

C,  
R. 2211

**MARCELLE REGINA SILVA BENETTI**

**PERFIL E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DA REDE  
BÁSICA DE SAÚDE 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 **Marcelle Regina Silva Benetti**

*Márcia Regina Nozawa*  
**Profa. Dra. Márcia Regina Nozawa**  
Orientadora

**Campinas**

**2007**

**MARCELLE REGINA SILVA BENETTI**

**PERFIL E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DA REDE  
BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINAS, SP**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de Concentração Enfermagem e Trabalho.*

**Orientadora:** Profa. Dra. Márcia Regina Nozawa

**Campinas**

**2007**

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

B435p Benetti, Marcelle Regina Silva  
Perfil e práticas de enfermeiras da rede básica de saúde de  
Campinas / Marcelle Regina Silva Benetti. Campinas, SP : [s.n.],  
2008.

Orientador : Márcia Regina Nozawa  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Prática profissional. 2. Enfermagem em Saúde Pública. 3.  
Saúde Pública. I. Nozawa, Márcia Regina. II. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês:** Profile and practice of nurses within basic healthcare system in  
Campinas SP

**Keywords:** • Professional practice  
• Public health nursing  
• Public health

**Titulação:** Mestre em Enfermagem

**Área de concentração:** Enfermagem e Trabalho

**Banca examinadora:**

**Profa. Dra. Márcia Regina Nozawa**

**Profa. Dra. Brigina Kemp**

**Profa. Dra. Eliete Maria Silva**

**Data da defesa:** 27 - 02 - 2008

**BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Márcia Regina Nozawa**

**Membros:**

1. Profa. Dra. Márcia Regina Nozawa Marcia Regina Nozawa

2. Profa. Dra. Brígida Kemp Brigida Kemp

3. Profa. Dra. Eliete Maria Silva Eliete Maria Silva

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

**Data: 27/02/2007**

## ***DEDICATÓRIA***

*A meu marido Ticiano, companheiro fiel, que desfruta  
comigo o desafio e a beleza de construir o Matrimônio  
Cristão.*

A Deus, pela presença constante em minha vida e que dá sentido aos caminhos que trilho.

A Professora Doutora Márcia Regina Nozawa, pelo carinho, atenção, dedicação, paciência, cujos conhecimentos foram fundamentais para o meu aprendizado acadêmico, profissional e pessoal.

A Dalvani, pelo companheirismo e troca de experiência ao longo desses 2 anos.

A Eliete Maria Silva, pelas conversas em sala de aula, que me fizeram repensar várias práticas.

Aos demais professores do Curso de Pós-Graduação que contribuíram na ampliação de conhecimento e troca de experiências, vislumbrando novos horizontes.

A Priscila, pelo apoio e estímulo para o ingresso no mestrado.

Aos meus pais Lair e Vicente, que fomentaram o desejo de acreditar nos sonhos e buscá-los por mais longe que eles pudessem estar.

As minhas irmãs Miriam e Anna Paula pela escuta e apoio durante esta fase.

A todas(os) as(os) enfermeiras(os) da SMS que contribuíram para que esta pesquisa fosse realizada, compartilhando suas práticas e saberes.

A Deise, coordenadora do Distrito Sudoeste, e a todas amigas apoiadoras, pela paciência e compreensão.

A equipe do CS Santa Lúcia, espaço de vivência e desenvolvimento como profissional de saúde.

A Alóide coordenadora do CETS, pelas sugestões e apoio.

A todos os amigos, pela contribuição e amizade, cujas colaborações foram preciosas e tornaram possível este trabalho.

## *Aos meus Amigos*

*“Tenho amigos que não sabem o quanto são meus amigos. Não percebem o amor que lhes devoto e a absoluta necessidade que tenho deles.*

*A amizade é um sentimento mais nobre do que o amor, eis que permite que o objeto dela se divida em outros afetos, enquanto o amor tem intrínseco o ciúme, que não admite a rivalidade.*

*E eu poderia suportar, embora não sem dor, que tivessem morrido todos os meus amores, mas enlouqueceria se morressem todos os meus amigos! Até mesmo aqueles que não percebem o quanto são meus amigos e o quanto minha vida depende de suas existências...*

*A alguns deles não procuro, basta-me saber que eles existem. Esta mera condição me encoraja a seguir em frente pela vida.*

*Mas, porque não os procuro com assiduidade, não posso lhes dizer o quanto gosto deles. Eles não iriam acreditar. Muitos deles estão lendo esta crônica e não sabem que estão incluídos na sagrada relação de meus amigos.*

*Mas é delicioso que eu saiba e sinta que os adoro, embora não declare e não os procure. E às vezes, quando os procuro, noto que eles não têm noção de como me são necessários, de como são indispensáveis ao meu equilíbrio vital, porque eles fazem parte do mundo que eu, tremulamente, construí e se tornaram alicerces do meu encanto pela vida.*

*Se um deles morrer, eu ficarei torto para um lado. Se todos eles morrerem, eu desabo!*

*Por isso é que, sem que eles saibam, eu rezo pela vida deles. E me envergonho, porque essa minha prece é, em síntese, dirigida ao meu bem estar. Ela é, talvez, fruto do meu egoísmo.*

*Por vezes, mergulho em pensamentos sobre alguns deles. Quando viajo e fico diante de lugares maravilhosos, cai-me alguma lágrima por não estarem junto de mim, compartilhando daquele prazer...*

*Se alguma coisa me consome e me envelhece é que a roda furiosa da vida não me permite ter sempre ao meu lado, morando comigo, andando comigo, falando comigo, vivendo comigo, todos os meus amigos, e, principalmente os que só desconfiam ou talvez nunca vão saber que são meus amigos!*

*A gente não faz amigos, reconhece-os”.*

*Vinicius de Moraes*

---

<i>RESUMO</i> .....	xxvii
<i>ABSTRACT</i> .....	xxxii
<i>APRESENTAÇÃO</i> .....	35
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	45
1.1. Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil .....	49
1.2. Enfermagem na Saúde Pública e na Saúde Coletiva .....	53
1.2.1. A Enfermagem no cenário nacional e estadual .....	53
1.2.2. A Enfermagem no SUS Campinas .....	59
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	69
2.1. Objetivo Geral .....	71
2.2. Objetivos Específicos .....	71
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	73
3.1. Referencial Teórico .....	75
3.2. Natureza do Estudo .....	79
3.3. Cenário de Pesquisa .....	80
3.4. Sujeitos da Pesquisa .....	85
3.5. Procedimentos de Coleta de Dados .....	85
3.6. Procedimentos de Consolidação e Análise de Dados .....	87
<b>4. AS ENFERMEIRAS DA REDE BÁSICA E SUAS PRÁTICAS</b> .....	91
4.1. Os Sujeitos da Pesquisa .....	93
4.2. Atribuições da Enfermeira .....	104
4.3. Atribuições Institucionais Previstas para as Enfermeiras .....	109
4.4. As Práticas Relatadas pelas Enfermeiras .....	120
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	143
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	151
<b>7. ANEXO</b> .....	161
<b>8. APÊNDICES</b> .....	165
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	167
Apêndice 2 – Formulário para Coleta de Dados .....	168

## ***LISTA DE ABREVIATURAS***

---

- ABEn** Associação Brasileira de Enfermagem
- Abrasco** Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- ACS** Agente Comunitário de Saúde
- ADT** Atendimento Domiciliar Terapêutico para AIDS
- AIS** Ações Integradas de Saúde
- AMDA** Ambulatório Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
- CAPS** Centro de Atenção Psico-Social
- CETS** Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
- COAS/CTA** Centro de Orientação e Apoio Sorológico/ Centro de Testagem e Aconselhamento
- COREN-SP** Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo
- Covisa** Coordenação de Vigilância em Saúde
- CRST** Centro de Referência à Saúde do Trabalhador
- CS** Centro de Saúde
- DNSP** Departamento Nacional de Saúde Pública
- FCM** Faculdade de Ciências Médicas
- ICV** Índice de Condição de Vida
- IDH** Índice de Desenvolvimento Humano
- MS** Ministério da Saúde
- NSC** Núcleo de Saúde Coletiva
- OMS** Organização Mundial de Saúde
- ONU** Organização das Nações Unidas

**PCDG** Projeto de Capacitação e Desenvolvimento Gerencial

**PDG** Projeto de Desenvolvimento Gerencial

**PMC** Prefeitura Municipal de Campinas

**PLE** Projeto Larga Escala

**PNUD** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PSF** Programa Saúde da Família

**PUCCamp** Pontifícia Universidade Católica de Campinas

**SAE** Sistematização da Assistência de Enfermagem

**SMS** Secretaria Municipal de Saúde

**SAMU** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**Sucen** Superintendência de Controle de Endemias

**SUDS** Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**SUS** Sistema Único de Saúde

**UBS** Unidade Básica de Saúde

**Unicamp** Universidade Estadual de Campinas

**Visa** Vigilância em Saúde

## *LISTA DE TABELAS*

---

		<i>PÁG.</i>
<b>Tabela 1</b>	Entrevistadas segundo faixa etária – Campinas – 2006	93
<b>Tabela 2</b>	Entrevistadas segundo o tempo de atuação como enfermeira Campinas - 2006	95
<b>Tabela 3</b>	Entrevistadas segundo o tempo de atuação na Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Campinas e tempo de trabalho no atual local de trabalho – Campinas - 2006	97
<b>Tabela 4</b>	Práticas referidas pelas enfermeiras segundo o coeficiente de frequência(F). Campinas, 2006	121
<b>Tabela 5</b>	Práticas referidas pelas enfermeiras segundo o coeficiente de importância (I). Campinas, 2006.	122
<b>Tabela 6</b>	Práticas referidas pelas enfermeiras, considerando os conceitos de Campo e Núcleo, segundo o coeficiente de frequência(F). Campinas, 2006.	137
<b>Tabela 7</b>	Práticas referidas pelas enfermeiras, considerando o conceito de Núcleo de outro profissional, segundo o coeficiente de frequência(F). Campinas, 2006.	137
<b>Tabela 8</b>	Práticas referidas pelas enfermeiras, considerando os conceitos de Campo e Núcleo, segundo o coeficiente de importância (I). Campinas, 2006.	138
<b>Tabela 9</b>	Práticas referidas pelas enfermeiras, considerando o conceito de Núcleo de outro profissional, segundo o coeficiente de importância (I). Campinas, 2006.	138
<b>Tabela 10</b>	Práticas referidas pelas enfermeiras, considerando os conceitos de Campo e Núcleo, segundo o coeficiente de frequência (Ft) e importância (It) total. Campinas, 2006.	139

***LISTA DE FIGURAS***

<b>Figura 1</b>	Campinas: Mapa do município de Campinas com delimitação de áreas territoriais por Distritos e Centros de Saúde (2001)	<b><i>PÁG.</i></b> 83
-----------------	---	--------------------------

*LISTA DE QUADROS*

---

	<i>PÁG.</i>
<b>Quadro 1</b> Documentos que tratam das atribuições da enfermeira e da equipe de enfermagem, produzidos na SMS Campinas, de acordo com ano de sua oficialização e fonte de consulta. Campinas, 2006.	109
<b>Quadro 2</b> “FUNÇÕES TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS DO ENFERMEIRO” na SMS de Campinas	111
<b>Quadro 3</b> “FUNÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO” na SMS de Campinas	112
<b>Quadro 4</b> “FUNÇÕES TÉCNICO-ASSISTENCIAIS GERAIS DO ENFERMEIRO” na SMS de Campinas	113
<b>Quadro 5</b> NÚCLEO E CAMPO DO ENFERMEIRO NO PSF-PAIDÉIA DA SMS DE CAMPINAS	117
<b>Quadro 6</b> ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO PSF- PAIDÉIA DA SMS DE CAMPINAS	118

Trata-se de um estudo descritivo que tomou como objeto o trabalho de enfermeiras na atenção primária, entendido com prática social que se constitui no processo de trabalho em saúde. Teve por objetivo caracterizar e analisar o perfil profissional e as práticas das enfermeiras inseridas em unidades da rede básica de saúde do município de Campinas, SP, no ano de 2006. As enfermeiras das equipes dos 49 centros de saúde e 13 módulos de saúde da família, distribuídos entre os cinco Distritos de Saúde do município, constituíram-se sujeitos do estudo. Os dados primários foram produzidos a partir de entrevistas estruturadas com 133 enfermeiras, 88% do conjunto geral e documentos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foram tomados como referência na análise das suas práticas. São mulheres (95,5%), casadas (56,4%) e 55,6% tem pelo menos um filho. A extensão de faixa etária de 25 a 49 anos abrangeu 86,5% das entrevistadas, sendo que somente a faixa de 40 a 44 anos concentrou a maior frequência isolada, 23,3%. De modo predominante, as enfermeiras cursaram a graduação em instituições privadas de ensino (67,7%); 66,2% relatam serem especialistas, sendo 38,9% nas áreas de interesse à Saúde Coletiva. A totalidade das enfermeiras indicou participação em oficinas e cursos de capacitação oferecidos pela Secretaria. A maioria delas não mantém assinaturas de periódicos científicos em enfermagem (94,7%) ou na área da saúde (99,2%). A leitura de livros de enfermagem ou na área de saúde e manuais técnicos é positiva para 91% e 97,7% delas, respectivamente. Quanto à relação de trabalho com o município, a maioria (72,2%) é efetiva por concurso público e 33,8% tem de 1 a 5 anos de trabalho na SMS. Em relação às

práticas relatadas pelas enfermeiras, as mais freqüentes foram: o acolhimento, a consulta de enfermagem, a supervisão de enfermagem, os procedimentos de enfermagem, a organização do serviço, entre outras. As práticas mais importantes referidas foram: acolhimento, consulta de enfermagem, supervisão de enfermagem, visita domiciliária, educação em saúde, entre outras. Observou-se que as enfermeiras da SMS de Campinas executam diariamente múltiplas funções no processo de trabalho, predominando as ações assistenciais, seguidas por ações gerenciais e de educação em saúde. Este estudo, comparado aos trabalhos anteriores, nos mostra uma mudança de priorização da gerência para a assistência, ou seja, as enfermeiras querem encontrar estratégias para intervir na realidade de saúde, mas mantém a prática cotidiana voltada para demanda espontânea, tendo como objeto predominante o corpo biológico doente. Os dados nos permitem inferir que existe coerência entre as práticas realizadas e o que é esperado pela SMS e nos mostram que a enfermeira presta grande contribuição na implantação e manutenção das políticas de saúde. O trabalho desenvolvido hoje pela enfermeira está voltado predominantemente para o campo de atuação, principalmente quando se fala do atendimento em equipe multiprofissional. Entretanto, ainda existe a necessidade de se reforçar o núcleo profissional e o campo da prática de Saúde Coletiva, no núcleo de saúde coletiva, na imunização, na educação em saúde, na educação permanente, entre outras.

**Palavras-chave:** Prática Profissional; Enfermagem em Saúde Pública; Saúde Pública.

**Linha de Pesquisa:** Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem.

This is a descriptive study about the work of collective health nurses, which is understood as a social practice. Its objective is to characterize the professional profile and practice of nurses working within Public Health Centers in Campinas, SP, Brazil in the year of 2006. Nurses belonging to 49 health centers and 13 family health modules, spread over five city health districts have been subjects for this study. Primary data have been produced in structured interviews with 133 nurses standing for 88% of city's total. Documents from City Hall Health Department have also been considered to analyze nurses' practice. They are female (95.5%), married (56.4%), and 55.6% have at least one child. Most are between 25 and 49 years old. The range 40-44 has the biggest concentration (23.3%). Most of them under graduated in private institutions ( 67.7%), 66.2% report to be specialists having 38.9% within areas concerning Public Health. All of them claimed participation in trainings and workshops offered by City Hall Health Department. Most of them don't have subscription to scientific journals in nursing (94.7%) or health sciences (99.2%). 91% read books related to health and nursing and even better figures indicate that 97.7% read technical manuals. Regarding work relations, most (72.2%) are regular employees and 33.8% work for up to 5 years in City Hall Health Department. Regarding practices reported as most frequently executed: Triage, nursing consultation, nursing supervision, nursing procedures, health services management, etc. Regarding practices reported as of utmost importance: Triage, nursing consultation, nursing supervision, home visits, health education, etc. It can be noticed that Nurses from Campinas' City Hall Health Department execute many tasks in their work process, mostly assistance tasks followed by management and health education. This study compared to previous work, shows a change in

priorization from management to assistance, that is, nurses are willing to find strategies to intervene in health reality, but keep day-by-day practice aimed toward spontaneous demand, having as main subject the ill biologic body. Data shows that actual practices are coherent to City Hall Health Department expectations and that nurses give great contribution to maintenance and implementation of public health policies. Nurses work aims mostly to its “field”, specially within Multiprofessional attendance, however it is still necessary to strengthen nurses profession “core”, and collective health “field” where nurses work is of great importance within collective health “core”, regarding vaccination, health and education, permanent education, etc.

**Key words:** Public Health, Public Health Nursing, Professional Practice



## *APRESENTAÇÃO*

A proposição desta pesquisa decorre de minha história pessoal: experiências e inquietações profissionais vividas em serviços de saúde de Campinas, principalmente na Secretaria Municipal de Saúde, onde trabalho como enfermeira desde setembro de 2000.

Graduei-me enfermeira na Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, no ano de 1997. A graduação foi marcada por mudanças intensas, deixei de ser uma adolescente e passei a assumir a responsabilidade de uma adulta, aluna de enfermagem, cuidando de pessoas, dentro de um ambiente hospitalar e repleto de questões emocionais que estavam neste contexto. Na formação estava presente um discurso de assistência integral e humanizada ao indivíduo/pessoa, mas ao mesmo tempo conduzido por regras disciplinares rígidas (uniforme impecável, pontualidade, assiduidade, material de bolso completo, etc), realização de técnicas básicas (arrumação de cama, banho, etc), fragmentação do cuidado, exigência de um alto grau de maturidade emocional e certa submissão à prática médica. Certas angústias vivenciadas que decorriam, por exemplo, da dificuldade de lidar com a morte, eram consideradas como falta de preparo ou mesmo vocação para profissão.

