percebido por nós foi o da realização de triagem: a função da enfermagem no Acolhimento era basicamente escutar a queixa, avaliar o tipo de queixa e a necessidade de consulta médica. Na verdade, a enfermagem estava cumprindo o papel de atender toda a demanda espontânea, ou a parte dela que não cabia diretamente na agenda médica, e avaliar os casos que requeriam consulta médica imediata ou que poderiam aguardar vaga na agenda. O objetivo principal alcançado pelo Acolhimento, segundo pudemos perceber, foi realizar a triagem da demanda espontânea, reorganizando as agendas dos médicos, priorizando o atendimento de usuários com queixa aguda e sem consulta agendada.

A própria normalização, nas quatro unidades, de que as auxiliares de enfermagem não podem estabelecer conduta nenhuma sozinhas ou que auxiliares e enfermeiras não podem dispensar usuário com queixa sem avaliação médica acaba restringindo a possibilidade de atuação da equipe de enfermagem e mantém uma lógica centrada nos saberes e práticas médicas. O Acolhimento aparece como uma outra atividade de apoio ao trabalho médico, que facilita esse trabalho, organiza, e que acaba por reproduzir essa lógica ao invés de superá-la.

Diferentemente do que aconteceu na experiência de Betim (FRANCO *et al.*, 2003), não há, nestes quatro CS estudados, protocolos de conduta para as queixas mais comuns que orientem o trabalho da equipe de enfermagem e

possibilitem maior autonomia de ação. Há um “Protocolo de Acolhimento”<sup>12</sup> elaborado pela SMS – Campinas, mas que, no entanto, apenas define o que é Acolhimento, nesta perspectiva de atividade que “organiza” o processo de trabalho como um todo, quais são os objetivos e as atribuições de cada membro da equipe, em linhas gerais.

### ***Acolhimento como garantia de acesso e ampliação da demanda***

Nas quatro unidades, houve referência ao fato de que a implementação da proposta de Acolhimento garantiu uma ampliação do acesso ao serviço, com diminuição (ou mesmo eliminação) das filas e incorporação de uma parcela significativa da população que estava excluída das unidades, quando estas funcionavam na lógica anterior – da distribuição de senhas de acordo com a quantidade de consultas de eventuais disponíveis no dia, da inexistência de avaliação da necessidade da consulta, nos dias de abertura de agenda.

*“Então, com o Projeto Paidéia, a gente acabou, embutiram na gente que a gente tem que tirar a fila, nós temos que tirar a fila. Como que tira a fila? Se você ouvir o paciente, ver o que ele quer, acolher ele, realmente acolher.” (Ana Emília, CS Paranapanema)*

*“O que mudou, era aquela coisa, essa implantação do Paidéia, tirou aquela coisa de vir de madrugada, de ter fila, não precisa. (...) a gente orienta os pacientes para isso, que não precisa mais aquela coisa de chegar quatro horas da manhã. Porque tinha um número estipulado, né? Passava daquele estipulado, não dava mais pra atender. Então, eu acho que melhorou muito isso, o paciente não precisa tá vindo de madrugada e às vezes nem conseguindo.” (Ana Estela, CS Ipaussurama)*

*“Todos que batem na porta, entra e não sai sem ser acolhido.” (Ana Elena, CS São Cristóvão)*

Nessas unidades, em que o Acolhimento é entendido como um serviço, ele tem representado justamente a resposta da unidade buscando atender, de alguma forma, a todos os usuários que procuram o serviço. Frequentemente, não só nas entrevistas, mas durante a observação do trabalho nas unidades, os trabalhadores afirmam que *“ninguém pode ser mandado embora sem um atendimento”*. Frequentemente esse é um aspecto bastante citado também diante da indagação sobre a percepção da população sobre o Projeto Paidéia e as mudanças que ele trouxe.

---

<sup>12</sup> O Protocolo de Acolhimento da SMS – Campinas consta dos anexos.

*“Agora não, não importa o horário que você venha ao centro de saúde, você é atendida, de alguma forma você é atendida.” (Ana Emília, CS Ipaussurama)*

*“A única diferença é que dificilmente eles voltam para casa sem um atendimento.” (Ana Elena, CS São Cristóvão)*

Com isso, há também um aumento da demanda e a necessidade de alternativas de encaminhamento para essa demanda, resultando, conseqüentemente, em aumento do trabalho na unidade, no mínimo do ponto de vista quantitativo (podendo, superficialmente, ser verificado através do número de atendimentos).

Olhando especificamente para o trabalho de enfermagem, é possível identificar essa questão, em especial, quando se analisa as falas e a prática dos auxiliares de enfermagem. Nas quatro unidades a que nos referimos, o atendimento dos Acolhimentos tem ficado, predominantemente, a cargo dos auxiliares de enfermagem. Há também um aumento da demanda de avaliações e consultas extras por parte dos médicos e de supervisão desse trabalho dos auxiliares (no que diz respeito, principalmente, ao esclarecimento de dúvidas e avaliação de casos mais complexos) pelos enfermeiros. No entanto, quem tem recebido e atendido a maior parte dessa demanda “nova” das unidades são os auxiliares de enfermagem, tanto na recepção (nos centros de saúde onde essa continua sendo a porta de entrada), quanto nos Acolhimentos enquanto atendimentos de enfermagem à demanda espontânea.

*“Eu me lembro que, no começo, havia muita ansiedade com respeito ao Acolhimento, passava muita coisa clínica pros auxiliares de enfermagem atenderem. E quando faltava, eventualmente, um médico e a gente pegava a agenda dele pra atender, a gente via que a agenda do médico era muito tranqüila e aquilo que chegava na porta era muito complicado, não era mesmo da competência técnica [do auxiliar de enfermagem]” (Carla, CS Paranapanema)*

*“Os médicos às vezes não querem fazer, acham que a enfermagem que tem que fazer. E não é só a enfermagem, entendeu? O que a gente aprendeu é que qualquer um pode fazer o Acolhimento, o dentista, se o centro de saúde tiver, fisioterapeuta pode fazer, o psicólogo, qualquer um pode fazer, não é só o povo da enfermagem.” (Eunice, CS Ipaussurama)*

*“Mas quase tudo que tá chegando aqui no centro de saúde, é por conta do Acolhimento, né? Vem pelo Acolhimento.” (Cristina, CS São Cristóvão)*

Entre as auxiliares de enfermagem, apenas uma (Ana Elena do CS São Cristóvão) afirma que o Acolhimento é uma das três atividades que mais faz em um dia de trabalho normal, sendo que as outras não apontam três atividades e

afirmam que as atividades que desempenham no cotidiano do trabalho dependem do “setor” onde estão escaladas. As outras três afirmam também que fazem muitas atividades diversas ao longo do dia porque precisam cobrir falta de funcionários ou colaborar com colegas mais atarefados. A observação do trabalho dos auxiliares de enfermagem coincide com essa percepção sobre o próprio trabalho, de fato, as auxiliares de enfermagem observadas nos centros de saúde e as quatro auxiliares de enfermagem entrevistadas continuam trabalhando de acordo com a escala e, muitas vezes, respondendo simultaneamente por mais de um setor. O CS São Marcos, em que não houve entrevista com auxiliar de enfermagem, é exceção. Lá, grande parte do trabalho dos auxiliares de enfermagem concentra-se nas salas de Acolhimento por equipe. E, a partir do Acolhimento, direcionam-se para os outros setores do CS de acordo com o motivo da procura do usuário que estão acolhendo. Sendo assim, a maioria dos auxiliares dedica-se ao Acolhimento durante parte considerável do período de trabalho.