Apesar de algumas questões negativas na formação, lembro da graduação positivamente e associo a universidade, como um lugar marcante, que ao mesmo tempo forma com uma visão fragmentada, mas possibilita, talvez por convicções pessoais, a necessidade da busca pela integralidade, pelo espírito crítico e pela capacidade de reflexão da prática, a fim de buscar a mudança, a transformação.

A experiência profissional vivida após a formação foi no setor privado e educacional, esta viabilizou estabelecer contatos com inúmeras enfermeiras, tanto da rede

pública quanto do setor privado de Campinas e de municípios circunvizinhos. Ampliando a visão acerca do campo profissional da enfermagem e sendo de fundamental importância na mudança de direção da carreira profissional. A visão direcionada somente ao trabalho hospitalar, em unidades de assistência especializada, começou a se ampliar e houve a valorização do trabalho de enfermagem em outros serviços de saúde, na Saúde Pública, no domicílio dos usuários, levando em considerando suas condições sócio-econômicas, a interação familiar e suas representações de saúde-doença.

Em 2000, me inscrevi no concurso público aberto pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMS), apesar da curta vivência na área, uma vez que a formação foi mais voltada para área hospitalar, decidi concorrer a uma vaga em tal concurso acreditando na possibilidade de ampliar meus conhecimentos em Saúde Pública e Saúde Coletiva e de participar do processo de reorganização dos serviços e ações no Sistema Único de Saúde (SUS) de Campinas e, assim, de aumentar a capacidade de ação como agente na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Fiquei surpresa com o resultado do concurso, pois obtive classificação entre os trinta primeiros colocados. Assinei o contrato após três meses, em setembro de 2000 e escolhi o Centro de Saúde (CS) Santa Lúcia para trabalhar. A escolha desse serviço explicava-se pelo fato da coordenadora dessa unidade de saúde, ser também graduada na Unicamp e veterana quando ingressei no exame vestibular.

No primeiro mês de trabalho passei por um programa de treinamento (denominado de “tour”) no Distrito de Saúde Sudoeste que se propunha a apresentar às novas enfermeiras

os serviços que compunham a rede municipal de saúde, capacitá-las para o exercício das funções e atividades requeridas da profissional no contexto de um CS do SUS municipal.

Comecei o trabalho no CS no final do mês de outubro de 2000, nos dois meses subseqüentes, tive a oportunidade de participar de duas reuniões, organizadas e coordenadas pelas enfermeiras supervisoras do Distrito Sudoeste, com o objetivo de discutir questões teóricas e técnicas que subsidiavam o trabalho da enfermeira.

No CS desenvolvi um projeto com a equipe, com objetivo de ampliar o acesso da população ao serviço e diversificar as ofertas da unidade, identificando, inicialmente, as demandas.

Recém chegada na unidade, eu observava diferenças de envolvimento da equipe em seu conjunto e, em particular, das enfermeiras. E ao retomar essa experiência vivida, considero que a diferença de priorização, empenho e compromisso que observava entre os membros da equipe nos diversos projetos desenvolvidos, produzia um incômodo capaz de despertar algumas interrogações: O que estamos buscando para enfermagem? O que cada enfermeiro busca para enfermagem? As diferenças entre os enfermeiros podem estar ligadas ao seu perfil: sexo, idade, formação? Existem questões ideológicas nas suas práticas? Também me indagava sobre a importância da profissional no serviço e se o núcleo central do trabalho da enfermeira deveria ser, essencialmente, assistencial, gerencial e/ou educativo.

No ano seguinte, 2001, assumiu a Prefeitura Municipal de Campinas Antônio da Costa Santos, candidato eleito pela coligação partidária liderada pelo Partido dos

Trabalhadores, e a direção da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi ocupada pelo professor doutor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, Gastão Wagner de Sousa Campos. No início dessa gestão, a equipe de governo implantou juntamente com os trabalhadores da saúde, o Projeto Paidéia de Saúde da Família, que provocou muitas mudanças na organização do trabalho desenvolvido pelos CS, especialmente no que diz respeito à constituição de equipes de referência e ao modelo de assistência proposto.

Nesse mesmo ano, supervisoras e enfermeiras de unidades básicas, com apoio técnico do Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde (CETS) e do nível central da SMS, elaboraram o Protocolo de Ação para Assistência de Enfermagem no Projeto Paidéia de Saúde da Família. Tal protocolo tinha por finalidade apoiar o trabalho da enfermagem frente às mudanças do modelo de atenção, propostas pelo projeto Paidéia de Saúde da Família. Participei ativamente, sob convite e desejo pessoal, da formulação desse protocolo.

Em 2004, a SMS em parceria com a Unicamp, através do Pólo de Educação Permanente do Leste Paulista, ofereceu um curso de Especialização de Saúde da Família dirigido aos profissionais da rede básica do município com liberação parcial de carga horária. Foram selecionados 23 médicos e 27 enfermeiras para compor o grupo de alunos e por reconhecimento da coordenação e desejo pessoal fui selecionada. O contato e interação com os colegas originários de 25 CS, vinculados aos cinco Distritos de Saúde, me permitiram perceber mais claramente a heterogeneidade que existia entre nós. A operacionalização do projeto Paidéia em cada unidade de saúde ocorria de modo

relativamente distinto e cada profissional atuava também de forma diferenciada em sua realidade.

No desenrolar do módulo de enfermagem deste curso, essa heterogeneidade ficou mais explícita, através da troca de experiência entre as colegas observávamos o quanto trabalhávamos de maneiras diversas. Parecia que a insuficiente padronização de normas e rotinas na SMS possibilitava que cada enfermeira criasse uma forma particular de desenvolver seu trabalho de acordo com a possibilidade do serviço ou convicção pessoal. Percebia, ainda, uma carga de insatisfação geral das colegas: sobrecarregadas, com atribuições que consideravam fora do seu campo de atuação. Eu mesma havia dedicado grande parte do meu tempo de trabalho às práticas assistenciais, individuais ou dirigidas a grupos de usuários, dentro da equipe de referência; nesse momento passei a questionar a respeito das demais atividades que eram esperadas da enfermeira, levando em consideração o que eu aprendi na universidade, durante a formação.

Nessa ocasião, reaproximei-me da Unicamp e dos docentes, principalmente da professora Márcia, que tive contato durante o estágio da Residência Multidisciplinar em Saúde da Família. Todo o processo vivido despertava em mim o interesse em re-situar as necessidades e as pretensas possibilidades de contribuir no processo de construção de uma enfermagem mais engajada no projeto de transformação da realidade social. No 2º semestre de 2004, me inscrevi em disciplinas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível mestrado, da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, como aluna especial. Ao final desse mesmo ano, participei da seleção e, em 2005, ingressei regularmente no mestrado.

Em janeiro de 2005, assumiu a PMC o candidato Hélio de Oliveira Santos, candidato eleito pela coligação partidária liderada pelo Partido Democrático Trabalhista e a pasta da saúde foi ocupada por Gilberto Luiz Moraes Selber. Esta gestão, inicialmente, apresentou o propósito de manter o PSF com alguns ajustes e adaptações consideradas necessárias.

Em julho de 2005 fui convidada a fazer parte da equipe do Distrito de Saúde Sudoeste como apoiadora, a coordenação distrital avaliou a necessidade de aumento do número de enfermeiras, a fim de desenvolver um projeto específico para esta área. Aceitei, pois tinha em mente que era fundamental priorizar um trabalho voltado para a equipe de enfermagem. Nesse mesmo mês, nós, enfermeiras do Distrito, analisando os documentos de enfermagem da SMS, elaboramos um questionário para realizar o Diagnóstico Situacional da Enfermagem com a finalidade de mapear habilidades e necessidades de treinamento. Retomamos as reuniões de enfermagem, efetuando a devolutiva do diagnóstico e dando prosseguimento às análises e discussões pertinentes.

Além disso, passei a integrar o colegiado de enfermagem da SMS, formado pela representante de enfermagem da SMS e pelas apoiadoras de cada um dos Distritos de Saúde, com o propósito de apoiar o processo de sistematização do trabalho da enfermagem nas diversas áreas de atuação.

Este estudo faz parte do meu projeto de vida pessoal e profissional. Nele, busco entender questões que estão presentes no dia-a-dia, inquietações que permaneciam sem explicação. As respostas certamente ajudarão a compreender melhor as possibilidades de a

enfermagem da rede básica municipal de saúde re-situar seu protagonismo na construção do SUS. Obviamente não pretendo esclarecer todas essas interrogações, porém são elas que movem esta investigação e me impulsionam a imergir neste desafio.



## *1. INTRODUÇÃO*

A delimitação precisa e necessária de qualquer objeto de estudo não é tarefa simples, particularmente se ele corresponde às práticas desenvolvidas por parcela dos agentes de trabalho, enfermeiras, em um determinado cenário, como recorte de uma realidade histórica, política e social complexa e abrangente da saúde coletiva.

A retomada histórica é sempre parcial, uma vez que sua possibilidade, de partida, sofre, no mínimo, a possibilidade de elaboração intelectual do pesquisador diante do tempo cronológico disponível e de sua perspectiva de apreensão e interpretação daquilo que o cerca, definida, *a priori*, por sua própria condição de sujeito produtor de significados e também produto da realidade social.

Reconhecendo, assim, esses limites não transponíveis no momento, passa-se a apresentar alguns subsídios que favoreçam a apreensão das condições políticas e sociais de produção do trabalho das enfermeiras na rede básica do município de Campinas, numa trajetória que inclui uma breve retomada histórica da saúde pública e da consolidação do campo da saúde coletiva no cenário nacional, bem como da inserção e das práticas desenvolvidas por essas agentes de enfermagem em certo contexto de produção no amplo cenário de práticas na saúde coletiva.

A trajetória deste estudo foi construída com apoio dos autores que teorizaram a história, considerando o protagonismo de sujeitos no processo de construção do saber. Dessa forma, em justo reconhecimento às contribuições dos autores na elaboração deste texto proceder-se-á à apresentação de seus nomes completos na primeira citação realizada. Levando em conta que a produção de conhecimento resulta também do diálogo do autor

como instância de enunciação formal com as contribuições teóricas adotadas como referência, assume-se como expressão do sujeito desta produção sua forma plural, sem que tal ato, no entanto, implique na não responsabilização social da autora. Destaca-se que longe de desmerecer a contribuição masculina no trabalho de enfermagem, a adoção do substantivo enfermeiro em sua flexão feminina de gênero justifica-se pelo reconhecimento explícito do predomínio quantitativo de mulheres, particularmente entre os profissionais de enfermagem com formação universitária. Tal escolha transcende, portanto, a mera insubordinação à norma gramatical da língua formal.

Este estudo representa mais uma etapa de um conjunto de produções que têm se dirigido à compreensão do trabalho das enfermeiras na rede básica de saúde do município de Campinas, instituída na década de 70, até a atualidade, tomando por referência o modelo assistencial de organização dos serviços de saúde predominante nos diversos momentos históricos (Eliete Maria Silva, Márcia Regina Nozawa, José Carlos Silva e Silvia A. M. L. D. Carmona, 2001 e Elisabet Pereira Lelo Nascimento, 2002; Dalvani Marques, 2003; Nascimento e Nozawa, 2004; Priscileyne Ouverney Reis, 2004; Maíra Libertad Soligo Takemoto, 2005). Esta pesquisa faz parte, assim, de um amplo projeto que tem sido construído por várias agentes, alunas de iniciação científica, de pós-graduação e pesquisadoras que tem como finalidade compreender as práticas de enfermagem em saúde coletiva como um trabalho e, vincula-se à linha de pesquisa de Gerência de Serviços de Saúde e de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

## 1.1. Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil

A Saúde Pública no Brasil segundo Emerson Elias Merhy e Marcos de Souza Queiroz (1993) teve sua história iniciada no começo do século passado com Emílio Ribas, em São Paulo e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, a partir da influência decorrente da teoria bacteriológica. Apresentava-se conforme Fernando M. Pires Filho (1987) como um campo de saberes e práticas demarcadas pela intervenção técnica e política do Estado com ênfase na base técnica do conhecimento científico, através de práticas preventivas, de assistência médica e de políticas de saúde, como ações governamentais dirigidas ao âmbito coletivo.

A partir da teoria bacteriológica, novas concepções foram ordenadas e levaram à formação do modelo de organização “médico-sanitário” na saúde pública, em 1910. Na década seguinte, este movimento tornou-se hegemônico e este modelo que pressupunha o processo saúde-doença como um fenômeno coletivo, com repercussões individuais, centrou-se na construção de centros de saúde comandados por sanitaristas. Na década de 30, a saúde pública praticamente reduziu-se à atuação campanhista e na década de 40 já era evidente uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a assistência médica individual em relação à saúde pública. Em 1960, já se propunha um rompimento da dicotomia entre assistência médica e a saúde pública, porém este debate perdeu espaço para uma assistência médica comercializada, que passava pelo setor previdenciário. Os anos que se seguiram foram marcados por um conjunto de críticas ao modelo privatizante e medicalizante, principalmente por parte do chamado “movimento sanitário” (Merhy e Queiroz, 1993).

“As modificações no panorama político e social do mundo e da situação de saúde (principalmente a falta de mudanças esperadas) põem em cheque as premissas e previsões

dos antigos modelos” segundo Jairnilson Silva Paim e Naomar Almeida Filho (1998). Esta “crise na saúde pública” demandou a construção de novos paradigmas, que se estabeleceram como balizamentos para a produção teórica e prática da saúde no âmbito coletivo (Paim e Almeida Filho, 1998). Na América Latina, o movimento denominado Saúde Coletiva tem dialogado com a saúde pública, via contradições e acordos, tanto na área técnico-científica quanto nas práticas.

Este diálogo não acontece sem tensão, sendo que a primeira delas reside entre os marcos de análise macro-estruturais e a análise institucional das políticas. A saúde coletiva nasce e se desenvolve pela negação do saber hegemônico. Isso implica na incorporação do materialismo histórico enquanto modelo explicativo. A segunda tensão diz respeito ao fato das análises dos processos históricos das políticas de saúde somarem-se proposições institucionais e organizacionais e que tem origem em um diferente paradigma que não o marxista. Adicionam-se mais uma tensão, o fato de a prática política da reforma sanitária brasileira ter se constituído como o horizonte e limite, da produção do conhecimento. A Saúde Coletiva, desta forma, tem um predomínio da política sobre o conhecimento segundo Amélia Cohn (1992).

A Saúde Coletiva, segundo Everardo Duarte Nunes (1994), se denomina como área a partir de 1978, no I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Salvador, BA) e na Reunião Sub-regional de Saúde Pública da Organização Panamericana de Saúde (Ribeirão Preto, SP), onde foram definidas as bases da formação de pessoal nesse campo da saúde. A consolidação da área se dá com a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, fundamentada pela crítica ao

esgotamento das práticas da saúde pública clássica e da medicina social. Começa a se estruturar como um campo de saber e prática que teve como base o exercício crítico e político sob as experiências acumuladas, fortalecendo na medida em que encontra nas práticas teóricas sua fundamentação, assim, a saúde coletiva emerge como “corrente de pensamento, movimento social e prática teórica” (Nunes, 1994).

Ainda, segundo este mesmo autor, a Saúde Coletiva fundamenta-se na interdisciplinaridade, para a construção de um conhecimento amplo em saúde e na multiprofissionalidade, para o enfrentamento da diversidade interna das práticas sanitárias. Ela deve abranger o geral e o específico, situando-se nos limites do biológico e do social, sem esquecer-se de “investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde” (Nunes, 1994).

Nesse movimento, a saúde coletiva insere as ciências humanas no campo da saúde, agregando dimensões simbólicas, éticas e políticas que dão novos rumos ao saber biológico. Assim, a psicanálise, a psicologia, a história, a política, a economia, a sociologia, a antropologia e a filosofia agregam-se na composição do campo da saúde coletiva, na perspectiva social.

A enfermagem se constitui como disciplina que compõe o trabalho em saúde e parte de um processo coletivo de trabalho, articula-se às demais práticas de saúde, inclusive na saúde coletiva segundo Silvia Matumoto, Silvana Martins Mishima e Ione Carvalho Pinto (2001); Tereza Cristina Scatena Villa (1992). O trabalho da enfermeira, que é o nosso

trabalho, em particular é, portanto, uma atividade parcelar desse processo que conforma e transforma, na própria dinâmica contraditória do cotidiano em saúde (Villa, 1992).

A contribuição teórica da enfermagem em saúde coletiva vem se organizando em estudos que apontam para as determinações presentes nas macroestruturas quanto nas micro relações vistas no cotidiano do trabalho em saúde (Matumoto et al., 2001).

Assim, temos a enfermagem como uma prática, que se constitui nas relações com outras práticas, utilizando, desde o início de sua história, um saber tecnológico que se reformula e conforma intervenções distintas, em cada momento, na convivência de trabalhadores de saúde e de enfermagem, uns com outros ou com os usuários, no cotidiano dos serviços de saúde (Matumoto et al., 2001).

Nesse sentido, as autoras apresentam algumas indagações sobre o objetivo do trabalho de enfermagem, o projeto de intervenção ao qual se filia e os impactos de suas práticas sobre a saúde da população (Matumoto, et al., 2001).

O projeto de enfermagem deve seguir rumo à direção da produção de uma ação social, que pode ir da manutenção da realidade ou de sua transformação (Matumoto et al., 2001).

Dentro desta realidade, retomam-se certos elementos de contextualização da enfermagem nacional, estadual, e campineira, para melhor compreensão do desafio que nos é colocado.

É possível que precisemos quebrar este olhar estagnado dentro de nós para revelarmos o horizonte de possibilidades na compreensão do processo saúde-doença e das possíveis propostas para os problemas que se apresentam (Matumoto et al., 2001).

## **1.2. Enfermagem na Saúde Pública e na Saúde Coletiva**

### **1.2.1. A Enfermagem no cenário nacional e estadual**

A enfermagem teve seu marco inicial na Enfermagem Moderna brasileira a partir da criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), no ano de 1922, embora já se encontrassem em curso outras iniciativas de profissionalização da enfermagem através da Escola Alfredo Pinto, criada em 1890, da Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, de 1916, e de cursos de formação de pessoal de enfermagem em hospitais militares, regulamentados em 1921 segundo Denise Pires (1989) e Maria Lucia Frizon Rizzoto (1999).

A instituição da Escola de Enfermeiras do DNSP, posteriormente denominada de Escola de Enfermagem Anna Nery, contou com a iniciativa de Carlos Chagas, então diretor desse Departamento, que apoiado pela Fundação Rockefeller, objetivava diplomar enfermeiras para assegurar adequado treinamento das visitadoras de higiene (Waleska Paixão, 1979).

A enfermagem profissional brasileira nasce dentro do projeto sanitário importado do modelo da escola e de serviços de saúde americanos, atendendo necessidades do capitalismo internacional (Pires, 1989).

Os valores e a ideologia dominante, usando a mulher como mão-de-obra e seus valores de servir a pátria, espírito de religiosidade e caridade, altruísmo cristão, foram absorvidos como sendo valores e ideologia de enfermagem. A nova profissão surge para atender as necessidades de saneamento do meio ambiente, completando o trabalho médico e sem qualquer ameaça para hegemonia desta categoria (Pires, 1989).

De acordo com Ieda de Alencar Barreira (1992), a inserção efetiva da enfermeira em serviços de saúde pública no Brasil ocorre nas primeiras décadas do século XX, somente nos programas de combate à tuberculose que contou com investimentos da Fundação Rockefeller.

No âmbito do estado de São Paulo, no ano de 1889, o primeiro grande modelo tecnológico de Saúde Pública baseava-se na epidemiologia da “Era bacteriológica”. Neste período, as ações de saúde não incorporavam agentes de enfermagem, pois eram dirigidas ao meio ambiente. Os profissionais envolvidos eram: médicos, mata mosquitos, engenheiros sanitários e guardas, segundo Tereza Cristina Scatena Villa, Silvana Martins Mishima e Semiramis Melani Melo Rocha (1997).

O período entre 1925 a 1960 foi conhecido como modelo “Médico-Sanitário”, tendo a educação sanitária como instrumento de trabalho, em paralelo com ações campanhistas e de polícia sanitária. O espaço escolhido para realização dessa nova proposta foi o Centro de Saúde, que tinha como função manter a saúde dos matriculados, realizando exames periódicos, priorizando higiene escolar e pediatria, visando formar consciência sanitária do povo em geral. O trabalho dos agentes de enfermagem era desenvolvido em

áreas especializadas, por meio de órgãos isolados da Secretaria de Estado da Saúde que visavam o controle da tuberculose, do tracoma, à atenção em puericultura etc., facilitando o trabalho de agentes sem preparo formal e sem treinamento em serviço. Ocorria uma polarização entre o trabalho do médico e o agente de enfermagem – sem formação específica. A maioria dos agentes não havia trabalhado com a enfermeira e não conhecia sua função. A inserção da enfermeira era pontual em alguns serviços, estando relacionado ao treinamento de pessoal, ao auxílio nas atividades técnicas e à coordenação do trabalho desenvolvido pelo pessoal auxiliar (Villa et al., 1997).

No período em que vigorou o modelo tecnológico de Programação em Saúde, de 1969 a 1983, ocorre a inserção da enfermeira que passa a assumir rotineiramente a supervisão e o controle do trabalho do pessoal de enfermagem. Nesse novo modelo de atenção que se instala, a enfermeira era incumbida de treinar o pessoal de nível médio e elementar; assumir a execução de atividades previstas; colaborar na implantação das atividades técnicas e burocráticas dos programas; coordenar tecnicamente a equipe de agentes de enfermagem, sem linha de mando e intermediar as relações profissionais necessárias à atenção médica individual (Villa et al., 1997).

Esta profissional enfermeira introduz as técnicas de enfermagem e a divisão técnica do trabalho de enfermagem, assim como a hierarquia e disciplina. Apesar de estar em um número restrito de profissionais, passa a interferir tecnicamente no trabalho de enfermagem. Seu trabalho é mais voltado ao “adestramento” de pessoal e organização de atividades técnicas, mas com características emergenciais. É marcado pela ausência de uma

proposta de trabalho, mostrando a inexistência de uma política definida para as práticas sanitárias (Villa et al., 1997).

No primeiro momento a enfermeira conhece o trabalho, posteriormente, se utiliza do saber e de toda normalização técnica para organizar e sistematizá-lo, adquire uma visão de todo processo que lhe permite coordenar e controlar o trabalho dos que fazem a assistência de enfermagem (Villa et al., 1997).

Identificando sua função no processo de trabalho, a enfermeira, que até 1975 portava apenas a autoridade técnica, passa a ter reconhecimento institucional, com a criação de cargos de chefia e de encarregadura que, ao mesmo tempo, define a relação de subordinação técnica e administrativa no tratamento do pessoal de enfermagem (Villa et al., 1997).

A enfermeira organizou-se sobre o modo de produção capitalista, exercendo suas atividades assistenciais dividindo tarefas com outros trabalhadores de enfermagem e realizando controle e supervisão. Ela é uma trabalhadora assalariada, mas que realiza o trabalho intelectual e gerenciador da assistência de enfermagem (Pires, 1989).

A especificidade do trabalho da enfermeira não foi compreendida pela própria categoria, ou seja, uma função gerencial que tem como objetivo imprimir ao trabalho a melhor utilização dos recursos disponíveis, buscando a eficiência, na medida em que resolve problemas técnicos e burocráticos, caracterizando-se por um profissional que se concentra nas operações e aspectos internos da Unidade, tentando resgatar a integração entre o preventivo e o curativo (Villa et al., 1997).

Villa (1992) apontou a identificação desse equívoco na visão das enfermeiras, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que mantinham a expectativa de desenvolverem cuidados direto aos usuários a despeito do modelo tecno-assistencial vigente, que previa a atuação da profissional, predominantemente, no campo gerencial, sinalizando um conflito profissional que se expressa na dificuldade de desempenho das enfermeiras assumirem as funções diversas e compreenderem o sentido de suas contribuições no processo de trabalho.

No final da década de 80 o modelo de atenção desenvolvido nas unidades básicas estava centrado na consulta médica e as ações de enfermagem tinham como finalidade viabilizar o projeto de prevenção e recuperação de corpos individuais, aos moldes da atenção hospitalar. O trabalho do enfermeiro compreendia a realização de pré e pós-consultas, função administrativa de materiais e espaço físico, realizava consultas de enfermagem dentro dos programas existentes e desenvolvia pouca ou nenhuma ação coletiva. Além disso, a minoria das ações voltava-se, de acordo com Maria José Moraes Antunes (1996), para a qualificação da equipe de enfermagem.

A enfermeira de saúde pública teve como desafio, na década de 90, romper com o modelo tradicional, hierarquizado de prestação de serviços de saúde centrado na prevenção, promoção e recuperação de corpos individuais, medicalizante, cuja lógica se encontra no poder da medicina científica, hospitalocêntrica e na alienação no trabalho de enfermagem (Antunes, 1996).

A reforma sanitária aponta para uma nova base política e estrutural, expressa no SUS, que tem propiciado mudanças no âmbito dos serviços de saúde e do modelo de atenção em saúde. Nesse sentido, segundo Maristella Santos Nascimento e Maria Angela Alves do Nascimento (2005), a prática da enfermeira passa a ser voltada à ação de promoção e prevenção de saúde, em bases coletivas, para produção de serviços em unidades básicas de saúde.

Apesar dos avanços do sistema de saúde no Brasil, é inegável que estes estão longe de consolidar o SUS. A constatação do fato suscitou a necessidade de novas propostas, para aprimorar o sistema de atenção em saúde no Brasil, suas práticas e o processo de trabalho em saúde conforme Rossana Staevie Baduy e Luiz Cordoni Júnior (1999).

Neste contexto, segundo Silvia H. Henriques Camelo e Emília Luigia Saporiti Angerami (2004) apresenta-se o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para promover mudanças no modelo de assistência à saúde do país. Nele, necessariamente, teríamos os agentes comunitários, enfermeiras e médicos trabalhando em equipe, e assim formariam um grupo-sujeito, pela ação comunicativa que permitiria a interação na busca de entendimento e reconhecimento recíproco de autoridade, saberes e autonomias.

Entretanto, conflitos que decorrem da divisão social e técnica do trabalho, e conseqüentemente, desigualdade de poderes conferidos pelas distintas posições no processo se mantêm. A enfermeira no PSF tem trabalhado em duas frentes: na unidade de saúde junto à equipe de profissionais e na comunidade, apoiando e supervisionando agentes comunitários de saúde, que tem como função: acompanhar o dia-a-dia das famílias e

peessoas que necessitem de apoio, realizar visitas priorizando grupos de risco, ampliar as possibilidades de autonomia e auto-cuidado dos pacientes e famílias e abrir os Centros de Saúde para as demandas da população. Espera-se ainda da enfermeira, dentro de suas atribuições básicas, a execução, no nível de sua competência, de ações de vigilância em saúde, atenção ao indivíduo e a família ao longo do ciclo vital, desenvolver atividades de capacitação dos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem. Ressalta-se, ainda, que a supervisão e orientação dos membros da equipe, devam levar, também, em consideração os pensamentos e sentimentos dos trabalhadores (Camelo e Angerami, 2004).

Diante das transformações identificadas nas práticas da enfermagem, em particular das enfermeiras nos serviços de saúde pública no âmbito nacional e estadual, buscamos, para atender aos objetivos deste estudo, uma aproximação ao histórico da enfermagem no cenário municipal.

### **1.2.2. A Enfermagem no SUS Campinas**

Na década de 70, os municípios de Campinas, Londrina (PR), Montes Claros (MG) e Niterói (RJ), começam a estruturar experiências de organização de serviços básicos e de formular políticas locais de saúde. Tais experiências, baseadas na proposta de Medicina Comunitária, visavam estender a atenção à saúde à população, em especial, aos segmentos situados nas periferias urbanas, com base na organização de serviços de atenção primária ou de medicina comunitária segundo Gilson C. M. de Carvalho (1993) e Aparecida Linhares Pimenta (1993).

O Programa de Medicina Comunitária tinha como proposta política a democratização da atenção médica, via extensão de cobertura de serviços a populações marginalizadas, através da constituição de uma ampla porta de entrada, integrada aos demais níveis de atenção, da prática da medicina com abordagem integral e participação comunitária. Para o alcance dessa proposta o poder público municipal daquelas cidades, iniciou, com recursos financeiros próprios, a instalação de postos de saúde localizados na periferia urbana e áreas rurais, segundo Marcos S. Queiroz (1994).

Nesta perspectiva, instalam-se os dois primeiros Postos Comunitários de Saúde no município de Campinas em 1977. De acordo com Domenico Feliciello (1987), ao final do ano de 1979, a rede municipal de saúde já se constituía de 22 unidades básicas e atingia a soma de 36 postos em 1981, quando oferecia cobertura assistencial a, aproximadamente, 20% de sua população.

Em 1978, quando a rede básica de saúde compunha-se de 20 Postos Comunitários de Saúde, nos quais atuavam, predominantemente, médicos e auxiliares de saúde pública que eram recrutados da própria comunidade local e recebiam treinamento em serviço, foram contratadas as três primeiras enfermeiras que assumiram a função de desenvolver ações de promoção e proteção à saúde, de diagnóstico e tratamento de agravos mais freqüentes, de organização de serviço, treinamento e supervisão dos auxiliares de saúde pública segundo Silva et al. (2001) e Nascimento (2002).

Na primeira metade da década de 80, as políticas públicas 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). Maria Cecília Puntel de Almeida (1991) assinala que Campinas constitui, em conjunto com alguns municípios do estado de São Paulo, Itu, São Roque, Botucatu e Ribeirão Preto, o grupo pioneiro a assinar este convênio nos anos 1983 e 1984. Nesse período, a rede básica de Campinas contava com 31 unidades básicas de saúde (Silva et al., 2001).

Segundo Nascimento e Nozawa (2004), a inserção das enfermeiras até 1985 foi lenta e gradual (1980 eram 6 enfermeiras; em 1981 eram 8, em 1982 eram 10, em 1983 eram 14 e 1984 eram 19) e atingiu um conjunto de 21 profissionais. No ano de 1987, esse quadro apresentou um crescimento substancial, da ordem de 62%, com a admissão de 13 novas integrantes.

Tal incremento, provavelmente, decorreu de dois acontecimentos, a assinatura do convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com vistas à municipalização da saúde e a concomitante implantação do Projeto Larga Escala (PLE) de profissionalização de pessoal de enfermagem de nível elementar conforme relata a autora Elisabete Gonçalves Zuza (2003). Tal projeto convergia com os requisitos da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem de 1986, que estabelecia um prazo de 10 anos para esse processo (Brasil, 1986).

O PLE tinha por objetivo formar auxiliares de enfermagem, com a adoção da pedagogia de problematização, na qual os trabalhadores tivessem como cenário fundamental de aprendizado prático o próprio local de trabalho. Nesse sentido, as enfermeiras das unidades básicas de saúde respondiam pelo ensino teórico e pela

supervisão do aprendizado prático dos educandos. A adoção dessa estratégia de profissionalização resultou em grande impacto na qualificação da força de trabalho em enfermagem (Silva et al., 2001).

A ascensão de um partido de esquerda para o governo municipal, no ano de 1988, possibilitou a destinação de 16,5% do orçamento municipal para a área de saúde, fato particularmente relevante se tomarmos como referência a realidade de outros municípios nesse período que antecede a regulamentação do SUS. Esse aporte financeiro viabilizou, de modo inusitado, o aumento de salários, a ampliação do quadro de recursos humanos, a transformação do modelo assistencial com a incorporação de tecnologias de diagnóstico e tratamento (Queiroz, 1994). A título de exemplificação, o quadro geral de recursos humanos incrementou de 400 para dois mil funcionários, em dois anos de governo. Nesse período, a despeito de as contratações médicas terem sido indicadas como predominantes (Queiroz, 1994), houve expansão de 34% no contingente de enfermeiras, totalizando 56 profissionais (Nascimento, 2002).

Em 1989, realizou-se o primeiro concurso público da SMS para todas as categorias, com a criação dos respectivos cargos. Para a enfermagem, tal iniciativa resultou no maior número de contratações de enfermeiras, efetivadas pelo concurso, na história deste município (Campinas, 1989).

Nesse mesmo ano de 1989, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde propõe adotar como prioridade a ampliação da rede de serviços, a reforma da gestão e do modelo de prestação de serviços de saúde. Com este objetivo, são criadas as Diretorias Regionais

de Saúde I, II e III (DRS) compostas por equipes multiprofissionais. Efetivou-se alteração na estrutura administrativa da SMS, uma vez que se avaliava por dados empíricos, que a estrutura favorecia a verticalização das ações. O Departamento de Saúde manteve-se ligado à Secretaria de Saúde e o município foi dividido em três regiões, com a supervisão de uma equipe multiprofissional, composta de enfermeiro, médico, dentista, psicólogo, entre outros. Assim, extinguem-se os serviços organizados por categorias profissionais. Foram criados o Serviço de Vigilância Epidemiológica e os cargos de assessoria nas áreas da Saúde da Mulher, da Criança e do Adulto (Nascimento, 2002).

Ao final do mesmo ano, um grupo de enfermeiras elaborou um documento estabelecendo atribuições das enfermeiras na SMS, a partir do entendimento de que esse trabalho promoveria a qualificação, organização e a supervisão do processo de trabalho de enfermagem (Nascimento, 2002).

Na década de 90 ocorre a expansão gradativa, em ritmo variável, no quantitativo de enfermeiras, passando de 90 em 1992, 139 em 1995, 202 em 1996, 233 em 1998 a 265 em 2001 (Nascimento, 2002). Em 2001, identifica-se que 47% das enfermeiras atuavam em unidades básicas de saúde, 8% ocupavam a gerência do serviço, 11% trabalhavam em serviços de referência, 12% em serviços de urgência/emergência, e as demais integravam equipes ou coordenavam áreas meio, serviços distritais e de nível central da SMS (Silva et al., 2001; Nascimento, 2002; Campinas, 2001a).

No ano de 1996 é, formalmente, divulgado o documento “Atribuições do Enfermeiro na rede de serviços de saúde do SUS”, cujo conteúdo é apresentado logo à frente.

Em 1997 o Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) da SMS de Campinas, em parceria com os gerentes realizaram uma série de seminários com o objetivo de discutir questões relacionadas à gestão em saúde, ou seja, capacitar os profissionais para assumirem a gerência das unidades de saúde. A partir destes seminários diagnosticou-se a necessidade de redirecionamento de modelo de assistência que era médico centrado, para um modelo usuário centrado (Zuza, 2003).

Os resultados dos seminários e dos indicadores produzidos pela SMS apontaram a necessidade de desenvolver processos instituintes que culminaram na proposição de três projetos para os coordenadores, médicos e enfermeiros, respectivamente: de Capacitação e Desenvolvimento Gerencial (PCDG), de Capacitação dos Clínicos e de Qualificação das Práticas de Enfermagem.

O PCDG teve como um dos temas o “Papel da Equipe de Enfermagem”, foram analisados prontuários gerenciais, dados de produção e dados de planejamento distritais, constatando-se naquele momento que havia tido pouco investimento institucional na inserção dos profissionais enfermeiros na década de 90, e que boa parte das ações de enfermagem estavam voltadas a procedimentos administrativos e para cuidados individuais (Zuza, 2003).

A proposição do Projeto de Qualificação das Práticas de Enfermagem decorreu de um diagnóstico que indicava uma prática subordinada à racionalidade técnica médica, centrada em procedimentos e pouco resolutive. Conseqüentemente, produziavam-se práticas que não privilegiavam a produção de vínculos entre usuários, os profissionais e o serviço, bem como, a escuta e a incorporação da história de vida, as relações afetivas e a inserção social dos usuários como fonte geradora de saúde e, principalmente, na dimensão de sua co-responsabilidade no cuidado para com a própria saúde (Zuza, 2003).

No ano de 1998, numa parceria entre a Diretoria de Saúde, a Coordenadoria Setorial de Relações do Trabalho, o CETS da SMS de Campinas e docentes do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, deu-se início ao Projeto de Qualificação das Práticas de Enfermagem da Rede Municipal de Saúde. Entre seus objetivos, incluía-se um diagnóstico das práticas de enfermagem para fundamentar esse processo de qualificação. A etapa de diagnóstico, que contou com a participação de 162 enfermeiras, 69,5% do contingente total, permitiu identificar que 28% das ações desenvolvidas pelas enfermeiras corresponderam à atenção de caráter curativo-individual, 23,9% às práticas coletivas de atenção à saúde, 33% à gerência da UBS e 13,8% dirigiam-se à coordenação, organização, treinamento, controle e supervisão de enfermagem (Silva et al., 2001).