Seis das sete enfermeiras entrevistadas afirmaram que o Acolhimento está entre as três atividades que mais fazem – pelo que pudemos perceber nas entrevistas e na observação do trabalho, quando mencionam o Acolhimento como uma das atividades que mais fazem, referem-se à realização do atendimento propriamente dito, mas, principalmente, à supervisão dos atendimentos realizados pelos auxiliares de enfermagem, como já mencionado anteriormente. Dois enfermeiros que não foram entrevistados (Eduardo e Edgar, do CS Paranapanema), afirmaram, em conversas durante a observação do trabalho, que o Acolhimento está entre as atividades que mais tomam seu tempo.

As quatro coordenadoras dos centros de saúde pesquisados ressaltam o papel fundamental da enfermagem no Acolhimento, tanto do auxiliar de enfermagem no atendimento direto ao usuário no momento da recepção e/ou nos momentos de “Acolhimento”, quanto do enfermeiro na supervisão desse trabalho.

A enfermagem tem estado, então, bastante envolvida no processo de implantação do Acolhimento nas unidades e os trabalhadores da enfermagem têm sido responsáveis pela maior parte das atividades que vêm sendo denominadas

Acolhimento nos Centros de Saúde São Marcos, São Cristóvão, Ipaussurama e Paranapanema.

### ***Transformações no trabalho de enfermagem por referência ao Acolhimento***

A incorporação do Acolhimento à dinâmica dos centros de saúde trouxe transformações ao processo de trabalho de enfermagem, conseqüências desse aumento da demanda, mas não apenas. Ainda que o Acolhimento permaneça sendo entendido predominantemente como um procedimento, ainda que funcione em uma lógica médico-centrada, marcado pela baixa resolubilidade e baixa autonomia da enfermagem, não há como negar que ele rearranjou a prática de enfermagem nas unidades.

Uma conseqüência importante trazida pelo Acolhimento parece ser a re-significação do trabalho para os auxiliares de enfermagem. O atendimento de enfermagem prestado no Acolhimento, nas diferentes formas em que ele foi organizado em cada unidade, trouxe novas possibilidades para o cotidiano do trabalho do auxiliar de enfermagem, incorporando algum grau de satisfação e conferindo um novo significado ao trabalho, na perspectiva das entrevistadas:

*“Eu fiquei cinco anos só na farmácia e o que eu mais fazia era farmácia e coleta de material para laboratório. Hoje eu fico rodando o posto inteiro aqui. Mas o que eu mais gosto dentro do Paidéia é acolher as pessoas, conversar e ouvir, ver o que ele tá precisando realmente, que eu possa ajudar. (...) Eu gostaria muito de continuar é no Acolhimento, mas eu gostaria mesmo, porque se ele bateu aqui na porta, ele bateu porque estava precisando de alguma coisa, ele veio buscar, e eu não me vejo mais falando que não tem horário, eu acho que eu fiquei mais capacitada, mais autonomia e perdi a insegurança.” (Ana Elena, CS São Cristóvão)*

Depois de cinco anos na farmácia, “fazendo a dispensação de medicamentos na farmácia”, o Acolhimento trouxe para Ana Elena uma nova possibilidade, que a fez sentir-se mais capacitada, mais autônoma e mais segura. De um trabalho monótono, restrito, com pouco espaço para a interação com o usuário e pequena relação com o que se idealiza como sendo “trabalhar em saúde”, ela passou a fazer atendimentos, ouvir, ajudar, passou a relacionar-se diretamente com os usuários, a supostamente resolver problemas e dar resposta a necessidades.

O Acolhimento – assim como outras atividades “novas” trazidas pelo Paidéia, como os grupos e as visitas domiciliares – parecem ter aberto um novo espaço para a atuação do auxiliar de enfermagem. Outras falas apontam na mesma direção: *“antes era muito maçante”, “eu ficava só fazendo agendamento e medindo PA, hoje não, eu faço muita coisa”, “é como se tivesse tirado a poeira de muita gente que estava na prateleira”, “o Acolhimento foi uma coisa que fez com que a enfermagem se envolvesse mais, fosse estar mais presente no atendimento”*.

No CS São Marcos, durante a observação do trabalho da enfermagem, foi possível perceber uma certa preferência dos auxiliares de enfermagem pelo trabalho de Acolhimento, sendo freqüente encontrar outros auxiliares nas salas das equipes, além daquele ou daqueles escalados especificamente para essa atividade – *“vim ajudar a colega”, “vim ver se tem alguma coisa pra fazer”*. Foi possível notar, por exemplo, que a sala de vacina ficava constantemente fechada, freqüentemente com dois ou três usuários aguardando, enquanto as duas auxiliares responsáveis (uma de manhã e outra, à tarde) faziam Acolhimentos, a despeito de a escala de trabalho estabelecer que elas deveriam atender a vacina. A vacinação no CS São Marcos, como em todos os outros, permaneceu uma atividade matricial, ou seja, não dividida por equipe de referência, tendo uma auxiliar responsável pelo atendimento e organização em cada período.

Essa é uma dimensão importante a se considerar – a satisfação dos trabalhadores com a sua prática, agora mais dotada de sentido, na percepção deles. De alguma forma, o trabalho do auxiliar qualifica-se, passa a integrar mais efetivamente o trabalho em equipe, a prática deixa de ser restrita apenas ao procedimento (aplicar vacina, dispensar medicação, fazer curativo, não que todas essas atividades não pudessem ser realizadas em uma outra lógica, mas o fato é que não eram, e parecem continuar não sendo entendidas como tal), tão fragmentada, e os auxiliares passam a enxergar mais nitidamente o produto do seu trabalho. E, por isso mesmo, sentem-se e são mais reconhecidos e valorizados (pela equipe e pelos usuários). O trabalho desaliena-se em alguma medida.

Contudo, essa satisfação e essa preferência dos trabalhadores de enfermagem pelo trabalho após a implementação das mudanças trazidas com o Projeto Paidéia não é consensual. Os próprios entrevistados afirmam que a avaliação positiva que têm do Acolhimento, do Projeto e do próprio trabalho, não é compartilhada por toda equipe. Na percepção dos entrevistados, a razão da insatisfação de alguns trabalhadores da enfermagem com o trabalho reorganizado para incorporar não só o Acolhimento, mas também as novas atividades, funções e responsabilidades, reside, justamente, na referência à sobrecarga de trabalho.

Além do aumento da demanda em termos da quantidade de usuários chegando ao serviço, há um aumento do trabalho de outra ordem – um aumento “qualitativo”, digamos. Cristina, do CS São Cristóvão, faz uma análise interessante do que pode estar causando essa percepção de sobrecarga de trabalho por parte dos trabalhadores da sua unidade. No seu entender, a equipe considera o trabalho no Acolhimento muito complexo e quando questionada sobre o motivo dessa impressão de complexidade, responde o seguinte:

*“Porque todas as vezes que você realmente tá disposto a atender, a ouvir o paciente, você se compromete com ele, então quer dizer... Eu... Nós somos enfermeiros, a gente tem um limite, a gente pode ir até um limite. E aí, pra você passar desse limite, do que você precisa? Da ajuda do outro, do companheirismo de um outro profissional, que no caso seria o médico, né? E dá trabalho às vezes, né? Porque você vai ter que conversar com o outro, vai ter que... Quando a gente vai ouvir o paciente, pode ouvir coisas terríveis, né? E causa dor na gente também, não é fácil, fazer o Acolhimento, por isso, porque ele tem que se envolver com o outro. Mas assim... Não é fácil, mas não é difícil, dá pra entender? (risos) É contraditório, mas tem que estar disposto a fazer. E essas pessoas não querem se envolver, não querem se envolver. A única justificativa que eu acho é essa. Não querer envolvimento, porque todas as vezes que você se envolve, você vai aumentar o trabalho para você, né? Eu acho que é isso.” (Cristina, CS São Cristóvão)*

A fala de Cristina traz três elementos importantes para entender o trabalho de enfermagem pela ótica do Acolhimento e, mais especificamente, para entender a referência à sobrecarga de trabalho: a necessidade do trabalho em equipe, o vínculo e a responsabilização e, conseqüência direta destes dois últimos, o sofrimento decorrente de ser o responsável por acolher (e supostamente dar resposta a) os problemas e as necessidades dos usuários.

O auxiliar de enfermagem na maioria das vezes foi designado como o trabalhador responsável pelo Acolhimento, enquanto etapa do processo de

trabalho. Como vimos, quando se atribui um responsável, quando se estabelece que o Acolhimento é uma etapa do processo de trabalho na unidade, um atendimento (com um lócus específico, um trabalhador específico), o resultado, muito provavelmente, é a desresponsabilização do restante da equipe. O Acolhimento deixa de ser responsabilidade de todos, deixa de ser uma atitude da equipe, do serviço, diante do usuário e suas demandas (as declaradas e as não-declaradas), e passa a ser um procedimento. E este procedimento, de recepção qualificada, surgiu como atribuição da enfermagem, destacadamente do auxiliar de enfermagem.

O trabalhador que está no Acolhimento ouve a demanda, a queixa, o problema, a necessidade do usuário que está ali, na sua frente, e é responsável por dar algum tipo de resposta. Da forma como o Acolhimento foi organizado e tem acontecido freqüentemente nas unidades, dificilmente o auxiliar de enfermagem consegue dar essa resposta sozinho. E essa impossibilidade não é pautada apenas pelos limites determinados pela competência técnica esperada de um auxiliar de enfermagem. Freqüentemente os limites são também de outra ordem: a falta de capacitação específica para o Acolhimento, a inexistência de protocolos que de alguma forma orientem o atendimento, a exigência (estabelecida em algumas unidades) de avaliação médica para todos os atendimentos realizados por auxiliar de enfermagem, a falta de um cardápio mais amplo de opções para encaminhamento das demandas identificadas, entre outros tantos.

*“Todas as vezes que você se envolve, você vai aumentar o trabalho para você, né?”.*

De fato, se aceitamos que o trabalho em saúde (e, conseqüentemente, na enfermagem) tem obedecido a uma lógica centrada no trabalho médico e no procedimento, desviando-se de seu foco – o usuário e suas necessidades de saúde – e que a relação entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde tem se realizado de forma mecânica e superficial, restrita à produção de procedimentos e consultas, verificamos que o trabalho de enfermagem vem funcionando numa lógica de “tocar o serviço”, “fazer atendimentos”, em que seus agentes não olham e não ouvem o usuário e suas necessidades e não se

comprometem, de fato, com o atendimento dessas necessidades. Se o trabalhador, com o Acolhimento, passa a ouvir e está colocado num lugar de responsável por desencadear algum tipo de resposta, de solução para o problema identificado, então, se cria uma situação de maior envolvimento.

Temos, em um momento anterior, uma auxiliar de enfermagem que está na recepção de uma unidade básica atendendo um usuário que vem ao serviço trazendo um problema de saúde que espera que seja resolvido. E essa auxiliar responde que não há consulta e que ele deve voltar em outro dia. De outro lado, uma auxiliar de enfermagem que atende esse mesmo usuário, vai com ele para um consultório, senta-se frente a frente e pergunta qual é o problema, ouve, anota no prontuário e vai atrás do enfermeiro ou do médico para avaliar. Ainda que essa segunda auxiliar não esteja acolhendo de fato, ainda que se trate apenas de uma recepção qualificada, muito distante do estabelecimento real de vínculo e responsabilização, o trabalho desenvolvido por ela e pela equipe de saúde é maior, talvez até melhor.

A recepção dos centros de saúde sempre foi considerada um lugar difícil de trabalhar. Quem está ali é responsável por receber todos os usuários que chegam, com suas diferentes demandas e encaminhá-los dentro das alternativas existentes no serviço. E quando não há alternativa? E quando não há consulta? E se não há nada a lhes oferecer? Tradicionalmente a recepção é um lugar de conflito, não sendo difícil encontrar relatos ou presenciar situações de agressão verbal e mesmo física, porque de um lado há alguém que traz uma demanda que entende que deveria ser atendida pelo serviço e que lhe parece importante, urgente e merecedora de uma resposta imediata, e de outro há um trabalhador que não tem nada a oferecer, não dispõe ou não consegue enxergar outras ofertas e não se sente responsável por essa falta de opção.

Quando o Acolhimento se estrutura como uma recepção melhorada, aparentemente a dificuldade aumenta. Os trabalhadores têm que atender a todos e têm que **ouvi-los**. Essa escuta – ainda que seja meramente ouvir o que o outro diz, ainda que não seja “escuta qualificada” – traz uma implicação, uma

responsabilidade para o trabalhador. O trabalhador perguntou qual era o problema, o usuário contou. E agora?

*“Quando a gente vai ouvir o paciente, pode ouvir coisas terríveis, né? E causa dor na gente também.”*

Quando o serviço abre um canal de escuta com o usuário, abre uma possibilidade para que as pessoas tragam, para dentro do centro de saúde, as suas queixas, os seus problemas e as suas necessidades. Nem sempre é fácil ouvir. É mais fácil trabalhar com uma “queixa clínica”, uma parte do corpo que dói, uma doença que precisa de medicamento. Quando abrimos um espaço para o diálogo com o usuário, por mais reduzido que ele seja, abrimos uma porta para que a “vida lá fora” entre na dinâmica do trabalho da unidade.

Acolher não é simples e demanda energia. A partir da implementação do Acolhimento, aquelas pessoas que eram dispensadas na recepção, que não tinham suas demandas atendidas e com as quais o serviço e os trabalhadores não se comprometiam (muitas sequer tinham acesso à recepção), passam a ser ouvidas em espaço físico mais reservado e têm a oportunidade de falar de seus problemas com um profissional de saúde.