A implementação de tal projeto desenvolveu-se em 3 módulos, no período compreendido entre os anos de 1998 e 2000, coordenados por um grupo de enfermeiras que assumiram a tarefa de construir os módulos teórico-práticos de capacitação e de formular projeto de pesquisa dirigido a apreender a história da enfermagem na SMS.

Em 2001 assume a Prefeitura de Campinas um novo governo que implanta no município uma visão adaptada da proposta do Ministério da Saúde de Programa Saúde da Família (PSF), denominado projeto Paidéia de Saúde Família, como base para a construção de um modelo de atenção à saúde considerando tanto as necessidades de coletividade quanto as individuais, ou seja, pensar em instituições que cumpram tanto funções pedagógicas, quanto de reconstrução da subjetividade das pessoas (Campinas, 2001b).

O PSF visa melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade, com a incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com a finalidade de contribuir na consolidação, do SUS e na construção de um modelo mais compatível às necessidades da população segundo Ana Marlúcia Oliveira Assis, Sandra Maria Chaves dos Santos, Maria do Carmo Soares de Freitas, Joselina Martins Santos, Maria da Conceição Monteiro da Silva (2002).

O projeto Paidéia de Saúde da Família tomou por base o Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde (MS) e incorporou outras diretrizes para reorganização da atenção básica em Campinas, levando em consideração as especificidades da rede básica já instalada no município.

Os trabalhadores dos Centros de Saúde (CS) passaram a compor equipes locais de referência, responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias e equipes de apoio (equipe matricial), encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas. As

equipes locais de referência foram compostas por médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, ACS, dentista, auxiliar ou técnico de consultório odontológico, para assistir 1400 famílias ou 7000 pessoas (Campinas, 2001b).

Foi proposta a organização dos núcleos de saúde coletiva em todos os Centros de Saúde com o objetivo de facilitar a ampliação das ações coletivas. Além disso, couberam ao núcleo outras ações: análise epidemiológica, identificação de situações de risco, articulação de ações em trabalhos intersetoriais, apoio ao planejamento, trabalhando de forma matricial, como apoio técnico e operacional às equipes de referência e a toda unidade, especialmente em ações sobre grupos, instituições, ambiente natural e de trabalho (Campinas, 2001b).

No Projeto Paidéia, o enfermeiro teve suas atividades consideradas por referência aos conceitos de campo e núcleo, que será melhor desenvolvido logo adiante no trabalho (CAMPINAS, 2001c, p.13).

Em virtude das propostas do Projeto Paidéia, que enfatizavam o trabalho em equipe multiprofissional no campo da saúde coletiva, nas mudanças das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, principalmente com implantação do acolhimento; bem como às pressões exercidas pelo Conselho Regional de Enfermagem São Paulo (COREN-SP) com vistas ao cumprimento da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, supervisoras e enfermeiras de unidades básicas, com apoio técnico do Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde (CETS) e do nível central da SMS, elaboraram o Protocolo de Ação para Assistência de Enfermagem no Projeto Paidéia de Saúde da Família. Tal

protocolo foi finalizado em 2001, porém, publicado somente, em diário oficial do município no ano de 2005. O conteúdo de tal documento será apresentado, em parte específica deste estudo.

Takemoto (2005), analisando o trabalho da enfermagem em CS do município de Campinas na vigência do projeto Paidéia de Saúde da Família, identificou que as práticas do enfermeiro variavam muito entre as unidades, a depender da organização do processo de trabalho e das ações desenvolvidas pela equipe como um todo. Entretanto, foi possível identificar ênfase nas ações voltadas para a atenção individual em detrimento daquelas relativas à atenção coletiva, ao campo gerencial, geral ou específico de enfermagem, ou de caráter educativo. Além disso, quando as enfermeiras assumiam a atenção individual, caracterizavam seu trabalho como “apagar incêndio”, ou seja, de resolução de problemas pontuais à medida de seu aparecimento, sem planejamento, organização e avaliação das ações.

Considerando o contexto peculiar da SMS, sua história, as políticas de saúde, as conquistas, dificuldades e desafios postos para a enfermagem em geral e às enfermeiras, em particular, este estudo tem por finalidade apresentar contribuições na direção de caracterizar essas agentes e seu trabalho na atualidade.



## ***2. OBJETIVOS***

## **2.1. Objetivo Geral**

Analisar o perfil profissional e as práticas de enfermeiras que trabalham nas unidades de saúde da rede básica de saúde do município de Campinas no momento político atual.

## **2.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil profissional das enfermeiras;
- Identificar as práticas cotidianamente realizadas e relatadas pelas enfermeiras, considerando a frequência de sua realização e a importância a elas atribuída;
- Comparar as práticas relatadas com aquelas propostas, previstas e ou recomendadas em documentos produzidos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.



### ***3. PERCURSO METODOLÓGICO***

### **3.1.Referencial Teórico**

Este estudo propõe-se a tomar o trabalho de certo subconjunto de agentes de enfermagem, as enfermeiras, como prática técnica e social que se articula a outras práticas no processo de trabalho em saúde e adquire feições e características próprias no atendimento das necessidades de saúde, por referência a cada momento e contexto histórico que se realiza segundo Cinira Magali Fortuna, Silvia Matumoto, Maria José Bistafa Pereira e Silvana Martins Mishima (2002). Tal entendimento parte da compreensão de que os processos de trabalho em saúde, como processos de trabalho específicos, são realizados por agentes sociais, os trabalhadores em saúde, dentro de uma divisão social do trabalho histórica e socialmente determinada. Da mesma forma, o que se toma por objeto, os instrumentos e a finalidade do processo de trabalho são igualmente produtos histórico-sociais.

Destaca-se, segundo contribuições de Marina Peduzzi (1998), que o caráter histórico das práticas de saúde sempre é apreensível em sua articulação com as demais práticas sociais, ou seja, a relação entre a parte da realidade que se deseja compreender e sua totalidade correspondente, o contexto, deve ser concebida sob a forma de mútua influência e determinação.

Na perspectiva teórica elaborada por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1992); (1994), que se dirigiu à aplicação da teoria de trabalho humano, desenvolvida por Karl Marx, ao campo da saúde e à discussão dos elementos que constituem o processo de trabalho em saúde, o trabalho nessa área sofreu reorganização e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas a partir de duas vertentes que deram origem a dois modelos

tecnológicos do trabalho em saúde que responderam às necessidades próprias desse modo de produção social. Um dirigido ao controle de ocorrência de doenças em escala social ampla, modelo epidemiológico, no qual o objeto de trabalho é a doença como fenômeno coletivo e os objetos de trabalho corresponderam ao saneamento ambiental e à educação em saúde, que visam ao controle de fatores associados à doença e prevenção de contatos com esses fatores, ainda que tomem a doença como fenômeno coletivo natural, referido à espécie humana como conjunto homogêneo de indivíduos (Mendes-Gonçalves, 1992).

O outro modelo geral de organização tecnológica do trabalho em saúde, modelo clínico, desenvolvido principalmente no século XIX é aquele que se dirige à necessidade de recuperação da força de trabalho e ao recorte da doença como entidade resultante da alteração morfológica e funcional do corpo humano. Essa concepção individualizada e biológica da doença necessitou do desenvolvimento da fisiologia e da patologia como instrumentos capazes de permitir o diagnóstico nosológico, bem como do desenvolvimento do arsenal terapêutico farmacológico e técnicas cirúrgicas, extremamente limitadas antes da anestesia. Ainda que houvesse o predomínio do modelo clínico no século XX e do modelo epidemiológico no século anterior, estes, complementarmente, responderam, através de agentes sociais desse trabalho, às necessidades de saúde próprias às sociedades capitalistas (Mendes-Gonçalves, 1992).

O processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cooperativa, de integralização da ação e de complementaridade no processo de produção que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias. A organização e a divisão do processo de trabalho definem-se pelo objetivo final que se deseja atingir. Nesse sentido, o

modelo de atenção centrada na concepção médico-curativa tem como finalidade a produção da cura, orientado pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos. Já um modelo assistencial produtor de saúde deve tomar como base a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade, segundo Vilma Machado de Queiroz e Maria Josefina Leuba Salum (1996).

De acordo com Maria Cecília Puntel de Almeida e Semiramis Melani Melo Rocha (1997) a enfermagem surge como prática para possibilitar o projeto de recuperação individual instituído no movimento social de transformação do hospital como ambiente de cura do corpo doente, na Inglaterra do século XIX. Expressa, assim, a incorporação de outros profissionais ao trabalho coletivo necessário à instituição de espaço adequado, o hospital, ao desenvolvimento da relação técnica entre o médico e o corpo doente. Nesse sentido, a enfermagem no modelo clínico é parte do trabalho médico, sua ação é instrumento que cuidará ou propiciará o cuidado do corpo doente.

Além da ação de “cuidar” no modelo clínico, as autoras também ressaltam o “administrar” como atividade realizada pela enfermeira que para tanto, utiliza como instrumentos de trabalho os modelos e métodos de administração, normas e rotinas, a força de trabalho dos auxiliares de enfermagem, equipamentos e materiais de consumo e permanentes. Essa prática tem por finalidade organizar e controlar o processo de trabalho para favorecer a ação de cuidar, na direção da cura.

Mas além do modelo clínico, emerge o modelo de saúde para responder às necessidades de saúde das sociedades capitalistas, que tem a concepção de doença como

fenômeno coletivo, apoiando-se nos conhecimentos da epidemiologia. Esta necessidade de controle dos fenômenos coletivos esteve marcada principalmente nas transformações sociais que ocorreram na Europa Ocidental nos séculos XVII, XVIII e XIX, onde ocorreram mortes associadas às epidemias.

Estes modelos não são excludentes e a enfermagem também estará presente na produção de serviços de saúde em nível coletivo, será agente do trabalho na saúde coletiva. Os saberes e práticas em saúde coletiva subordinam-se às necessidades sociais da saúde da população.

A proposta de construção do SUS propiciou e continua propiciando mudanças no âmbito dos serviços de saúde e do modelo de atenção a saúde. Neste contexto, a prática da enfermeira passa por uma série de transformações que aparentemente deslocam seu foco de atuação profissional. Deixa de ser centrada predominantemente na área curativa e individualizada em instituições hospitalares para produção de serviços em unidades básicas de saúde com ênfase nas ações de prevenção e promoção de saúde (Nascimento e Nascimento, 2005).

A enfermagem, no século XXI fundamenta-se no conhecimento científico e adquire o mesmo caráter de produtividade da sociedade, mas por ter sua essência no cuidado, não pode prescindir dos seus aspectos afetivos e de subjetividade. Levando em consideração sua diversificação conforme a cultura, incorporam questões étnicas, de gênero, religiosas e éticas, entre outras (Rocha e Almeida, 2000).

Considerando a concepção de práticas sociais, buscamos apoio nos conceitos de campo e núcleo de competência, desenvolvido por Gastão Wagner de Sousa Campos, Maurício Chakour e Rogério de Carvalho Santos (1997), para sustentar a discussão sobre abrangência e especificidade no trabalho particular da enfermeira, tendo em vista sua influência na formulação teórica e prática do projeto Paidéia PSF em Campinas e sua adoção como referência na elaboração das atribuições das enfermeiras em 2001.

O Núcleo de competência diz respeito às atribuições exclusivas de uma especialidade, com contornos e definições precisas. O campo inclui os principais saberes de uma especialidade, mas pressupõe um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades. Este, ao contrário de caracterizar o campo de monopólio profissional representa uma área de intersecção com outras áreas segundo Campos et al. (1997).

A organização destes espaços se constitui num jogo de negociações provisórias, em certa medida intermináveis porque impossíveis de serem arbitradas exclusivamente por uma racionalidade técnica. Isto porque a definição destes campos depende também de interesses políticos, profissionais e não apenas de diretrizes (Campos et al., 1997; Campos, 2000).

### **3.2. Natureza do Estudo**

Diante do objetivo almejado, este estudo tem natureza descritiva uma vez que pretende descrever os fatos e fenômenos de uma determinada realidade social segundo Augusto Nivaldo Silva Triviños (1995), ou seja, o perfil e as práticas de enfermeiras inseridas nas unidades básicas de saúde do município. Esta opção metodológica também

possibilita ao pesquisador a percepção inicial das contradições e antagonismos existentes, assim como o habilita a postular novos problemas a sua investigação.

### **3.3. Cenário de Pesquisa**

Este estudo realizou-se em Campinas, município brasileiro do estado de São Paulo. Localiza-se a noroeste da capital do estado, distando desta cerca de 90 quilômetros. Possui área de 795,697 km<sup>2</sup> e população estimada de 1.045.706 habitantes em 2005, pelo IBGE<sup>1</sup>.

O município de Campinas é formado pela cidade de Campinas e por quatro distritos: Joaquim Egídio, Sousas, Barão Geraldo e Nova Aparecida. A área metropolitana é constituída por 19 municípios, que compõe uma população estimada em 3,2 milhões de habitantes (6,75% da população do Estado).

Atualmente a cidade concentra cerca de um terço da produção industrial do estado de São Paulo, com destaque às indústrias de alta tecnologia e o parque metalúrgico. Apresenta-se com importante e diversificado centro comercial e abriga o Aeroporto Internacional de Viracopos, que se destaca no transporte internacional de cargas.

Campinas apresenta bons indicadores de qualidade de vida e saúde, ocupa o 8º lugar no *ranking* do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios paulistas e a 24º posição no cenário nacional segundo dados do PNUD<sup>2</sup>. Para o ano 2006 os dados relevantes são: a esperança de vida ao nascer é de 72 anos; a taxa de alfabetização de 95% para os maiores de 15 anos; 96% dos domicílios são servidos por água de abastecimento público; 85% por rede geral de esgotamento sanitário; 100% de domicílios com iluminação

---

<sup>1</sup> [www.ibge.gov.br/cidadesat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat)

<sup>2</sup> [www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br)

elétrica e a taxa de lixo coletado é de 98%. Entretanto, essa situação favorável encobre importantes desigualdades na distribuição de bens e serviços entre grupos sociais de seu território. As áreas de abrangência dos Distritos e Centros de Saúde são bastante heterogêneas em relação à qualidade de vida de cada região, em função de determinantes demográficos e ambientais e das políticas sociais (Campinas, 2006).

O município de Campinas, em relação às modalidades de gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde, é gestor pleno da atenção básica e do sistema de saúde.

Devido à complexidade da área da saúde do município a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas adotou o sistema de distritalização, que é o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes, sendo amparada pela lei Orgânica da Saúde. A distritalização teve início com a atenção básica, sendo seguida pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados e contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação das equipes distritais e representou grande progresso na consolidação da gestão plena do SUS no município.

O sistema de saúde de Campinas é dividido em cinco distritos de saúde, cada qual é responsável por uma região da cidade, abrangendo os equipamentos de saúde de sua área geográfica. O Distrito é composto por uma equipe multiprofissional de apoio à gestão dos CS e uma equipe regional de Vigilância em Saúde que incluem: a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador. Na totalidade temos 49 Centros de Saúde e 13 Módulos do Programa de Saúde da Família (PSF) que são serviços de saúde responsáveis pela atenção básica à saúde, por territórios e populações definidas,

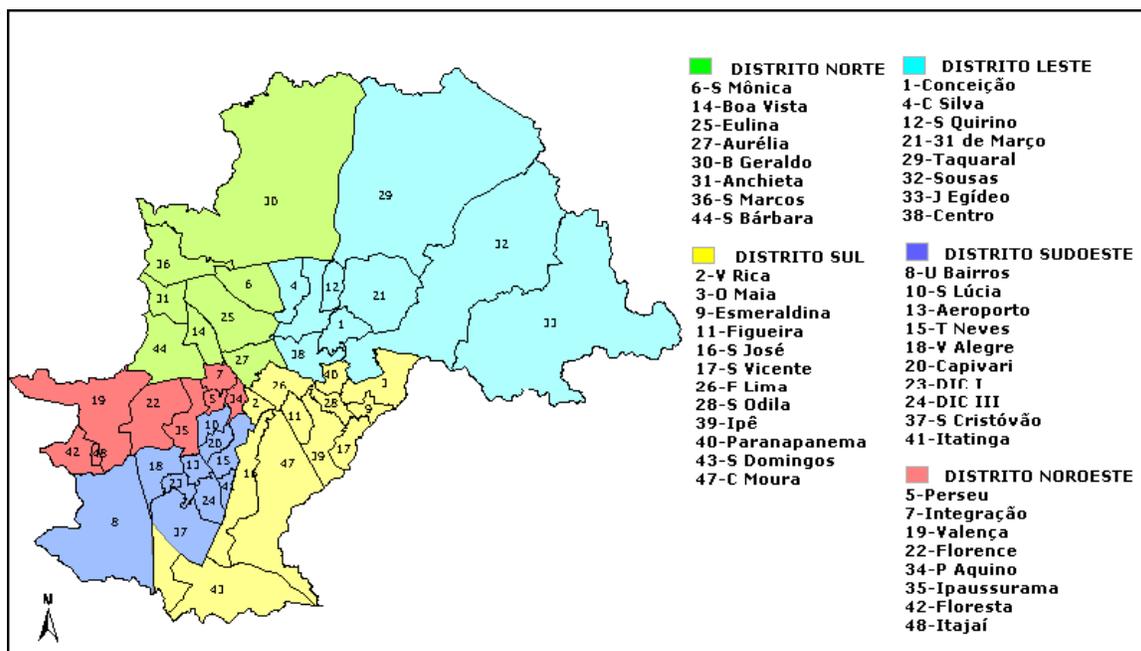
pelo gerenciamento de informações dos nascimentos, óbitos, doenças de notificação compulsória, perfil de atendimento ambulatorial; que lhes permitem elaborar diagnósticos e planejamentos locais de saúde. A partir dessas informações e de protocolos assistenciais pactuados no SUS Campinas planejam e programam ações de saúde, contando com suporte e retaguarda de equipes técnicas distritais e centrais da SMS. Os CS têm responsabilidades delegadas em vigilância em saúde e interagem com as respectivas equipes distritais, na investigação e adoção de medidas de controle de danos e acompanhamento de situações de risco.