Freqüentemente, o trabalhador que está na recepção do CS não vai ter a resposta para dar, não vai ter a solução para aqueles problemas por inúmeras razões. O serviço não oferece opções, não há como encaminhar para outro local, não há colaboração da equipe, o trabalhador não identifica as opções que existem, a natureza dos problemas foge ao alcance do trabalhador e do serviço... Isso gera angústia. Passar o dia ouvindo queixas, problemas, necessidades da população (às vezes *“horríveis”*) e não saber como ou não ter como resolvê-los. Os trabalhadores assumem mais responsabilidades, alguns, inclusive, como vimos, sentem-se valorizados e reconhecidos por isso, mas essas responsabilidades podem representar um sofrimento. Pessoas que escolheram trabalhar cuidando de outras pessoas, ajudando-as, que entendem que seu objetivo é *“melhorar a vida das pessoas”, “ajudar os pacientes”, “fazer com que eles fiquem mais saudáveis”* se vêem “acolhendo” muitos problemas de muitas pessoas, mas, freqüentemente, sentem-se incapazes de resolvê-los.

## **Humanização**

As falas de algumas entrevistadas destacam a humanização como uma mudança positiva e resultante da inserção do Acolhimento na dinâmica do trabalho nas unidades. Em geral, essas falas apontam na direção da humanização do acesso, mais precisamente da humanização da recepção, da porta de entrada do serviço.

*“Antigamente era freqüente o povo sair daqui chutando a porta, na saída. Lá na sala de televisão, aquela parede que tem ali, onde fica o administrativo atrás, aquela parede era uma grade, ali era a recepção. Aquilo era uma coisa, aquela grade já levou tanto chute, pontapé e murro, do povo com raiva. Então, quando a gente pegou a população sentada na nossa frente, começou a olhar no olho e falar: olha, pro senhor hoje vai ser possível isso, né? Não vai ser possível aquilo outro, né? Eu acho que eles se sentiram mais respeitados e diminuiu demais esse tipo de agressão, sabe? Diminuiu muito, muito, nossa, de vez em quando chega um aí xingando a mãe da gente, né? Xingando a gente de tudo quanto é nome, mas é, são raras as vezes que esse tipo de coisa acontece, porque isso é uma coisa que estressa muito. E graças a Deus diminuiu.” (Eulália, CS São Marcos)*

*“Antes, a gente tinha muita fila, porque a agenda era por ordem de chegada. Quando acabavam as vagas, era complicado, tinha muita agressão física, por isso aquela grade que tinha lá na frente. Agora não, continua tendo espera e sempre vai faltar vaga para alguém, mas os pacientes são recebidos na sala de acolhimento, a enfermagem avalia a prioridade dos agendamentos, frente a frente, e não tem mais agressão, não aconteceu mais. Os auxiliares não queriam de jeito nenhum que tirasse aquela grade, porque era uma proteção, e agora nem percebem que estão sentados na mesa, na frente das mesmas pessoas que antes agrediam. E foram eles que sugeriram.” (Clarice, CS São Marcos)*

No CS São Marcos, tanto a coordenadora quanto a equipe de enfermagem destacaram que a mudança ocorrida na recepção foi fundamental para a transformação da relação entre trabalhadores e usuários. A retirada da grade da recepção e a possibilidade de receber os usuários numa sala, ouvir o que eles têm a dizer, avaliar a queixa, oferecer as possibilidades disponíveis, mesmo que essas ainda sejam restritas, aparece como fator desencadeador de uma relação mais respeitosa entre trabalhadores e usuários. O centro de saúde passa a receber os usuários de uma outra forma, com mais espaço para o diálogo, e os usuários se sentem mais “acolhidos”, o que diminui a ocorrência de conflitos e agressões, mesmo ainda havendo espera e falta de vagas.

Ainda que a mudança na relação entre trabalhadores e usuários não seja tão significativa quanto a percebida pelas entrevistadas no CS São Marcos, a

ampliação do acesso em si é entendida como fator “humanizante” da relação entre o serviço e os usuários. É o que é possível perceber na fala da auxiliar de enfermagem do CS Paranapanema:

*“Agilizou mais e tirou as filas, porque antes, a gente tinha fila direto, era direto, das sete da manhã até uma hora da tarde. E dava senha, sabe? Era uma coisa muito constrangedora. Agora não, não importa o horário que você venha ao centro de saúde, você é atendida, de alguma maneira você é atendida, mesmo que seja pra você... Pra dizer assim: olha, nós não temos médico no momento, verifica a temperatura, faz o Acolhimento e manda pro pronto-socorro. Se a pessoa não tem condição, a gente chama a ambulância, o SAMU, né? Pra tá levando. Então, é assim, eu acho que teve uma humanização, tá? Diante ao usuário, foi bem humanizado mesmo o Paidéia.” (Ana Emília, CS Paranapanema)*

As mudanças apontadas pelas entrevistadas parecem indicar que o Acolhimento, do modo como se estruturou nas unidades, contribuiu para “humanizar” as ações de recepção dos usuários e suas demandas no serviço, pelo maior reconhecimento do usuário como sujeito também do processo de produção de atos de saúde. A garantia do acesso e a abertura de um canal de diálogo, a partir do Acolhimento, são identificados pela equipe como responsáveis pelo estabelecimento de uma relação mais respeitosa com os usuários, de reconhecimento das demandas, das necessidades e do sofrimento das pessoas que recorrem ao serviço de saúde como instituição socialmente reconhecida como responsável pela solução dessas questões.

Entendemos que “humanizar” as relações entre usuários e trabalhadores, conseqüentemente “humanizando” o processo de produção de serviços de saúde, significa reconhecer o usuário como sujeito dotado de desejos, necessidades e direitos. A finalidade última do processo de trabalho em saúde é justamente a produção de algo – a ação de saúde – que responda a necessidades de saúde dos usuários. Reconhecer os usuários como sujeitos significa comprometer-se com a satisfação dessas necessidades, entendendo a saúde como um direito, a partir da construção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização.

A humanização da recepção, nesse sentido indicado pelas entrevistadas, e a ampliação do acesso são questões importantes na construção de modelos de atenção à saúde centrados no usuário e suas necessidades de saúde, no entanto, definitivamente, não esgotam o conceito de humanização num sentido mais

amplo, de reconhecimento da saúde como direito das pessoas e da busca contínua da satisfação de necessidades de saúde.

### **O Acolhimento no CS Joaquim Egídio**

No Centro de Saúde Joaquim Egídio, o Acolhimento não é encarado como uma etapa do processo de trabalho, não se configurou como uma atividade ou serviço novo oferecido à população. O Acolhimento é entendido como uma postura, uma forma de receber e atender os usuários em qualquer momento de interação entre a equipe e a população, no sentido do que é proposto por TEIXEIRA (2003). Então se fala em acolher na sala de vacina, na recepção, na visita domiciliária, na consulta de enfermagem, na dispensação de medicamentos.

Nas entrevistas, o Acolhimento aparece como a escuta das demandas do usuário, mas também como a investigação do risco e das necessidades de saúde, e o comprometimento com a resolução das questões trazidas pelo usuário ou identificadas pelo trabalhador.

*“A mãezinha tá aí, é uma criança super saudável, no olhometro, assim dá pra ver, o essencial assim, naquele momento, é a vacina, então é aquilo que você vai fazer, então frustra um pouco essa coisa, você não conseguir acolher, fazer o que é a rotina mesmo, do que é importante também, mas não é o que é o essencial naquele momento. (...) Aí sei que frustra um pouquinho isso, você muitas vezes tá fazendo o essencial mesmo, a correria de sempre, mas eu acho que isso é um pouco mais agora, por conta da demanda, da procura, é a nossa situação.” (Ana Elisa, CS Joaquim Egídio)*

*“Os auxiliares fazem muito isso, acolher as questões que os pacientes têm e trazer pra gente, pra discutir, onde eles tiverem e perceber que tem alguma coisa ali, que precisa ir mais a fundo, discutir, pensar junto.” (Elisabete, CS Joaquim Egídio)*

Uma outra concepção acerca do Acolhimento que também permeia os discursos dos trabalhadores tanto durante as entrevistas quanto durante a observação do trabalho é a de que o acolhimento tem como um importante objetivo dar resposta às necessidades dos usuários que não são clínicas, que dizem respeito ao que CECÍLIO (2001) denomina necessidade de “vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional”, conforme indicamos anteriormente.

A equipe de enfermagem do CS Joaquim Egídio também demonstra ter a concepção – presente nas outras unidades – de que o Acolhimento pode ser um momento de interação entre trabalhadores e usuários com a finalidade específica de lidar mais com a necessidade dos usuários de estabelecer um vínculo com o trabalhador e a equipe: necessidade de conversar, desabafar, falar dos problemas pessoais, familiares, financeiros, profissionais etc. Mesmo quando não há uma queixa clínica, ou seja, mesmo quando não há um “problema de saúde” instalado, no sentido mais restrito da expressão, como uma doença ou uma questão de ordem física, que justifique a procura pelo serviço.

*“Eu acho que geralmente as pessoas vêm em busca de atenção, às vezes você vê aquele paciente que vem, vem, vem... E não tem um quadro clínico real das procuras, antes, você sente que de repente a pessoa tá procurando é atenção, e se você faz o acolhimento legal, seja em que setor você esteja, ou no curativo, ou na recepção, eu acho que você consegue atender a necessidade da pessoa, consegue dar atenção mesmo. É o acolhimento, e isso é muito gratificante, você vê que a pessoa foi embora satisfeita, que ela conseguiu um pouquinho daquilo que ela queria, ou tudo, de repente. A gente sente que as pessoas às vezes vem falar de alguma coisa, mas tem algo por trás e quando você consegue ter esse tchan, consegue perceber, dá oportunidade, dá abertura à pessoa e ela consegue... Acaba falando o que realmente tá precisando e por conta disso vem a confiança, que eu acho muito importante, que é eu me colocando no lugar do paciente.” (Ana Elisa, CS Joaquim Egídio)*

Assim como nos outros CSs, essa percepção de que os usuários muitas vezes procuram o serviço buscando uma oportunidade para falar dos seus problemas e ser ouvido é comum no CS Joaquim Egídio. No entanto, há uma diferença fundamental entre essa unidade e as demais: há um esquema mais estruturado para atendimento dessa necessidade dos usuários. Pelo que pudemos observar e pelo que foi dito nas entrevistas, essa escuta no CS Joaquim Egídio diferencia-se das demais unidades, pois o trabalhador não escuta o que o usuário diz com o entendimento de que ele precisa apenas falar, como se a escuta, pura e simples, fosse a resposta necessária. A partir dessa escuta inicial, se a equipe julga necessário, um trabalho de acompanhamento é desencadeado.

O CS Joaquim Egídio tem uma equipe que compõe o Núcleo de Saúde Mental da unidade que tem como objetivo justamente acompanhar esses casos, fazendo o que eles chamam de Aconselhamento e também avaliando a necessidade de encaminhamento para consulta de psicologia ou psiquiatria,

quando é o caso. Essa equipe é formada por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma agente comunitária de saúde e uma médica clínica geral e conta com o apoio matricial de uma psicóloga de um Centro de Saúde próximo.

A enfermeira da unidade explicou da seguinte forma o trabalho desenvolvido por essa equipe:

*“O esquema que a gente trabalha é mais ou menos esse: alguém, por exemplo, se você é meu paciente e você chegou pra mim e trouxe e se abriu comigo, então você vai ser minha paciente. Se foi com a Marta, vai ser da Marta, se foi com a Alice, vai ser da Alice. Agora, quando é comigo direto, se você teve a felicidade de se abrir comigo ou com a Ana Paula, provavelmente você vai ser nossa paciente. Se você teve a infelicidade de se abrir com a fulana de tal, então você vai ser encaminhada pra mim. Porque eles não vão, pode até fazer uma primeira escuta, mas dizer assim: olha, volte quantas vezes você achar necessário, pra gente continuar conversando sobre o assunto, porque eu vou fazer isso ou vou fazer aquilo. Olha, eu acho que você podia fazer assim, assado, você podia... Gente, eu não tenho formação em saúde mental. É uma questão de humanidade, de responsabilidade profissional. Os nossos auxiliares de enfermagem fazem bem melhor do que muito médico por aqui. Então, assim, é a gente da enfermagem é quem tá assumindo isso daí.”*  
(Elisabete, CS Joaquim Egídio)

Podemos entender, portanto, que os trabalhadores identificam necessidades nesse sentido e, a partir daí, caso julguem necessário, assumem seu acompanhamento ou encaminham-no para os profissionais que compõem o Núcleo de Saúde Mental e que acabaram se tornando referência para o atendimento desses usuários. Pela fala da enfermeira e pelo que podemos observar, a idéia inicial era de que toda a equipe fizesse esse tipo de acompanhamento dos usuários que necessitassem. No entanto, a constituição do Núcleo acabou por criar uma cultura de encaminhamento para aqueles que estão mais envolvidos com esse trabalho ou que são considerados mais disponíveis e capacitados, e por isso mesmo o integram.

O Acolhimento, no CS Joaquim Egídio, configura-se, portanto, como uma atitude diante do usuário – de escuta, investigação de necessidades, responsabilização com o oferecimento de uma resposta a essas necessidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos caracterizar, inicialmente, o trabalho de enfermagem em Centros de Saúde do município de Campinas tendo por referência o modelo hegemônico de produção de serviços, entendendo que a prática das trabalhadoras de enfermagem na rede básica municipal carrega as marcas desse modelo, definido por MERHY e FRANCO (2003) como “procedimento-centrado” e que tem, na consulta médica, a atividade central a partir da qual se organizam as práticas dos demais trabalhadores da saúde.

Partimos, então, da suposição de que o trabalho de enfermagem, organizado a partir desse modelo, estaria passando por transformações provenientes da implementação, na rede básica de serviços de Campinas, do Projeto Paidéia de Saúde da Família. A proposta do Paidéia visava alterar o modelo assistencial, a partir da proposição de novos arranjos e novos instrumentos a serem incorporados ao processo de trabalho das equipes nos Centros de Saúde, a partir da operacionalização de suas diretrizes – Acolhimento, Responsabilização, Clínica Ampliada, Núcleo de Saúde Coletiva, Adscrição, Equipes de Referência, Sistema de Co-gestão e Capacitação.

Nosso objetivo estava centrado na análise do trabalho da equipe de enfermagem (enfermeiros e auxiliares) a partir da implementação do Projeto Paidéia nos Centros de Saúde estudados, através da caracterização desse trabalho e da identificação da percepção dos próprios trabalhadores quanto às transformações operadas no processo de mudança do modelo.