A maioria dos Centros de Saúde ficam relativamente próximos à residência do usuário, com vistas a facilitar o acesso do mesmo à assistência. A SMS preconiza um CS para cada 20.000 habitantes <sup>3</sup>, com equipes multiprofissionais envolvendo médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras, gineco-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário. Profissionais de apoio completam essas equipes. Cerca de um terço das equipes de CS contam com profissionais de saúde mental, médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais. A partir de 2006 algumas unidades contam com recepcionistas e auxiliares de farmácia.

---

<sup>3</sup> [www.campinas.sp.gov.br/saúde](http://www.campinas.sp.gov.br/saúde)

**Figura 1. Campinas: Mapa do município de Campinas com delimitação de áreas territoriais por Distritos e Centros de Saúde (2001)**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde<sup>4</sup>

Obs: O mapa está desatualizado. Foram inaugurados o CS Santo Antônio que assumiu uma parte da área de abrangência do CS DIC III (24), o CS Vila União que assumiu uma parte da área de abrangência do CS Santa Lúcia (10) e o CS Cássio Raposo Amaral – CDHU que assumiu uma parte da área de abrangência do CS São Marcos (36).

Há três Policlínicas, Ambulatório Ouro Verde, Policlínica II e Policlínica III, unidades de saúde de nível secundário, que concentram os ambulatórios de 28 especialidades médicas e diagnóstico por imagens.

São prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade sob a Gestão Plena do Município de Campinas: - Hospital Celso Pierro, Maternidade de Campinas, Hospital Municipal Mario Gatti, Serviço de Saúde Cândido Ferreira, Fundação Albert Sabin, Real Sociedade Portuguesa de Beneficência, Hospital Irmãos Penteadó, Associação dos Pais e Amigos do Excepcional – APAE, Centro Dr. A.C.Corsini, Fundação Síndrome de Down, Clínica Psicológica da PUCCamp,

<sup>4</sup> [www.campinas.sp.gov.br/saúde](http://www.campinas.sp.gov.br/saúde)

Ambulatório de Fisioterapia da PUCCamp, Ambulatório de Terapia Ocupacional da PUCCamp e Clínica Odontológica da PUCCamp.

Os 14 Centros de Referência são unidades de saúde com equipes multiprofissionais e têm como papel a atenção à saúde focada a grupos de risco específicos e de qualificação dos profissionais de outros CS do SUS Campinas. São: Centro de Atenção Psico-Social (CAPS) Novo Tempo; CAPS David Capistrano, CAPS Integração; CAPS Antonio da Costa Santos (Sul); CAPS Estação; CAPS Leste; Centro de Vivência Infantil (CEVI); Centro de Referência e Informação sobre Álcool e Drogas (CRIAD); Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (CRAISA); Centro de Reabilitação Física e Doenças Reumáticas; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST); Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), composto pelo: Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (AMDA), Serviço de Atendimento Domiciliar para a AIDS (ADT) e Centro de Orientação e Apoio Sorológico/ Centro de Testagem e Aconselhamento (COAS/CTA); Centro de Lactação.

O sistema de Urgência e Emergência do SUS em Campinas é integrado pelos seguintes serviços: Hospital das Clínicas (demanda referenciada, sob gestão da Unicamp), Hospital e Maternidade Celso Pierro – PUCCamp, Hospital Albert Sabin Maternidade de Campinas (os dois anteriores com demanda referenciada). E os serviços municipais: Hospital Municipal Mario Gatti, Pronto Atendimento Anchieta, Pronto Atendimento São José, - Pronto Atendimento Ouro Verde e SAMU.

Outras unidades próprias que compõe o sistema são: Laboratório Municipal, Serviços de Atendimento Domiciliar (SAD), Ambulatório das Centrais de Abastecimento SA (CEASA), Botica da Família e CETS.

### **3.4. Sujeitos da Pesquisa**

Para atingir os objetivos propostos identificou-se, tendo como fonte os cadastros de recursos humanos dos cinco Distritos de Saúde da SMS de Campinas, o conjunto total de 152 enfermeiras inseridas em equipes dos 49 centros de saúde e 13 módulos de saúde da família. Os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo corresponderam ao exercício efetivo da função em unidades básicas de saúde (centros de saúde ou módulo de saúde da família), tempo de admissão na SMS superior a seis meses, concordância em participar do estudo, confirmada mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) e disponibilidade de conceber entrevista para coleta de dados.

### **3.5. Procedimentos de Coleta de Dados**

Os dados primários do estudo foram, assim, produzidos em situação de entrevista individual estruturada (Apêndice 2) com as enfermeiras e os dados secundários, utilizados para efeito de análise das práticas esperadas das enfermeiras, foram obtidos por meio de pesquisa documental nos arquivos do Distrito de Saúde Sudoeste, local de trabalho da autora, Centro de Educação de Trabalhadores da Saúde e Centro de Documentação da SMS. Tal pesquisa buscou identificar documentos formulados pela SMS ao longo das últimas duas décadas, cujos conteúdos abrangiam funções e/ou atribuições da enfermeira na SMS.

A pesquisa documental foi iniciada em agosto e setembro de 2005 e finalizada em agosto de 2006.

A elaboração do formulário de coleta de dados considerou as contribuições de Antunes (1996); Nozawa (1997) e também o resultado de pré-testes desenvolvidos. Assim, sua estrutura geral organiza-se através de dois eixos principais: perfil profissional e relato das práticas realizadas cotidianamente, com classificação de frequência e importância em ordem decrescente, além de espaço de livre manifestação das entrevistadas.

Além da autora, participaram, também, da coleta de dados com os sujeitos do estudo, a orientadora, uma doutoranda e três bolsistas acadêmicas de enfermagem da Unicamp. O momento de pré-teste do instrumento se constituiu também, como oportunidade de treinamento da equipe de auxiliares de pesquisa.

No mês de março de 2006 foi enviada correspondência ao conjunto de 152 enfermeiras, com o intuito de apresentar os propósitos e os procedimentos de coleta de dados da pesquisa, bem como de incentivar sua adesão.

Respeitando a preferência dos sujeitos de pesquisa, as entrevistas desenvolveram-se, predominantemente, nas unidades básicas de saúde que se constituíam campos de trabalho das enfermeiras e, excepcionalmente, em suas residências.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre maio e setembro de 2006, antecedidas de agendamento prévio, efetivado em contato pessoal ou por via telefônica, e abrangeu 133 enfermeiras. Ocorreram 19 exclusões, ou 12,5% do conjunto geral de enfermeiras, por diferentes razões. Sete profissionais encontravam-se em

afastamento médico prolongado, três não compareceram, por duas vezes, à entrevista previamente agendada, houve uma recusa e impossibilidade de estabelecimento de contato prévio para agendamento de entrevista, após diversas tentativas frustradas, com oito enfermeiras. Neste caso, o limite foi estabelecido pelo tempo previsto e disponível para essa etapa de coleta de dados.

Em atendimento aos dispositivos das Resoluções CNS 196/96 e 251/97, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM, Unicamp para a devida avaliação e recebeu aprovação através do parecer nº 787/2005 (Anexo 1). Seguindo as recomendações do mesmo Comitê de Ética em Pesquisa, obteve-se também a anuência e aprovação do Secretário Municipal de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa.

### **3.6. Procedimentos de Consolidação e Análise de Dados**

Como opção de suporte em informática para construção do banco de dados nos quais foram inseridos todos os dados primários e consolidação de frequências absolutas e relativas, adotou-se o software “Epi-info” (versão 2002), desenvolvido pelo Center of Disease Control and Prevention (CDC) em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Com relação à análise dos dados relativos às práticas, adotamos alguns dos passos operacionais propostos por Minayo (2004):

Pré-análise: seleção dos documentos considerados para efeito comparativo, retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa e sua reformulação frente ao

material coletado. Levantamento de frequência e importância atribuída às diversas práticas relacionadas, classificação das práticas de acordo com a proposta analítica adotada.

Análise final: elaboração de inferências, interpretações a partir dos resultados brutos e com base no quadro teórico previsto na leitura do material.

Para enriquecer a discussão dos dados, incluiremos algumas manifestações espontâneas das enfermeiras, durante as entrevistas, cujos registros foram efetuados em parte específica do formulário de coleta de dados. Essa possibilidade apresentou-se como forma de expressão significativa, pois cerca de 67% das entrevistadas apresentaram comentários sobre a importância da pesquisa e estratégias de divulgação de resultados, apreciação sobre o trabalho que desenvolviam ou grau de satisfação em realizá-lo. Os fragmentos de discurso incorporados estão apresentados de modo a assegurar o anonimato das entrevistadas, para isso utilizamos nomes fictícios.

Tendo em vista a modalidade de coleta das práticas cotidianamente realizadas e sua classificação em termos de frequência e valorização a elas atribuídas, bem como pelo volume total de dados obtidos, este subconjunto de material empírico foi submetido a um tratamento específico. Inicialmente, procedeu-se o agrupamento dos termos, levando em consideração a escrita literal e, em alguns casos, em virtude da ampla diversidade de expressões padronizações foram adotadas, visando permitir sua organização interna e posterior.

Para combinar as diversas ocorrências de cada atividade com os variados valores de frequência e importância atribuídos pelas entrevistadas e obter, assim, um valor numérico

único, por atividade, para orientar o processo de classificação das práticas, utilizou-se o seguinte método.

1. Obteve-se o valor de frequência atribuído ( $F_a$ ) para cada ocorrência de cada atividade
2. Gerou-se o valor de frequência crescente ( $F_c$ ), invertendo-se a escala linearmente:  $F_c = 11 - F_a$ , de maneira que as atividades menos frequentes recebessem valores de  $F_c$  menores que as mais frequentes, ao contrário do que foi estabelecido no formulário de coleta de dados.
3. Gerou-se um coeficiente de frequência ( $F$ ) da atividade que consiste no resultado da soma dos valores  $F_c$  para cada ocorrência mesma:

$$F = \sum_{i=0}^n F_{c_i}$$

Os valores maiores de  $F$  correspondem às atividades mais realizadas. Igual procedimento foi adotado para a classificação de importância atribuída pelas enfermeiras às diferentes práticas relatadas. Assim, obtiveram-se as distribuições para a frequência a importância da totalidade de práticas indicadas.



#### ***4. AS ENFERMEIRAS DA REDE BÁSICA E SUAS PRÁTICAS***

#### 4.1.Os Sujeitos da Pesquisa

Os dados relativos à caracterização do perfil das enfermeiras foram inseridos em banco de dados, formulado com uso do programa Epi-Info 2002, e organizados segundo distribuição absoluta e relativa das variáveis que permitiram a caracterização do perfil demográfico e profissional dos sujeitos estudados.

As enfermeiras que participaram do estudo corresponderam a 87,5 %, ou 133, do conjunto geral de 152 profissionais. São predominantemente mulheres (95,5%), casadas (56,4%), solteiras (36,8%) e separadas/divorciadas (6,8%), com filhos (55,6%), sendo que 18,5% têm um(a) filho(a); 30,8%, dois(uas) filhos(as) e 6,8% de três a quatro filhos(as).

A extensão de faixa etária de 25 a 49 anos abrangeu 86,5% das entrevistadas, sendo que somente a faixa de 40 a 44 anos concentrou a maior frequência isolada, 23,3% (Tabela 1).

**Tabela 1 – Entrevistadas segundo faixa etária – Campinas - 2006**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
20 a 24 anos	2	1,5
25 a 29 anos	21	15,8
30 a 34 anos	21	15,8
35 a 39 anos	31	15,8
40 a 44 anos	21	23,3
45 a 49 anos	21	15,8
50 a 54 anos	14	10,5
55 a 59 anos	2	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

O predomínio de mulheres coincide com as características sócio-históricas da profissão, reiterada nos estudos de Antunes (1996) e Daisy Leslie Steagall-Gomes (1990). Entretanto, a distribuição etária da população estudada não converge com dados encontrados por Antunes (1996) que identificou 55% de enfermeiras com idade inferior a 30 anos, tampouco com os resultados de estudo de PSF em âmbito nacional realizado por Maria Helena Machado (2000), no qual se identificou predomínio de 77,9% de enfermeiras com até 39 anos de idade, sendo que 36,6% situavam-se até 29 anos e 41,3% na faixa etária de 30 a 39 anos.

De modo também predominante, as enfermeiras se graduaram em instituições privadas de ensino 67,7%, as demais, 32,3%, em universidades públicas, entre estas 24,8% em instituições públicas estaduais e 7,5% em federais. A maior parte das enfermeiras, 64,7%, graduou-se a partir de 1990, em cenário político de início de implementação do SUS e, provavelmente tiveram acesso em sua formação aos conteúdos relativos à reforma sanitária que culminou na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde.

Desse conjunto, 51,1%, concluíram a graduação a partir de 1994, ano em que se oficializa a proposição do PSF e também a regulamentação da aprovação, pelo Plenário do Conselho Federal de Educação, do novo Currículo Mínimo para o Curso de Enfermagem, por meio da Portaria nº 1721 do Ministério da Educação e Cultura, em processo de construção desde 1991. Nesse contexto, é bastante provável que as diferentes escolas de enfermagem tenham sofrido influência tanto do novo currículo, cujas bases teóricas eram bastante convergentes com as necessidades do SUS, quanto do PSF como estratégia de implementação do modelo assistencial de atenção, mais compatível com as necessidades de

saúde da população e baseado na prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (Assis et al., 2002). No entanto, há que se considerar que a velocidade de incorporação das mudanças curriculares nos diferentes cenários de ensino é bastante diversificada.

Nozawa (1997), estudando perfil de graduados em uma universidade pública no estado de São Paulo, Unicamp, até o ano de 1993, identificou predomínio da formação em ambiente hospitalar, reiterado por parcela dos egressos (17,6%) que apontaram dificuldades no desempenho de funções em serviços de saúde pública.

Os dados encontrados mostram que 43,6% das entrevistadas têm de 10 a 20 anos de trabalho como enfermeira (Tabela 2). Com relação à experiência de trabalho prévia à admissão na SMS, 78,2% das entrevistadas responderam positivamente para área hospitalar, 31,6% para área de saúde pública, 61,4% para a experiência prévia no ensino médio de enfermagem e 13,5% no ensino de graduação em enfermagem e 5,3% para enfermagem do trabalho.

**Tabela 2 – Entrevistadas segundo o tempo de atuação como enfermeira Campinas - 2006**

<b>TEMPO DE TRABALHO COMO ENFERMEIRA</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
< 1 ano	4	3,0
1 a < 10 anos	49	36,8
10 a 20 anos	58	43,6
21 a 30 anos	22	16,5
TOTAL	133	100

Quanto ao vínculo empregatício com a SMS, a maior parte é efetiva por concurso público (72,2%) e destas 89,6% aderiram ao plano de cargos e carreira recentemente adotado. Entretanto, o percentual de enfermeiras contratadas, por meio da Fundação Serviço de Saúde Candido Ferreira, atinge 26,3%, devido à suspensão judicial do concurso público em fevereiro de 2004. Tal alternativa de contratação teve a finalidade de suprir as lacunas estruturais no sistema, com caráter provisório, até a possível realização do concurso.

Conforme o estudo de Ana Luiza Stiebler Vieira e Eliane dos Santos de Oliveira (2001), sobre mercado de trabalho da enfermagem e políticas de emprego no país, mostra que o vínculo próprio, efetuado diretamente pelo estabelecimento de saúde, prevalece em todas as categorias de enfermagem, entretanto pode se observar a flexibilização do mercado de trabalho para enfermagem, por meio de contratos intermediários (efetuado por meio de empresas, cooperativas ou entidade diferente do estabelecimento), da prestação de serviços e de trabalho autônomo, que somados já representam 11,3% entre as enfermeiras e no setor público corresponde a 12,6% do total de empregos públicos.

O tempo de trabalho das enfermeiras na SMS e o tempo de trabalho no atual serviço (Tabela 3) nos permitem inferir que existe uma rotatividade importante das enfermeiras em virtude de mudança de cargos, por escolha pessoal ou profissional.

**Tabela 3 – Entrevistadas segundo o tempo de atuação na Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Campinas e tempo de trabalho no atual local de trabalho – Campinas - 2006**

TEMPO DE TRABALHO	SMS		ATUAL SERVIÇO	
	Frequência Absoluta	Porcentagem (%)	Frequência Absoluta	Porcentagem (%)
≤ 1 ano	25	18,8	38	28,6
2 a 5 anos	34	25,6	50	37,6
6 a 9 anos	19	14,3	24	18,0
10 a 13 anos	23	17,3	16	12,0
14 a 17 anos	13	9,8	5	3,8
18 a 23 anos	2	1,5	-	-
Não responderam	17	12,7	-	-
TOTAL	133	100	133	100

O salário para 40,6% de enfermeiras, por 36 horas semanais de trabalho, é de 7,15 a 8,57 salários mínimos, (salário mínimo equivalente a R\$ 350,00), para 36,8% é de 5,71 a 7,14, para 14,3% de 8,58 a 10 salários mínimos, 3% tem renda superior a 10 salários mínimos e 3% tem renda inferior a 5,71, apenas 2,3% das entrevistadas não se dispuseram a informar seus vencimentos. Há diferenças significativas entre o piso salarial das enfermeiras contratadas e os vencimentos das profissionais efetivas por concurso público. Além disso, as enfermeiras efetivas puderam aderir ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários do funcionalismo municipal. No entanto, em virtude de sua suspensão judicial, a sua efetivação plena não foi realizada. Assim, parte das enfermeiras foi totalmente contemplada, outras recebem os adicionais parcialmente e outro conjunto sequer foi nele enquadrado. Este fato tem provocado significativas discrepâncias salariais mesmo entre as enfermeiras efetivas.