A partir dos dados obtidos com o trabalho de campo pudemos identificar que as trabalhadoras de enfermagem percebiam que a implementação do Projeto Paidéia havia, de fato, operado transformações no processo de trabalho da unidade e, mais especificamente, da própria equipe de enfermagem. A organização e análise desses dados revelaram que essas transformações percebidas pela equipe diziam respeito, principalmente:

- à ampliação da oferta de ações de atenção à saúde da unidade com a participação da enfermagem em diversos momentos assistenciais;

- à incorporação do Acolhimento como atividade nova no processo de trabalho de enfermagem possibilitando a abertura de canais de diálogo e funcionando como desencadeadora de mudanças no processo de trabalho;
- ao rearranjo das relações entre trabalhadores e usuários a partir da implementação da adscrição dos usuários por local de moradia a Equipes de Referência;
- à percepção por parte das enfermeiras de que houve um resgate de seu papel no cuidado direto;
- ao rompimento com uma lógica de trabalho baseada na rotina e no cumprimento de tarefas, com o planejamento das ações surgindo como uma etapa para o desenvolvimento de atividades cotidianas e também de organização do processo de trabalho; e
- ao reconhecimento externo do trabalho de um dos CSs pesquisados, que anteriormente operava na lógica da responsabilização e vínculo com a clientela, como fator de satisfação para a equipe de enfermagem.

A implementação bem sucedida de um projeto, programa ou política no setor público, como dissemos na apresentação deste trabalho, passa pela necessidade de investimento em múltiplos fatores simultaneamente, que dizem respeito às condições de trabalho, à capacitação dos atores envolvidos, a sistemas de gestão flexíveis e democráticos etc. O Projeto Paidéia tinha como objetivo operar mudanças na forma como se presta assistência à saúde das pessoas na rede básica do município de Campinas no sentido da construção de um modelo centrado nos usuários e suas necessidades.

Entendemos a enfermagem como ator privilegiado nesse processo, o que significa dizer que a construção de um novo modelo de atenção à saúde pressupõe a reconstrução da intervenção de Enfermagem em Saúde Coletiva, no sentido do alcance de sua finalidade original – a transformação do seu objeto, os perfis epidemiológicos do coletivo – através da utilização de meios e instrumentos que favoreçam esse processo.

As análises empreendidas demonstram que a enfermagem passou por algumas transformações positivas nesse sentido, mas não conseguiu alcançar, de

modo efetivo, essa finalidade. O objeto de trabalho da enfermagem é ainda, predominantemente, o corpo biológico doente. Essa afirmação é possível a partir da constatação de que a enfermagem, mesmo após dois anos e meio do início da implantação do Projeto Paidéia nas unidades, permanece desenvolvendo uma prática tradicional, pautada no modelo biomédico, com uma concepção restrita acerca das necessidades de saúde da população, privilegiando os atendimentos individuais, a demanda espontânea, a intervenção sobre o problema de saúde instalado, não tendo conseguido se apropriar dos instrumentos e dos conceitos trazidos pelo Projeto Paidéia de forma a ampliar seu objeto de intervenção.

As análises demonstraram que a equipe de enfermagem permanece com uma concepção restrita das necessidades de saúde dos usuários, identificada predominantemente com a demanda espontânea e com a necessidade de acesso à consulta médica. Sendo assim, entendemos que as necessidades não declaradas, as necessidades do coletivo, as necessidades reveladas pelos perfis de reprodução social não têm sido percebidas ou estudadas pela equipe. Conseqüentemente, é possível supor que essas necessidades também não têm sido incorporadas ao processo de trabalho da enfermagem como elemento central para orientação, planejamento e avaliação de sua intervenção.

O Acolhimento, um dos instrumentos do processo de trabalho de enfermagem incorporados a partir da implementação do Projeto Paidéia e que ganhou destaque na organização dos serviços, aparece como garantia de acesso e humanização da recepção. No entanto, o modo como se operacionalizou essa diretriz em quatro das unidades pesquisadas não possibilitou uma mudança de postura com relação às necessidades dos usuários. Entendemos que o Acolhimento acabou por favorecer o atendimento da demanda espontânea e, na forma como observamos acontecer nos Centros de Saúde, configurou-se muito mais como um pronto-atendimento para as queixas agudas do que como um fator desencadeador de transformações no processo de trabalho ou de construção de uma relação entre trabalhadores e usuários baseada na solidariedade, no compromisso com a identificação e satisfação contínuas das necessidades de saúde dos usuários, ao mesmo tempo em que podemos relevar que algo já se

conquistou na direção do reconhecimento da saúde como um direito, no mínimo quando se amplia o acesso, se reduzem as filas de espera e se aumento o respeito pela dor e dificuldades dos outros (usuários dos serviços).

Compreendemos que a mudança do modelo assistencial e a reconstrução da intervenção de Enfermagem em Saúde Coletiva é um processo lento e complexo. Entendemos modelo de atenção à saúde como o modo de organizar a produção em saúde apoiada em pelo menos três dimensões: política, de saber e organizacional-assistencial, e que é traduzido em políticas de saúde,

enquanto conjunto de diretrizes que, articuladas com saberes, definem o que é saúde como necessidades e direitos, ordenando certos modos de gestão e de financiamento das práticas através da organização de instituições, serviços, tecnologias e processos de trabalho. (REIS *et al.*, 1998, p. 381)

Sendo assim, operacionalizar um modelo de atenção não é tarefa simples e passa, conforme já dissemos, pela consolidação de suas diretrizes no cotidiano do trabalho das equipes de saúde. Para isso, é necessário investir em temas relacionados à gerência e gestão da política e dos serviços: constituir e efetivar instâncias gestoras colegiadas e a gerência participativa das unidades de saúde; possibilitar a redefinição democrática das diretrizes políticas, do planejamento das ações e da organização de novos processos de trabalho em saúde nessas instâncias; definir objetivos e metas de forma compartilhada que alterem efetivamente a situação de saúde dos usuários dos serviços e dos grupos populacionais; estimular e aprofundar a participação da população na definição de necessidades, diretrizes, prioridades e na monitorização da sua implementação; definir estratégias e responsabilidades quanto à regulação do sistema, através de avaliação e controle dos serviços prestados (REIS *et al.*, p. 384).

Como vimos nas Considerações Teóricas, as características tecnológicas do processo de trabalho em saúde reduzem a capacidade de captura do trabalho vivo em ato pelas tecnologias duras e leve-duras, visto que o consumo dá-se no mesmo momento da produção, em espaços “interseçores” em que se manifesta o auto-governo de trabalhadores e usuários. Essa especificidade do trabalho em

saúde radicaliza a necessidade da participação de cada trabalhador, de cada equipe, na implementação das políticas públicas de saúde. É nos momentos de interação entre trabalhadores e usuários do cotidiano do trabalho que as políticas se efetivam.

Compreendemos, a partir da análise dos dados, que os trabalhadores conseguiram apropriar-se apenas superficialmente dos conceitos e dos instrumentos propostos pelo Projeto Paidéia e que o processo de trabalho de enfermagem permanece apoiado em uma prática tradicional vinculada ao modelo hegemônico, procedimento-centrado.

Consideramos que algumas transformações operadas pela implementação do Projeto Paidéia de Saúde da Família nos Centros de Saúde pesquisados podem ser consideradas avanços no sentido da construção de um modelo usuário-centrado, mesmo que insuficientes diante do retorno esperado em termos do impacto positivo sobre as condições de saúde da população, e reconhecemos algumas iniciativas, ações, reflexões e projetos carregados de potencial de mudança e de compromisso com os usuários em cada um dos Centros de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Cecília P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1991. (Tese – Livre-docência – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).

CAMPINAS. Colegiado de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Paidéia de Saúde da Família: diretrizes para debate e reelaboração**. Campinas, outubro, 2001a.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. **Índice de Condição de Vida**. Campinas, 2001b.

CAMPOS, Célia M. S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. São Paulo, 2004. (Tese – Doutorado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo).

CAMPOS, Gastão W. S. Sobre a reforma da reforma: repensando o SUS. In: CAMPOS, Gastão W. S. **Reforma da reforma**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

CAMPOS, Gastão W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CAMPOS, Rosana O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, Gastão W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CARVALHO, Sérgio R.; CAMPOS, Gastão W. S. **Modelos de atenção à saúde: construção de Equipes de Referência na Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais**. Disponível em <http://www.Datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.html>. Acesso em 05 de agosto de 2003.

CECÍLIO, Luis C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

DUSSAULT, Gilles; SOUZA, Luís E. de. **Gestão de recursos humanos em saúde**. Aula no workshop: Mapeamento de projetos de pesquisa e intervenção sobre recursos humanos em saúde, no âmbito nacional. Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2000. (mimeo)

FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderley S.; MERHY, Emerson E. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson E.; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M.; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderley S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

LIMA, Maria Alice D. S.; ALMEIDA, Maria Cecília P. de; LIMA, Cristiane C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. **R Gaúcha Enferm**, v.20, n. esp., p. 130-42, 1999.

MARX, Karl. **O Capital**. Volume I, Livro I, Capítulo 5. 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MATUMOTO, Silvia. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. São Paulo, 2003. (Tese – Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde. Cadernos CEFOR, 1. São Paulo, 1992.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson E., ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em Saúde:**

um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Editora Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

MERHY, Emerson E.; FRANCO, Tulio B. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson E.; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M.; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderley S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000.

MOURA, Arthur H.; VASCONCELOS, Cipriano M.; PASCHE, Dario F.; BARROS, Regina D. B. de; CAMPOS, Rosana O.; L'ABBATE, Solange. Análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários e no Hospital Mário Gatti de Campinas. In: CAMPOS, Gastão W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

NASCIMENTO, Elisabet P. L. **As enfermeiras e suas práticas na rede básica de saúde de Campinas nas décadas de 70 e 80**. Campinas, 2002. (Dissertação – Mestrado – Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas).

PEREIRA, Maria José B.; ALMEIDA, Maria Cecília P. de.; MISHIMA, Silva M.; MATUMOTO, Silvia.. PINTO, Ione C.; PALHA, Pedro F.; FORTUNA, Cinira M. O Processo de trabalho da enfermagem na rede básica do SUS – Parte II. In: GARCIA, Telma R.; NÓBREGA, Maria M. L. da (Orgs.). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: ABEn/Idéias, 2000.

QUEIROZ, Vilma M.; SALUM, Maria Josefina L. Reconstruindo a intervenção de Enfermagem em Saúde Coletiva. Apresentado em CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48º, São Paulo, 1996, p. 347.

QUEIROZ, Vilma M.; SALUM, Maria Josefina L. Ensaio sobre uma nova abordagem da Enfermagem em Saúde Coletiva: resistindo às armadilhas da

globalização subordinada e construindo a globalização da solidariedade social em direção à sociedade do tipo novo. **FASM em Revista**. n.1, vol. Especial, p. 11-31, 2001.

REIS, Afonso T. dos; CAMPOS, Cezar R.; MALTA, Deborah C.; MERHY, Emerson E. Posfácio. In: CAMPOS, Cezar R.; MALTA, Deborah C.; REIS, Afonso T.; SANTOS, Alaneir de F. dos; MERHY, Emerson E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

ROIO, Marcos Del; SILVA, Edilene da. A crise do mundo do trabalho e a atualidade de Gramsci. **Revista Novos Rumos**. n. 39, ano 18, 2003. Disponível em

[http://www.institutoastrojildopereira.org.br/novosrumos/artigo\\_show.asp?var\\_artigo=61](http://www.institutoastrojildopereira.org.br/novosrumos/artigo_show.asp?var_artigo=61). Acesso em 10 abril de 2005.

SILVA, Eliete M.; NOZAWA, Márcia R.; SILVA, José C.; CARMONA, Sílvia A. M. L. D. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 17 (4): 989-98, 2001.

SILVA JÚNIOR, Aluisio G.; MASCARENHAS, Mônica T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2004.

TEIXEIRA, Ricardo R. O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

# ANEXO 1 – PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO

## PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

### I - CONCEITO:

Acolhimento é “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela” (Paidéia – 2001). Deve ser realizado por toda a equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde – pessoa em cuidado.

### II - OBJETIVOS:

- Utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido.
- Identificar as necessidades de saúde do usuário.
- Dar encaminhamento aos problemas apresentados pelo usuário, mesmo que seja necessário atendimento por outros profissionais e/ou em outros serviços fora da Unidade.
- Qualificar a relação trabalhador da saúde-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- Oferecer soluções possíveis, com segurança para o paciente, agilidade para o serviço e uso racional dos recursos disponíveis.

Farão parte da equipe de acolhimento: o auxiliar e/ou técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, que deverão trabalhar de forma integrada e coesa. Outros profissionais poderão ser envolvidos, dentro da especificação de cada serviço.

### III – FLUXO:

Serão encaminhados para a equipe de acolhimento todos os usuários que procurarem o serviço sem consulta previamente agendada. Excetuando-se situações que possam ter respostas em áreas específicas, tais como coleta de citologia oncótica, verificação da pressão arterial, informações sobre serviços de especialidades.

### IV – DAS RESPONSABILIDADES:

#### a) Caberá a toda equipe de saúde:

1. Nos casos aparentemente de urgência/emergência é fundamental manter a calma e obter do paciente e de seus acompanhantes o maior número de informações possíveis.
2. Preocupar-se em primeiro lugar em acolher, acomodar, um paciente que chega em sofrimento agudo, isso tranquiliza os acompanhantes, dá segurança e facilita seu trabalho.
3. Quando for necessário colocar um paciente em observação, preocupe-se com o seu bem estar, comodidade e privacidade. Trate-o como você gostaria de ser tratado. Cubra-o se estiver frio. Providencie travesseiro se for o caso. Troque o lençol. Não acomode na mesma sala, sem biombo homens e mulheres. Em caso de crianças peça a mãe ou pai para permanecerem junto. Todo paciente tem direito de se comunicar com seu acompanhante. O acompanhante bem informado e tranquilizado contribui para que tudo corra bem.
4. O paciente que chega agressivo deve ser abordado com competência profissional por toda a equipe – do guarda ao médico. Uma técnica muito eficaz e preventiva é levá-lo imediatamente a uma sala onde você possa, demonstrando calma, interesse e

segurança, convidá-lo a sentar-se e a colocar seu problema. A postura de “responder na mesma altura” é a mais inadequada e anti-profissional possível. Muitos pacientes que chegam agressivos, xingando e ofendendo os funcionários querem “plátéia”, querem demonstrar força, e quando convidados a sentar-se numa sala para colocar seu problema, desarmam-se com mais facilidade.