Do total das entrevistadas, 69,2% tem um único emprego, 29,3% tem dois empregos e 1,5% tem três empregos. A jornada semanal de trabalho predominante é de 36 horas semanais. Em relação aos outros vínculos empregatícios 11,3% são relativos ao ensino médio em enfermagem, 9,8% ao trabalho em instituição hospitalar, 5,3% ao ensino de graduação em enfermagem, 1,6% em saúde pública (em outros municípios) e 0,8% em enfermagem do trabalho. O estudo de Antunes (1996) mostra que a maioria das enfermeiras tem dupla jornada com intuito de suprir os baixos salários e melhorar o padrão de vida. Apesar de as enfermeiras afirmarem que recebem remunerações insuficientes este fato não parece ser suficientemente significativo como estímulo à busca de outros empregos. Nesse sentido, é possível considerar que o salário oferecido pela SMS de Campinas esteja situado em faixa superior aos salários praticados no mercado local ou regional.

As enfermeiras que concluíram habilitação em enfermagem e licenciatura corresponderam a 17,3% e 27,8%, respectivamente. Entre as 23 entrevistadas (17,3%), 10 enfermeiras (43,4%), têm habilitação em Enfermagem de Saúde Pública. No entanto, chama atenção o fato de que, 88 enfermeiras, ou 66,2% indicaram a conclusão de algum curso de especialização, destas, 27,3% são especialistas em Saúde da Família, 23,9% em Saúde Pública, 10,2% em Gerenciamento de Serviços de Saúde, 11,4% possuem especializações em duas dessas três áreas e 27,3% dedicaram-se a outros campos.

O Parecer nº 163 de 1972 do Conselho Federal de Educação (Brasil, 1974) que instituiu o currículo mínimo dos cursos de enfermagem e obstetrícia, superado somente pelo novo currículo mínimo de 1994, previa que a graduação em enfermagem incluísse as modalidades opcionais de formação complementar em nível de graduação no formato de

habilitações nas áreas de médico-cirúrgica, obstétrica e em saúde pública e licenciatura em enfermagem. Embora não houvesse obrigatoriedade de oferta, algumas escolas de enfermagem as incorporaram e as mantiveram até a vigência da Portaria 1721.

O percentual de enfermeiras habilitadas é inferior ao encontrado por Machado (2000) que foi de 37,1%, em contrapartida, é bastante superior aos achados do mesmo estudo, 35,5%, para as especialistas. É bastante provável que a parceria entre a SMS e as universidades locais, particularmente, a Unicamp e a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCamp), para a oferta de cursos de especialização em saúde pública, saúde da família e gerenciamento de serviços de saúde ao longo dos anos, bem como a instituição do Pólo locorregional de Educação Permanente em Saúde esteja facilitando o acesso dos trabalhadores de saúde aos processos de aprimoramento profissional. Assim, é possível afirmar que as especializações têm sido o modo mais freqüente de as enfermeiras da SMS de Campinas buscar aprimoramento no exercício de suas práticas.

A totalidade das enfermeiras indicou participação em oficinas e cursos de capacitação oferecidos pela SMS, e reconheceram nessas ofertas à oportunidade de atualização, aperfeiçoamento, reciclagem, educação continuada, troca de experiências e integração com os colegas de outras unidades. A média indicada foi de um curso a cada bimestre. Este dado revela que tem havido investimento significativo da SMS nessa direção e que o acesso, priorização e/ou interesse das enfermeiras por essas iniciativas é bastante favorável. Além disso, 45,1% das enfermeiras indicaram participação em eventos de cunho científico nos 24 meses anteriores à coleta de dados. Esta participação foi viabilizada, predominantemente, por iniciativa pessoal e com recursos financeiros próprios.

A participação das enfermeiras em instâncias associativas profissionais em geral, foi identificada por meio da adesão baixa à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), 4,5%, em entidades civis 7,5% e a partidos políticos de 6%. Obteve destaque a adesão a sindicatos profissionais 33,1%, e a Conselhos Locais de Saúde, 18,8%.

Entre os principais motivos alegados para estes baixos índices de participação na ABEn, encontram-se: o alto custo da anuidade, falta de interesse pessoal, dificuldade de acesso e insuficiente divulgação da entidade. De outro lado, a adesão foi justificada, pela possibilidade de descontos oferecidos em eventos promovidos pela Associação, não houve menção ao caráter político, de promoção e fortalecimento da enfermagem que tal participação poderia buscar.

Analisando essa adesão e considerando que a capacidade de negociação seja uma das possibilidades concretas de exercício político, passível de se realizar através de participação nos movimentos sociais organizados, tais como associações civis, partidos políticos, etc., percebe-se que as enfermeiras não reconhecem essas instâncias como espaços potenciais legítimos de intervenção sobre a realidade social, incluindo a saúde (Antunes, 1996).

Apesar de a ABEn Nacional coordenar o projeto de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, conforme é descrito por Maria Miriam Lima da Nóbrega (1997), como uma estratégia técnica e política para desenvolvimento da enfermagem brasileira, as enfermeiras do município de Campinas não fizeram nem citação deste projeto

e nem das publicações desta associação relevantes ao SUS. A ABEn<sup>5</sup>, por sua histórica trajetória de organização e representatividade da categoria, tem estado à frente em todos os importantes fatos e lutas que marcaram a enfermagem brasileira e se apresenta como articuladora e interlocutora das organizações de enfermagem frente às instâncias formuladoras das políticas de saúde, de recursos humanos e de ciência e tecnologia.

A filiação mais freqüentemente apontada correspondeu aos sindicatos profissionais (33,1%) e foi justificada pela vantagem econômica na contratação de planos de saúde, já que estes não são mais oferecidos pela SMS, como outrora; pelo reconhecimento de espaço de luta para melhoria do trabalho e forma de expressão de interesses profissionais. As enfermeiras, particularmente as contratadas, 27,8%, são compulsoriamente sindicalizadas em virtude da natureza do contrato de trabalho a que estão submetidas. A exclusão do conjunto de enfermeiras que apresentavam as justificativas de sindicalização acima referidas resultaria em apenas 5,3% das enfermeiras que buscam essa forma de participação social por escolha pessoal.

No estudo de Antunes (1996) 61% das enfermeiras participam de sindicato profissional específico da categoria de enfermeiros. A autora entende esse comportamento como reflexo de uma compreensão corporativista dessa instância como canal de reivindicações exclusivas da categoria.

A não filiação partidária foi justificada pelas enfermeiras estudadas pelo desinteresse no campo da política, de modo geral, e pelo descrédito em partidos políticos e em suas lideranças como forma de representação social organizada.

---

<sup>5</sup> [www.abennacional.org.br](http://www.abennacional.org.br)

A inexpressiva participação em movimentos políticos e sociais pode ser analisada sócio-historicamente, levando em consideração desde a restrição da participação da mulher nas instâncias de poder e decisão até as questões relacionadas à profissão: neutralidade científica, obediência à normalização burocrática e submissão ao poder vigente (Antunes, 1996).

O Conselho Local de Saúde (Campinas<sup>6</sup>), criado por Lei Municipal nº 6547 de 02 de junho de 1991, é a instância de controle social do SUS em nível local e se articula politicamente às instâncias regionais e municipal. É constituído por representantes de usuários da comunidade local, de trabalhadores da equipe de saúde e pela coordenação do CS, na condição de representante institucional. Os Conselhos Locais de Saúde têm função deliberativa e fiscalizadora e atua no território delimitado à área de abrangência do CS, onde devem apropriar-se dos problemas e dos riscos de saúde. Devem ainda, discutir um plano de trabalho para organizar as ações a serem desenvolvidas na unidade, visando atender às necessidades prioritárias da população; discutir o plano de gastos dos recursos financeiros do SUS; e buscar informações dos Conselhos de Saúde (Distrital e Municipal) da Secretaria de Saúde e de outros órgãos competentes. Este foi o espaço mais reconhecido pelas enfermeiras (18,8%), provavelmente como um lugar de construção coletiva e gerador de mudanças nas políticas públicas.

A maioria das enfermeiras não mantém assinaturas de periódicos científicos de enfermagem, 94,7%, em decorrência do alto custo, da falta de interesse pessoal ou, ainda, pela possibilidade de acesso à leitura por via eletrônica, sendo que este último item pode ser

---

<sup>6</sup> [www.campinas.sp.gov.br/saude](http://www.campinas.sp.gov.br/saude)

considerado um aspecto positivo, uma vez que utilizam o acesso eletrônico para leitura e atualização. Entretanto, restringem-se aos periódicos que apresentam este formato. Em relação a periódicos da área de saúde em geral, o percentual altera-se ligeiramente, 99,2%, além dos motivos anteriormente referidos, acresce-se a falta de tempo de leitura, desconhecimento de periódicos existentes por insuficiente divulgação e dificuldade de acesso à consulta.

No entanto, 51,9% indicaram assinar revistas não científicas de circulação periódica, tais como, Veja, Isto é, Época, Superinteressante e jornais, tais como, Correio Popular, Folha de São Paulo e o Estado de São Paulo. A maioria refere leitura de jornais (83,5%); 31,5% com frequência semanal e 32,4%, diariamente. É interessante notar que de um lado, a maioria das entrevistadas alegam não assinar periódicos científicos pelo seu custo elevado, do outro, metade delas indicam manter assinaturas de revistas em geral, o que nos permite inferir que a restrição financeira parece ser secundária ao reconhecimento de periódicos científicos como via de atualização profissional.

A leitura de livros de enfermagem ou da área da saúde é positiva para 91% das enfermeiras, com uma frequência de leitura semanal para 33,9%, mensal para, 19,8%, semestral para 17,4% e ocasional para 22,3% das entrevistadas. Os motivos referidos para preferência de livros foram interesses em atualização, pelo exercício da função de professores no ensino de enfermagem, e pelas necessidades decorrentes das atividades que desempenham no serviço. Quanto à leitura de manuais técnicos, 97,7% responderam favoravelmente, com frequência semanal de 33,8%, mensal de 33,1%, semestral de 9,2% e ocasional de 15,4% das entrevistadas. Os motivos mais frequentemente referidos para a

leitura desse tipo de material foram as necessidades de atualização, de esclarecimento de dúvidas e pelas demandas originárias no serviço. Os manuais mais frequentemente citados são os de vigilância epidemiológica, disponibilizados nos CS, geralmente originários da SMS Campinas, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do Ministério da Saúde.

Os resultados foram, parcialmente, concordantes com os percentuais de 97,1% de leitura de livros e revistas encontrados em estudo desenvolvido por Steagall-Gomes (1990).

Diante dos dados apresentados podemos concluir alguns pontos positivos que chamam a atenção nas profissionais deste município: a maioria tem um único emprego, tem uma formação especializada, acesso em oficinas externas e internas e a informações através de manuais e livros. E alguns pontos foram considerados negativos, que poderiam dificultar o desenvolvimento do trabalho na rede básica, são: formação e experiência profissional voltada ao nível hospitalar e pouca participação política.

#### **4.2. Atribuições da Enfermeira**

Existe um consenso entre diversas autoras reiterado, pelas produções de Nilce Piva Adami (1981); Nilce Piva Adami et al. (1994); Maria Cecília Puntel de Almeida et al., 1997; Maria Tereza Leopardi et al. (2001); Sônia S. Marcon et al. (2002); Carla Aparecida Spagnol (2005) de que o trabalho da enfermeira nos diversos campos de atuação se realize nas dimensões assistencial, gerencial, educativa e da pesquisa. De modo, também, convergente, espera-se que elas se desenvolvam com articulação interna e externa com outros trabalhos em saúde, orientando-se pela mesma finalidade, com objetos e instrumentos específicos que contribuam na construção de identidade do trabalho de enfermagem (Leopardi et al., 2001).

A título de ilustração de que as dimensões principais desse trabalho são reconhecidas e diferencialmente valorizadas pelas enfermeiras, sujeitos do estudo, procedeu-se a uma rápida conceituação dessas dimensões com vistas a situar alguns depoimentos, espontaneamente manifestados pelas enfermeiras no momento das entrevistas. Do total de depoimentos (67%), 30,9% foram dirigidos a área de assistência, 16,4% a área de gerência, 14,5% a área de educação e 2% a área de pesquisa, considerando aspectos positivos e negativos dessas áreas e 40% a outros assuntos referentes à avaliação da pesquisa, satisfação ou insatisfação da prática desenvolvida.

A enfermagem tem como essência e especificidade o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Para Viviana Aparecida Lima (2004) o processo do cuidar é característico da profissão, sendo realizado a partir das necessidades de saúde concretas ou potenciais, mostrando a especificidade da profissão e produzindo transformações mediatas e imediatas.

Para Wanda de Aguiar Horta (1979) o cuidado, essência da profissão, da qual derivam todas as demais funções, deve se voltar “para o doente e não para a doença - atravessando subjetividades individuais e coletivas - e que exige, para ser viabilizado, o uso de saberes oriundos de diversas disciplinas” (Matumoto, et al. (2001).

A enfermagem pode estabelecer mais intensivamente canais de interlocução com agentes de outras disciplinas e, em conjunto, buscar tecnologias necessárias à assistência,

estabelecendo relações com a equipe e com a família, atuando no processo de transformação da realidade (Matumoto, et al., 2001).

“Ela queria fazer só assistência” (Ana Maria).

“Não sente realizada em atividades que faz, pois acha que não é do profissional enfermeiro. Por exemplo, ficar no lugar do coordenador, convocar paciente. Gostaria de ter tempo para fazer mais o assistencial” (Beatriz).

No processo de trabalho gerencial a enfermeira tem assumido fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe, além de organizar o processo de trabalho da enfermagem, buscando concretizar ações a serem realizadas diretamente com a população (Spagnol, 2005).

Nota-se, como refere Spagnol (2005), que a enfermagem reproduz um modelo de gerência tradicional autoritária e dedica pouco espaço para compreender as relações e as demandas do seu grupo de trabalho, visando desencadear ações mais compartilhadas, projetos terapêuticos que atendam a demanda da população que procura o serviço.

“Ainda há dificuldade para fazer a sistematização do trabalho, para que alcance mais qualidade e satisfação. Acredita que precisa otimizar o tempo no Centro de Saúde” (Carolina).

“Gostaria que essa rotina mudasse, que a supervisão tivesse importância, que a instituição visse que a enfermeira não tem trabalhado na parte burocrática dela. Gostaria que isso mudasse, se pudesse dar treinamento, supervisão,....tem curso de curativo e não consegue fazer na prática. Eles (Distrito e Prefeitura) não têm foco na supervisão e sim, se as coisas estão sendo feitas. Defende que tenha enfermeira assistencial e burocrática para dar conta.” (Deise)

Educar para saúde é uma das atribuições que o enfermeiro desempenha em toda sua área de atuação, perpassando todos os níveis de assistência à saúde. Ou seja, ser capaz de desenvolver ações educativas compatíveis com as reais necessidades dos indivíduos e/ou grupos sociais, que permita a transformação consciente da realidade. Para que estas ações

tragam efetivas contribuições, faz-se necessário um compromisso dos atores sociais (profissionais e população), a fim de que o processo de comunicação não se concretize num sentido único, mas sim na troca entre os sujeitos envolvidos (Fernanda Garcia Bezerra et al., 2002).

**“A enfermeira faz um pouco de tudo, e é muito desgastante. Faz muito e ao mesmo tempo pouco, como um bombeiro. Difícil à questão dos funcionários (problemas de saúde, LTS). À parte de saúde pública elas não fazem, o ideal seria ter grupos de HAS/DM, mas não conseguiu isso ainda” (Eduarda).**

**“Acha que a parte principal do atendimento deveria ser a prevenção com educação, que é a maior carência da população e que isso nem sempre é possível de se fazer no dia-a-dia. A demanda da porta é sempre complicada” (Fabiola).**

A pesquisa esta presente cada dia mais nas falas das enfermeiras e na literatura específica, como forma de aprimorar a qualidade da assistência de enfermagem, questões do exercício profissional, processo de trabalho em enfermagem, entre outras. Sendo que ela pode ser teórica, filosófica ou partir de um problema percebido no dia-a-dia das atividades profissionais (Adami et al., 1996).

**“Deveria ter estudos mais freqüentes na enfermagem para troca e aprendizados que valorizem o núcleo próprio. Sente que pela amplitude da rede e distribuição das UBS, há um isolamento do trabalho. Acha que a enfermagem deveria lutar mais pelas questões da categoria, porque percebe a importância que tem no trabalho da equipe (os médicos vêm pedir opinião, compartilham a discussão de casos). Na ausência do coordenador é instruído a responder as demandas da unidade. Resolve conflitos entre os trabalhadores” (Giulia)**

Almeida et al. (1997) enfatizam que conhecer as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras nos serviços de saúde foi uma preocupação da enfermagem brasileira, os estudos já produzidos discutem as atribuições das enfermeiras e as tomam como ponto de chegada, quantificando o que realizam em maior ou menor proporção. A partir de normas ou conceitos universais, sobre o que é a enfermagem, os estudos identificam se as

atividades desenvolvidas correspondem às funções que lhe são específicas. Assinalam, ainda, que em relação às quatro áreas já referidas, ou seja, a gerência, a assistência, a educação e a pesquisa, o predomínio da primeira sobre as demais, constituir-se-ia como um “desvio” em relação ao esperado. Seguindo a linha de análise desenvolvida por Almeida et al., (1997), ressalta-se que as atividades realizadas devem ser tomadas como ponto de partida que instigue, além dessas conceituações, a procura pela apreensão das razões que expliquem as práticas de enfermagem no contexto das finalidades do trabalho em saúde. Este estudo buscou compreender as práticas das enfermeiras, tendo por referência as quatro áreas de atividades de enfermagem, amplamente reconhecidas e reiteradas, total ou parcialmente, por documentos da SMS e, também buscou compreender em que medida elas apontam deslocamentos no modelo assistencial hegemônico, através da compreensão da posição assumida pelas enfermeiras como sujeitos da história (Nascimento, 2002).

### 4.3. Atribuições Institucionais Previstas para as Enfermeiras

A pesquisa documental realizada resultou no acesso aos documentos relacionados no Quadro 1.

**Quadro 1 – Documentos que tratam das atribuições da enfermeira e da equipe de enfermagem, produzidos na SMS Campinas, de acordo com ano de sua oficialização e fonte de consulta. Campinas, 2006.**

DOCUMENTOS	ANO	FONTE/ACESSO
Atribuições do Enfermeiro na rede de serviços de saúde do SUS - Campinas	1.996	SMS/Distrito Sudoeste
Projeto Qualificação das Práticas de Enfermagem	1.998	SMS/Distrito Sudoeste
Projeto Qualificação das Práticas de Enfermagem – Módulo III	2.000	SMS/Distrito Sudoeste
Comunicado aos coordenadores de serviços de saúde e equipe de enfermagem.	2.001	SMS/Diário Oficial
Protocolo de Ação para Assistência de Enfermagem no Projeto Paidéia de Saúde da Família	2.005	SMS/Diário Oficial

A partir da leitura dos documentos identificados no quadro anterior, procedeu-se à seleção de três grandes produções mais relevantes na indicação das atribuições da enfermeira na SMS de Campinas, uma vez que estas abrangiam plenamente os conteúdos dos demais textos consultados.

O primeiro deles, que data de 1996, especifica as **atribuições do enfermeiro na rede de serviços de saúde SUS**, tomando por referência o Código de Ética e a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem.

Ou seja, a enfermeira é uma profissional legalmente habilitada para exercer funções assistenciais, de ensino, assessoria, administrativas e de pesquisa, de uma maneira consciente e crítica, levando em consideração a realidade sócio-econômica e o processo de mudança em que está inserida. É resultado dos vários momentos de reflexão do grupo de enfermeiras da rede básica de Campinas, sobre a prática de enfermagem realizada. Teve por objetivo nortear o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, uma vez que detalha atribuição de todos os agentes de enfermagem, a fim de favorecer o processo de avaliação e supervisão, além de estabelecer um padrão de qualidade na assistência prestada.

A análise de tal documento, cuja transcrição integral das atribuições da enfermeira apresenta-se a seguir, permite identificar a valorização de três das quatro dimensões teoricamente assumidas, ou seja, as funções técnico-administrativas, contidas no Quadro 2, as educativas no Quadro 3 e as técnico-assistenciais descritas no Quadro 4. As atribuições relativas à pesquisa encontram-se inseridas no Quadro 2.

**Quadro 2 - “FUNÇÕES TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS DO ENFERMEIRO” na SMS de Campinas**

ATRIBUIÇÕES	AÇÕES
- Coordenar serviço e/ou unidade de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programando e avaliando atividades de enfermagem com base nas prioridades, objetivos e metas propostas para ações programáticas e controle de doenças sob vigilância.</li> <li>- Fazendo distribuição e delegação de tarefas e executando as privativas do enfermeiro.</li> <li>- Supervisionando as atividades realizadas pela equipe de enfermagem.</li> <li>- Dimensionando pessoal necessário para as ações de enfermagem.</li> <li>- Efetuando previsão e provisão periódica de material e equipamento necessário as ações de enfermagem.</li> <li>- Elaborando e atualizando as normas, rotinas e procedimentos de enfermagem.</li> <li>- Revisando periodicamente o funcionamento dos sistemas de comunicação e registro de dados.</li> <li>- Decidindo sobre matéria específica de enfermagem.</li> <li>- Analisando a assistência de saúde prestada pelo serviço, identificando pontos que interferem na organização da assistência de enfermagem.</li> <li>- Auxiliando na manutenção dos equipamentos e aparelhos, solicitando conserto quando necessário.</li> </ul>
- Participar com a equipe de saúde no planejamento, coordenação e avaliação das ações de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificando os problemas de saúde prevalente, grupos de risco e fatores determinantes, relacionando-os com o modo de viver da população.</li> <li>- Conhecendo as diretrizes do SUS, o modelo assistencial vigente, o sistema de referência, serviços de especialidades, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e outros.</li> <li>- Conhecendo as normas técnicas vigentes.</li> <li>- Colaborando na estruturação e desenvolvimento de um sistema de informação a partir da produção, coleta e análise de dados epidemiológicos da área de cobertura.</li> <li>- Criando instrumentos para avaliar a adesão do usuário ao serviço e da resolutividade das ações executadas.</li> </ul>
- Participar em projetos de construção e reforma	- Opinando sobre a planta física, instalações de unidades de saúde elétricas, hidráulicas, iluminação, utilização racional de equipamentos e aparelhos, fluxo de materiais, usuários, funcionários e outros
- Realizar pesquisas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participando em pesquisas de interesse para a área da saúde</li> <li>- Executando pesquisas na área de enfermagem</li> </ul>

**Fonte:** Atribuições do Enfermeiro na rede de serviços de saúde do SUS Campinas. SMS Campinas 1996.

**Quadro 3 - “FUNÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO” na SMS de Campinas**

ATRIBUIÇÕES	AÇÕES
- Realizar capacitação de pessoal de enfermagem	- Identificando estratégias para sua execução.
- Participar dos programas de capacitação dos demais componentes da equipe	- Prevendo instalações físicas para execução de atividades didáticas
	- Supervisionando e avaliando o desempenho dos participantes do curso
	- Atuando como supervisor/instrutor no Projeto Larga Escala
- Realizar ações educativas visando à autonomia dos indivíduos em relação à prevenção, promoção e reabilitação da saúde	- Orientando os usuários durante a consulta de enfermagem e trabalhos para grupos específicos
	- Fazendo visitas domiciliares, estabelecimentos e instituições
- Discutir com a população os problemas de saúde e alternativas de solução em conjunto	- Participando das atividades do Conselho Local
- Participar do processo de formação de pessoal para área de saúde	- Apoiando programas de estágio
	- Estimulando o processo de integração docente-assistencial

**Fonte:** Atribuições do Enfermeiro na rede de serviços de saúde do SUS – Campinas. SMS Campinas – 1996.

**Quadro 4 - “FUNÇÕES TÉCNICO-ASSISTENCIAIS GERAIS DO ENFERMEIRO” na SMS de Campinas**

ATRIBUIÇÕES	AÇÕES
- Aplicar o processo de enfermagem individual e comunitário	- Executando a consulta de enfermagem: fazendo o histórico, diagnóstico, plano assistencial, evolução e prognóstico de enfermagem.
	- Utilizando diagnóstico da comunidade, levando em consideração dados epidemiológicos, recursos existentes e outros dados.
- Realizar avaliação da complexidade das atividades de enfermagem	-Planejando e executando os cuidados de atividades de enfermagem de maior complexidade, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.
	- Delegando os cuidados de enfermagem de menor complexidade sob sua supervisão.
- Realizar e supervisionar ações terapêuticas	- Prescrevendo medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde.
	- Assegurando a continuidade do tratamento prescrito por outros profissionais
- Realizar visitas domiciliares	- Realizando orientações educativas a pacientes de risco.
	- Convocando faltosos das ações programáticas
	- Promovendo vigilância em saúde
- Participar da organização do fluxo de atendimento ao usuário	- Garantindo espaço de acolhimento
- Registrar todos os procedimentos e condutas de enfermagem	Registrando procedimentos e condutas em impressos próprios da instituição.
	- Orientando e supervisionando os registros de procedimentos.

**Fonte:** Atribuições do Enfermeiro na rede de serviços de saúde do SUS – Campinas. SMS Campinas – 1996.

Muito embora não haja indicação de valorização de uma dimensão sobre as demais, uma pesquisa realizada sobre as práticas de enfermeiras da SMS em 1998, desenvolvida por Silva et al. 2001, identificou que 33% das práticas desenvolvidas correspondiam às ações de gerência ou co-gerência do CS, 13,8% eram relativas à coordenação, à organização, treinamento, controle e supervisão do trabalho de enfermagem. A assistência individual englobou 28% das práticas, e 23,9% corresponderam às de atenção à saúde coletiva, incluindo-se ali as ações de educação em saúde. Houve, nesse momento, a priorização

institucional do trabalho da enfermeira na dimensão técnico-administrativa, em relação às demais, confirmada, em parte, pelo fato de que em 2001, 45,6% dos CS eram coordenadas por enfermeiras (Nascimento, 2002). A participação das enfermeiras no desenvolvimento das ações de caráter individual, discretamente superior às práticas dirigidas à saúde na dimensão coletiva, chama a atenção para a significativa participação destas na conformação do modelo assistencial a despeito da carência de diretrizes orientadoras de projeto político específico da enfermagem naquele momento. No planejamento da SMS para qualificação das práticas de enfermagem, a partir dos dados apresentados, previa-se um enfoque maior na atenção direta aos usuários, incentivo ao registro efetivo das práticas realizadas, a ampliação das ações extramuros, das ações educativas e atividades grupais e coletivas.

Na visão de Antunes (1996) a enfermeira inserida na ampla e complexa rede pública, encontra dificuldades em situar-se no trabalho pela falta de apropriação de outras formas de intervir em saúde que transcenda o enfoque curativo hospitalar, pela falta de clareza nos objetivos e finalidades da assistência de enfermagem esperada e pela carência de qualificação específica, necessários ao efetivo desenvolvimento de ações integrais de saúde coletiva.

O segundo documento considerado, cuja oficialização data de 05 de outubro de 2001, corresponde à Ordem de Serviço 03/01 do gabinete do Secretário de Saúde.

1. Cabe ao enfermeiro privativamente (conceito de núcleo profissional)

- a) Gerenciar, organizar os serviços de enfermagem e fazer supervisão de toda equipe de enfermagem, avaliando, acompanhando, orientando as atividades delegadas aos auxiliares e técnicos de enfermagem
- b) Realizar consulta de enfermagem a gestante durante o ciclo gravídico-puerperal
- c) Realizar consulta de enfermagem com prescrição da assistência de enfermagem e sistematizar o atendimento

- d) Planejar as ações e atividades a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem
- e) Dispensar cuidados de enfermagem a pacientes graves com risco de vida
- f) Realizar cuidados de enfermagem, de maior complexidade técnica, que exigem conhecimento científico adequados e capacidade de tomar decisões imediatas
- g) Realizar prescrição de medicamentos conforme estabelecidos nos protocolos e rotinas da SMS
- h) Proporcionar educação continuada e em serviço à equipe de enfermagem nas tarefas relativas à assistência de enfermagem
- i) Produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional, bem como utilizá-la como subsídio nas intervenções em saúde.

2- Cabe ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde (conceito de campo)

- a) Realizar a prevenção e controle sistemático de doenças transmissíveis e de danos que possam ser causados aos usuários, em geral.
- b) Participar do acolhimento aos usuários do serviço, conforme protocolo.
- c) Atuar no Núcleo de Saúde Coletiva – participando, desenvolvendo e executando ações de Vigilância à saúde (epidemiologia, ambiental e sanitária, bem como se apropriando e reconhecendo o território/área de abrangência (áreas de risco, lideranças locais, equipamentos)
- d) Participar do processo de cadastro e adscrição de clientela.
- e) Realizar visitas domiciliares, bem como convocação de pacientes faltosos
- f) Indicar e administrar imunobiológicos – aplicar, orientar, organizar fichário, realizar controle de rede de frio, segundo Programa Nacional de Imunização
- g) Participar de discussão e elaboração de projetos terapêuticos

**Fonte:** Diário Oficial do Município. Campinas - 2001.

Este documento foi formulado com vistas à reorganização do processo de trabalho das unidades, necessárias à implantação do projeto Paidéia e aos requerimentos da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, da elaboração dos protocolos de Assistência de Enfermagem e à operacionalização dos conceitos de núcleo e campo profissional.

O terceiro documento foi elaborado em 2001 e encaminhado, na sequência à apreciação do COREN-SP, que estava num processo de discussão e entendimento das atividades dos profissionais de enfermagem na atenção básica a saúde no município. Contudo, sua publicação pela SMS ocorreu somente em 2005, sob a denominação de **“Protocolo de Ações para a Assistência de Enfermagem no Projeto Paidéia de Saúde da Família”**. Tal documento surgiu de uma necessidade de a SMS de Campinas

reestruturar as práticas de enfermagem, de forma a qualificar a assistência e respaldar os trabalhadores de enfermagem (Quadro 5 e 6).

As mudanças propostas dizem respeito à ampliação da clínica, trabalhando com conceitos ampliados de indivíduo, família; a responsabilização dos sujeitos, a construção e participação coletiva de trabalhadores e usuários e a integralização das ações através do trabalho interdisciplinar (Campinas, 2005).

**Quadro 5 - NÚCLEO E CAMPO DO ENFERMEIRO NO PSF-PAIDÉIA DA SMS  
DE CAMPINAS**

NÚCLEO	CAMPO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerenciar, supervisionar, organizar os serviços de Enfermagem.</li> <li>2. Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar a assistência de Enfermagem.</li> <li>3. Proporcionar educação continuada e em serviço à equipe de Enfermagem nas tarefas relativas à assistência de Enfermagem</li> <li>4. Realizar a SAE valorizando a consulta de Enfermagem ao longo do ciclo vital</li> <li>5. Realizar os Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, que exigem conhecimento científico adequado e capacidade de tomar decisões imediatas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participar de ações de Educação em saúde realizando grupos educativos.</li> <li>2. Participar das atividades em vigilância à saúde.</li> <li>3. Participar do núcleo de saúde coletiva.</li> <li>4. Integrar a equipe de acolhimento, recebendo, executando, resolvendo e realizando o encaminhamento necessário</li> <li>5. Apoiar a equipe de saúde</li> <li>6. Participar da discussão e elaboração de projetos terapêuticos</li> <li>7. Participar do processo de cadastramento e adscrição de clientela</li> <li>8. Executar procedimentos básicos de enfermagem</li> <li>9. Participar de atendimentos programáticos prestando assistência integral à saúde individual e coletiva ao longo do ciclo vital</li> <li>10. Participar e estimular o controle social</li> <li>11. Promover a intersetorialidade</li> <li>12. Produzir conhecimentos técnicos através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utilizá-los como subsídios nas intervenções em saúde</li> <li>13. Prescrever medicamentos e solicitar exames laboratoriais previstos em protocolos de saúde pública</li> </ol>

**Fonte:** Protocolo de Ação para Assistência de Enfermagem no Projeto Paidéia de Saúde da Família Diário Oficial do Município, Campinas – 2005

**Quadro 6 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO PSF- PAIDÉIA DA SMS DE CAMPINAS**

ATRIBUIÇÃO	AÇÃO
- Atuar junto à equipe de referência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participando da organização do processo de trabalho</li> <li>- Realizando o acolhimento</li> <li>- Participando da discussão e elaboração de projetos terapêuticos, individuais e coletivos</li> <li>- Desenvolvendo a SAE ao longo do ciclo vital</li> <li>- Participando da adequação do projeto dentro da realidade do território</li> </ul>
- Participar e promover ações de educação continuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buscando promover espaços coletivos de troca para trabalhar campo / núcleo, vínculo, responsabilização e ampliação de clínica</li> <li>- Promovendo e buscando a realização de treinamento em serviço</li> </ul>
- Realizar atividades de educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizando e/ ou participando de grupos educativos</li> <li>- Realizando orientações individuais e coletivas</li> </ul>
- Atuar no núcleo de saúde coletiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participando, desenvolvendo e executando atividades de vigilância à saúde (epidemiológica, ambiental e sanitária)</li> <li>- Apropriando-se e reconhecendo o território (áreas de risco, lideranças, equipamentos etc).</li> </ul>
- Realizar consulta de enfermagem	

**Fonte:** Protocolo de Ação para Assistência de Enfermagem no Projeto Paidéia de Saúde da Família Diário Oficial do Município, Campinas – 2005.

Analisando o documento de 2005, que foi elaborado por um grupo de enfermeiras e considerando a participação da autora deste estudo na sua elaboração, observa-se que o núcleo de trabalho da enfermeira foi determinado basicamente pelos documentos da Lei do Exercício Profissional e dos documentos de enfermagem divulgados pelo COREN-SP. Vale ressaltar que a análise de tais documentos permite evidenciar o predomínio da perspectiva hospitalar em detrimento de saberes e práticas da enfermagem em serviços de atenção básica a saúde.

Percebe-se que não houve espaço, seja pelo curto período de tempo, pela falta de reflexão ou por outros motivos, para se discutir o núcleo da enfermeira de maneira mais abrangente levando em consideração o ideário da VIII Conferência Nacional de Saúde, da Reforma Sanitária, das Reformas Curriculares e das contribuições da ABEn. Ou seja, a necessidade do trabalho da enfermeira atentar-se ao ser humano em sua realidade concreta e histórica, além da exigência de competência técnico-científica e administrativa, acrescenta-se a política, que permitirá o desenvolvimento de uma consciência crítica, viabilizando sua ação transformadora na prática sanitária. (Almeida et al., 1986).

Comparando os três documentos podemos notar que o primeiro, de 1996, fez uma divisão das atribuições das enfermeiras em: técnico-administrativas, técnico-assistenciais e educativas, sendo que a pesquisa apareceu como um item dentro das atribuições técnico-administrativas, isso ocorreu provavelmente pela instituição não priorizar a produção do conhecimento teórico formal. Outro item de destaque é a participação de projetos de construção e reforma que habitualmente são atribuições do coordenador local, com apoio da enfermeira, da equipe e usuários. O segundo documento de 2001 e o terceiro de 2005 consideraram o conceito de núcleo e campo, que foi adotado no município, a partir do PSF-Paidéia e foi ferramenta para construção das atribuições da equipe. Este conceito que, a priori, foi desenvolvido para discutir o trabalho médico teve limitações para definir o trabalho da equipe de enfermagem, que é composta por enfermeiras, auxiliares e técnicas e suas práticas estão interligadas. E o trabalho da enfermeira muitas vezes transcende o conceito de núcleo e campo.

Desta maneira, analisando-os comparativamente podemos notar que não existem diferenças significativas entre eles, sendo que o documento de 1996 apresenta-se até mais completo que os demais. A diferença notada diz respeito ao processo de trabalho, quando a partir do documento de 2001, ocorre uma valorização do trabalho da enfermeira voltado ao seu campo de atuação, junto com a equipe multiprofissional.

A partir da seleção dos documentos e comparação dos mesmos, optou-se por tomar o protocolo de enfermagem de 2005 como o de escolha, para analisar as práticas relatadas pelas enfermeiras, uma vez que é o documento vigente e não difere significativamente dos demais.