5. Nunca dispense da recepção um paciente com traumatismo ou ferimento leve. Mesmo que o ferimento apresentado seja aparentemente muito leve, o paciente deve ser levado até a sala de procedimentos e orientado sobre cuidados de higiene e investigado sobre vacinação anti- tetânica. Da mesma forma os pacientes com traumas e suspeita de entorse ou fratura devem ser investigados, receber medicação analgésica, se for o caso, encaminhados por escrito pelo médico e orientados para ir ao Pronto Socorro de ortopedia. Na falta de médico na Unidade a Enfermeira deve fazer o encaminhamento anotando nele e no prontuário o fato.
6. Se não houver médico na Unidade e chegar paciente com acidente de trabalho a enfermagem deverá atendê-lo, deverá notificar em SVE2 e entregar o impresso de solicitação de CAT à empresa. Só após estes cuidados o paciente deverá ser encaminhado ao Pronto Socorro.
7. O paciente portador de Tuberculose jamais deve ficar sem medicação. Caso o médico que o atende não esteja presente, deverá ser realizado um atendimento de enfermagem, a enfermeira deverá ser chamada.
8. Havendo médico na Unidade nenhum caso de urgência deve ser dispensado sem avaliação, independentemente do numero de consultas que o médico realizou. Caso contrário isto pode se caracterizar por omissão de socorro.
  - b) Caberá ao auxiliar e/ou técnico de enfermagem:
    1. Realizar a escuta do motivo da procura ao serviço;
    2. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação;
  3. Comunicar ao enfermeiro quando o motivo da procura for queixa, sinal ou sintoma, para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas;
    4. Referenciar o paciente à equipe responsável por ele;
  - c) Caberá ao enfermeiro:
    1. Realizar supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;
2. Receber os pacientes que procuraram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento, ofertando, se necessário, a consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários;
  - d) Caberá ao médico:
    1. Atender os pacientes encaminhados para consulta médica em seu período de trabalho.
    2. Encaminhar os casos que necessitarem de atendimento em outros serviços.

**GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS**

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Maria do Carmo Carpintero**  
**Diretora do Departamento de Saúde**

**Jeanete Múfalo da Silva Bueno**  
**Assessora do Gabinete do Secretário de Saúde**

# APÊNDICE 1 – ROTEIROS DE ENTREVISTA

## Coordenadoras dos Centros de Saúde

Denominação na pesquisa:

Profissão:

Desde quando ocupa o cargo de Coordenador nesse Centro de Saúde?

Já ocupou o cargo de Coordenador anteriormente?

Quando? Onde?

1. Eu gostaria que você me falasse um pouco sobre o que é o Projeto Paidéia.
2. Existe diferença entre o Paidéia e o PSF do Ministério da Saúde? Quais?
3. Como você ficou sabendo que esse Projeto ia começar?
4. Como foi a implantação desse Projeto no Centro de Saúde?
5. Como era o seu trabalho como Coordenador antes desse Projeto?

## Enfermeiras e Profissional de Nível Médio

1. Eu gostaria que você me contasse um pouco sobre sua trajetória profissional, principalmente por que você veio trabalhar em saúde pública e por que veio para a SMS Campinas (solicitar quais foram os eventos marcantes da trajetória vivida).
2. Como é o trabalho em Centro de Saúde?
3. Qual é o objetivo do seu trabalho?
4. Quais dificuldades você tem para realizar o seu trabalho?
5. Eu gostaria que você me falasse um pouco sobre o que é o Projeto Paidéia.
6. Como você ficou sabendo que esse Projeto ia começar?
7. Como foi a implantação desse Projeto no Centro de Saúde?
8. Como era o trabalho da enfermagem antes desse Projeto?
9. Pensando num dia normal de trabalho nessa época anterior ao Paidéia, quais eram as três coisas que você mais fazia?

10. Houve mudança no trabalho (do CS em geral) com o Projeto? Quais?
11. Houve alguma mudança especificamente no trabalho da enfermagem com o Projeto? Quais?
12. Pensando num dia normal de trabalho hoje, quais as três coisas que você mais faz?
13. Entre as suas atividades, quais as que você mais gosta de fazer? Por que?
14. E quais você não gosta? Por que?
15. Quais mudanças no atendimento à saúde da população você indicaria que aconteceram após a implantação do Paidéia-PSF?
16. O CS atende as necessidades de saúde da população?

## APÊNCIDE 2 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

### Observação das atividades de enfermagem

Data:	Horário:	Centro de Saúde:
Denominação da Atividade de Enfermagem (como é conhecida ou nomeada?):		
Planejamento/Preparo:		
Descrição da Atividade (o que é, como se faz?):		
Espaço Físico:		
Agentes Envolvidos (categoria profissional, número de trabalhadores):		
Clientela (com quem? para quem?):		
Há registros das atividades?		
Há Avaliação/Supervisão?		
Diálogos:		

### Observação do trabalho da enfermeira

Data:	Horário:	Centro de Saúde:
Denominação da Enfermeira na Pesquisa:		
Planejamento/Preparo:		
Descrição da Atividade (o que é, como se faz?):		
Espaço Físico:		
Agentes Envolvidos (categoria profissional, número de trabalhadores):		
Clientela:		
Há registros das atividades?		
Há Avaliação/Supervisão?		
Diálogos:		

## APÊNDICE 3 – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr. ou Sra. \_\_\_\_\_

Estamos desenvolvendo a pesquisa “O trabalho de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde e a mudança do modelo de atenção à saúde no município de Campinas”. Esta é uma pesquisa de mestrado, vinculada ao departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, que tem como objetivo estudar as práticas de enfermagem no contexto da construção de um novo modelo de atenção à saúde no município, impulsionada pelo Projeto Paidéia de Saúde da Família. Para isso utilizaremos entrevistas com os trabalhadores de enfermagem no nível local e de análise documental.

Dessa forma, gostaríamos de contar com a sua colaboração, participando das entrevistas que compõem o trabalho de campo da pesquisa. Essas entrevistas têm como objetivo identificar as perspectivas dos envolvidos no processo de construção do Paidéia sobre o trabalho de enfermagem inserido nesse momento de mudança da forma de trabalhar as questões de saúde na rede básica do município.

Gostaríamos de lembrar que todas as informações fornecidas por você serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, de forma sigilosa, não acarretando nenhum prejuízo para sua pessoa ou exercício profissional. Durante o transcorrer da pesquisa, a qualquer momento você poderá retirar esse Consentimento, recusando-se a continuar participando, caso não seja mais de seu interesse.

Agradecemos desde já sua colaboração e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento que você necessite. Atenciosamente,

### **Eliete Maria Silva**

Prof. Dra. do Depto. de Enfermagem da  
Faculdade de Ciências Médicas –  
UNICAMP

Telefone para contato: (19) 3788-8825

Orientadora

[emsilva@fcm.unicamp.br](mailto:emsilva@fcm.unicamp.br)

### **Maíra Libertad Soligo Takemoto**

Pós-graduanda do Depto. de  
Enfermagem da Faculdade de Ciências  
Médicas – UNICAMP

Telefone para contato: (19) 9103-4071

Pesquisadora do Projeto

[mairalibertad@uol.com.br](mailto:mairalibertad@uol.com.br)