#### **4.4. As Práticas Relatadas pelas Enfermeiras**

Na sociedade capitalista é mais comum considerar a enfermagem como profissão, com um estatuto socialmente reconhecido e legalizado. Quanto à competência profissional, espera-se que as atribuições das enfermeiras estejam situadas nos âmbitos: assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa. Os documentos produzidos pela SMS levam em consideração estes modelos e essa perspectiva de estatuto social legalizado. Almeida (1991) ressalta que apesar de a profissão sustentar-se em critérios éticos e de competência técnica, o entendimento da enfermagem como trabalho supõe a consideração de sua dimensão dinâmica, como prática social que se constitui na relação que estabelece com outros trabalhos no atendimento às necessidades sociais de saúde. Baseados nessa referência buscou-se caracterizar as práticas das enfermeiras a partir da descrição por elas realizadas, da comparação destas com as atividades formalmente esperadas, e das prováveis demandas próprias dos sujeitos estudados, das equipes locais ou institucionais que configuram a

priorização de certas práticas sobre outras e, assim, definem as características do trabalho por elas desenvolvido. A seguir, apresentam-se os coeficientes de frequência e importância das práticas referidas pelas enfermeiras.

**Tabela 4 – Práticas referidas pelas enfermeiras segundo o coeficiente de frequência(F). Campinas, 2006**

<b>PRÁTICAS REALIZADAS</b>	<b>F</b>
Acolhimento	1406
Consulta de Enfermagem	1036
Supervisão de Enfermagem	799
Procedimentos de Enfermagem	581
Organização do Serviço	572
Visita Domiciliária	517
Educação em Saúde	511
Substituição de Auxiliares	429
Vigilância Epidemiológica	353
Controle Agenda Médica	351
Participação em Reuniões	322
Organização do Serviço de Enfermagem	284
Supervisão	275
Vacinação	210
Supervisão de Enfermagem em Curativos	180
Cuidados em Urgência/Emergência	167
Educação Continuada	134
Coleta de Citologia Oncótica	116
Alimentação de Sistema de Informação	97
Discussão Multiprofissional de Caso	92
Substituição de Auxiliar Administrativo	71
Campanha de Vacinação	60
Substituição da Coordenação	45
Vigilância em Saúde	41
Supervisão de Agentes Comunitários de Saúde	37
Assistência	36
Co-Coordenação do Serviço	26
Atividade Extra-Muro	21
Auxílio ao Médico	10
Substituição do Médico	10
Substituição de Agente Comunitário de Saúde	8

**Tabela 5 – Práticas referidas pelas enfermeiras segundo o coeficiente de importância (I). Campinas, 2006.**

<b>PRÁTICAS REALIZADAS</b>	<b>I</b>
Acolhimento	1313
Consulta de Enfermagem	1198
Supervisão de Enfermagem	839
Visita Domiciliária	660
Educação em Saúde	616
Procedimentos de Enfermagem	546
Organização do Serviço	539
Vigilância Epidemiológica	426
Participação em Reuniões	413
Substituição de Auxiliares	351
Controle Agenda Médica	313
Organização do Serviço de Enfermagem	303
Supervisão	271
Vacinação	236
Supervisão de Enfermagem em Curativos	227
Cuidados em Urgência/Emergência	203
Educação Continuada	192
Coleta de Citologia Oncótica	140
Discussão Multiprofissional de Caso	108
Alimentação de Sistema de Informação	94
Substituição de Auxiliar Administrativo	80
Campanha de Vacinação	75
Vigilância em Saúde	54
Substituição da Coordenação	43
Supervisão de Agente Comunitário de Saúde	43
Assistência	37
Co-Coordenação do Serviço	25
Atividade Extra-Muro	21
Substituição do Médico	11
Substituição de Agente Comunitário de Saúde	10
Auxílio ao Médico	7

A partir da adoção da estratégia de coeficiente de frequência e importância das práticas das enfermeiras, a atividade mais frequente e importante foi o acolhimento. Segundo Takemoto (2005) o acolhimento foi uma nova atividade incorporada ao processo de trabalho da equipe de enfermagem com a adoção do PSF-Paidéia.

O acolhimento no sentido proposto inicialmente no projeto PAIDÉIA de saúde da família, de acordo com Campinas, 2001b, é:

**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, respeitando o momento existencial de cada um, sem abrir mão de colocar limites necessários.**

Essa concepção de acolhimento visaria à ampliação do acesso ao serviço por meio da qualificação do trabalho realizado na recepção do CS. Dessa maneira, a recepção passa a assumir a responsabilidade técnica de avaliar clinicamente os usuários que procuravam a unidade durante todo o horário de funcionamento. Nessa avaliação, que se constituiria no primeiro contato com os usuários para cada nova demanda ou intercorrência, o risco e as necessidades de saúde deveriam ser identificados, bem como a adoção de medidas, visando o encaminhamento interno à unidade ou para serviços de referência, imediato ou programado (Campinas, 2001b).

Na compreensão das enfermeiras, o acolhimento, pode ser entendido como um atendimento de enfermagem, realizado pela auxiliar de enfermagem, com supervisão da enfermeira ou por ela mesma, para assistir a procura espontânea, não programada, da população, na maior parte das vezes quando a agenda médica está plena. Ele pode ocorrer em um espaço físico delimitado ou em todos os espaços da unidade de saúde. Esse atendimento é individual e a intervenção focada sobre o problema de saúde instalado e carrega as marcas do modelo hegemônico, que tem na consulta médica, a atividade central a partir de onde se organiza o serviço de saúde. Assim, o acolhimento que tinha um papel

de garantir acesso e humanização na atenção, acabou restringindo-se ao pronto atendimento para as queixas agudas. Deixou de ser uma estratégia para desencadear transformações no processo de trabalho (Takemoto, 2005).

**“Acha que o acolhimento não é função do enfermeiro como é feito. Tudo passa para o enfermeiro, exemplo doença aguda que tem que ser medicada por médico. Isso incomoda muito” (Helen)**

Almeida et al., 1997 afirmam que o processo de trabalho na saúde é coletivo, desta maneira, as ações realizadas pelas diferentes categorias profissionais, são parte do processo de trabalho que tem uma finalidade única e maior, que envolve todos os trabalhos aí contidos. Assim sendo, não há como indicar determinadas funções para diferentes categorias, sem que se tenha decidido qual é a finalidade do trabalho em saúde, levando em consideração que esta definição é histórica e socialmente determinada.

A prática da enfermeira passa por uma série de transformações e se faz necessária a incorporação de alguns conceitos aplicáveis ao processo de trabalho no setor saúde, na condição de membro de uma equipe de uma unidade produtora de serviços de saúde, responsável por uma demanda social (Nascimento e Nascimento, 2005).

A enfermeira deve utilizar os meios e os instrumentos (que atendam as demandas de saúde) como elementos de aproximação ao objeto de trabalho relacionado aos saberes específicos e tecnologia material. A prática deverá intervir no processo de trabalho, como uma estratégia articulada com a equipe, a fim de que cada sujeito tenha um papel transformador (Nascimento e Nascimento, 2005).

A segunda prática de maior frequência e importância é a consulta de enfermagem, foram incluídos a realização de puericultura, pré-natal, atenção à saúde do adulto, da mulher, do idoso e em saúde mental, áreas de assistências contemplada no protocolo de enfermagem como “consulta de enfermagem ao longo do ciclo vital”, que valoriza a abordagem individual. O estudo de Antunes (1996) apresenta resultados semelhantes ao encontrados nesta pesquisa, pois mostra que entre as atividades mais frequentemente realizadas por enfermeiras a consulta de enfermagem ocupou a primeira posição.

O enfoque maior na atenção direta à saúde pode não estar associado à lógica de um modelo sanitário que tem como objeto o processo saúde-doença em sua expressão coletiva, no qual as ações de enfermagem buscam a complementaridade para alcançar a saúde coletiva (Almeida et al., 1997). Neste sentido, as autoras afirmam que a enfermeira é o agente responsável pelo conjunto de ações que competem à enfermagem e, na saúde coletiva gerencia o trabalho de enfermagem visando às necessidades sociais do indivíduo.

Lima (2004) traz a discussão que esse resgate ao cuidado direto surge como forma de legitimação perante outras práticas, principalmente a médica. Mas que se por um lado, pode haver afirmação positiva do cuidado como referência primeira enquanto prática, por outro, pode esconder uma disputa de “status” com outras categorias, em nada contribuindo para as transformações no cotidiano das práticas de saúde.

Fazendo um paralelo com o estudo de Silva et al. (2001) e Nascimento (2002), observa-se um aumento da frequência e importância de práticas de caráter individual em detrimento de ações coletivas.

Essas práticas, acolhimento e consulta de enfermagem, estão previstas no protocolo de enfermagem de SMS como atividades de campo e núcleo, respectivamente.

Além disso, retomando a história da enfermagem nos serviços de saúde pública podemos observar que inicialmente o trabalho da enfermeira estava voltado ao treinamento de pessoal, auxílio às atividades técnicas e coordenação do trabalho desenvolvido pelo auxiliar de enfermagem, mas existia uma expectativa por parte das enfermeiras de desenvolverem cuidados direto aos usuários. Ao final da década de 80 o trabalho da enfermeira compreendia a realização da pré e pós-consulta, de consultas de enfermagem dentro dos programas de saúde definidos. Na década de 90, a enfermeira de Saúde Pública enfrentou o desafio de romper com o modelo tradicional hospitalocêntrico e medicalizante e voltar-se para ações de promoção e prevenção de saúde em bases coletivas. O PSF – Paidéia veio como uma das estratégias para rompimento dessa lógica, através do trabalho em equipe, da clínica ampliada, da ampliação das ações de saúde coletiva no nível local, da territorialização, do acolhimento, da responsabilização, etc. Entretanto, debruçando-se sobre os dados observamos uma manutenção da lógica hegemônica, o trabalho da enfermagem complementando as ações médicas. O acolhimento com a função de dar alguma resposta à demanda espontânea e, ao mesmo tempo, provocando insatisfações por parte das enfermeiras. A adoção de um novo modelo assistencial não garantiu a mudança efetiva no processo de trabalho, que continua privilegiando a consulta médica, que se consome no limite do corpo biológico, ou seja, na queixa trazida pelo paciente.

A terceira prática mais freqüente e importante é a supervisão de enfermagem. Antunes (1996) coloca que o desafio para enfermeira na prática de supervisão de

enfermagem nas instituições de saúde é a capacidade de inter-relacionar pensamento e ação, com crítica e alto grau de resolução, a fim de permitir a condução de um gerenciamento conseqüente e articulado às necessidades da população.

A enfermeira não consegue enxergar a importância da supervisão como ferramenta para desenvolver conhecimentos e práticas ligadas ao cuidado de enfermagem à vida humana e acaba por direcionar suas ações apenas para organizar, manter e controlar infraestrutura de pessoal. Acredita que sua valorização se constitua na assunção de poder hierárquico e, conseqüente visibilidade no interior das instituições (Antunes, 1996).

Lislaine Aparecida Fracolli e Emiko Yoshikawa (2001) analisando o trabalho dos gerentes de CS observam que os saberes utilizados por eles reforçavam a burocracia, a divisão do trabalho, o produtivismo e a alienação do trabalhador do seu produto final, enfatizando as ações de supervisão e controle e deixando para segundo plano o planejamento em saúde e a avaliação dos profissionais e das práticas de saúde. No processo de trabalho desenvolvido pelas gerentes, a tensão entre assistir e gerenciar aparecia como pólos de oposição e não como ações intercessoras e intercomplementares.

A quarta prática mais freqüente foi à execução de procedimentos de enfermagem, relacionada com a oitava, que é a substituição de auxiliares de enfermagem, esta prática é classificada em sexto lugar de importância e a substituição em décimo lugar. O resultado encontrado provavelmente esta relacionado com a carência de profissional.

Pela inviabilização do último concurso público planejado para o município, nota-se, pelos comentários feitos pelas entrevistadas, um desfalque principalmente do

profissional de enfermagem de nível médio. Desta maneira, as enfermeiras estão sendo requeridas a assumir as atribuições dos auxiliares de enfermagem, deixando de realizar suas atividades nucleares. Isto provoca nelas uma insatisfação para com o trabalho na medida em que se sentem, com relativa frequência, sobrecarregadas, com atribuições que competem a outros profissionais. Nessa direção, Antunes (1996) enfatiza a necessidade de se formular questionamentos à assunção não crítica dessas ações pelas enfermeiras.

**“Acha que acaba deixando muito a desejar na sua função e tampando a falta de outros profissionais. Ex. Médico de LTS, enfermeiro atende um por um para dar resposta a população, psiquiatra em falta, renova receita, auxiliar de enfermagem...” (Izabele).**

Além disso, pode nos despertar para outra questão, que é a falta de preparo para a gerência do trabalho em enfermagem, desta forma a substituição/realização de procedimentos é utilizada como mecanismo de fuga das suas outras responsabilidades como enfermeira, uma vez que ela passa a se preocupar apenas com a realização da técnica, desresponsabilizando-se pelas ações gerenciais e educativas junto à equipe de enfermagem. Em princípio isso pode gerar uma satisfação para a equipe de enfermagem, que percebe a enfermeira na atividade assistencial diariamente, mas pode causar também um desconforto, uma vez que essa enfermeira não é capaz de ajudar a equipe na tomada de decisões complexas, no manejo de casos, na organização do serviço, etc. Assim, os membros da equipe dirigirem-se sempre para outra enfermeira do serviço, o que pode gerar igualmente uma sobrecarga e insatisfação.

**“Faz de tudo um pouco como enfermeira matricial. O que precisar na unidade faz. Veio de um Pronto Socorro e tem uma função bem assistencial. Isso gerou cobrança dos auxiliares para com as outras enfermeiras, que tem um papel mais preventivo. Se descobriu na área assistencial e perdeu o gosto quando foi para a área gerencial. Gosta mesmo é de estar na linha de frente, tem ansiedade de ficar longe disso, só em reuniões, normas, cursos...” (Jussara).**

A realização de procedimentos e a substituição de auxiliares são importantes atividades na manutenção da assistência necessária e também como momento oportuno para o enfermeiro supervisionar o trabalho de enfermagem e realizar educação continuada com a equipe. Entretanto, é fundamental fazermos as devidas ponderações nessa prática.

Essas duas práticas, supervisão de enfermagem e execução de procedimentos, estão incluídas no protocolo de enfermagem, como núcleo e campo, respectivamente.

A quinta prática mais freqüente e sétima mais importante é a organização do serviço, nela estão contidas o planejamento e gerenciamento de materiais de consumo, solicitação de conserto de equipamentos, tarefas administrativas e burocráticas e a resolução imediata de problemas decorrentes da carência no planejamento do trabalho e dos imprevistos do dia-a-dia.

“O papel do enfermeiro na unidade está bastante perdido. O núcleo do enfermeiro (educação em saúde, grupos, consultas de enfermagem) não é priorizado pela própria equipe. A equipe de enfermagem e o coordenador (principalmente quando não é enfermeiro) vêem o profissional como 'apaga incêndio' e o enfermeiro acaba não se dedicando àquilo que é realmente necessário fazer” (Katia).

“Hoje como enfermeira além de tudo que é real, estão com sobrecarga de responsabilidade. Pouca divisão de tarefas com outros profissionais (quebra descarga enfermeira que não viu, falta de material de odonto enfermeira que não pediu). Pode ser que isso é até a culpa delas. E o enfermeiro tem que se virar. É tudo para o enfermeiro. Discussão do papel do enfermeiro, mas sem divagar” (Luana).

As enfermeiras olham para prática, reconhecem dificuldades, mas não fazem a reflexão acerca de sua competência e responsabilizações dentro de uma equipe em determinado contexto político, econômico e institucional. Desta maneira, os problemas permanecem como inquietações, sem que sobre eles se faça algum movimento de reflexão e

busca de estratégias de sua superação. Este sentimento de incômodo parece ter sido retomado no momento da entrevista para a pesquisa. Ao mesmo tempo, existe a expectativa de que a resolução dos problemas que enfrentam seja produzida através de um estudo ou pesquisa científica, ou ainda, das instâncias institucionais superiores, tais como o Distrito de Saúde, a Secretaria de Saúde.

A organização do serviço em geral, não é descrita nem como atividade de campo e nem de núcleo, sendo que a organização do serviço de enfermagem é uma atividade de núcleo, segundo o protocolo.

A sexta atividade mais freqüente e quarta mais importante foi a visita domiciliária, que apesar de ser externa ao espaço físico da unidade, caracteriza-se, no mais das vezes, como um atendimento principalmente centrado em demandas individuais dos usuários com autonomia prejudicada. Essa atividade apareceu em percentuais maiores do que as encontradas na pesquisa de Antunes (1996) e de Silva et al., (2001), correspondente a período anterior à implementação do Paidéia PSF.

A visita domiciliária já era uma das atividades previstas nas atribuições técnico-assistenciais da enfermeira, contidas no documento de 1996. O incremento observado dessa prática, provavelmente, decorre da adoção do PSF, a partir do qual houve o estabelecimento de rotina de discussão de casos, análise de priorização de visitas domiciliárias e a instituição de seu agendamento. A freqüência dessa prática superou a atuação da profissional nas atividades que compõem o programa de imunização e parece constituir-se, junto com o acolhimento, o foco principal de atenção da enfermeira.

A sétima prática mais freqüentemente referida e quinta em importância corresponde à educação em saúde, descrita como grupos educativos, que se estendem desde ações dirigidas a subconjuntos da população de adultos (grupo de hipertensos, diabéticos, para comunicação de resultado de exames, desnutridos, planejamento familiar, gestantes, etc.) até aqueles que se dirigem ao incentivo à prática de caminhada, alongamento, *Lian Gong*, cozinha experimental, vivência, geração de renda, entre outros. Assim, parece que as enfermeiras têm se dedicado a práticas educativas coletivas que visam à promoção à saúde e prevenção de doenças. Contudo, concordando com Antunes (1996), as práticas educativas que apóiam a manutenção da fragmentação da prática em saúde, com vistas ao controle dos distúrbios físicos, a fim de se evitar complicações e agravamentos da situação de saúde dos usuários, é bastante expressiva.

A oitava prática já foi citada anteriormente, articulando-se com a quarta.

A nona prática mais freqüentemente desenvolvida e a oitava em importância é a vigilância epidemiológica, seguramente uma das práticas mais significativas no campo da saúde coletiva, uma vez que articulam as ações de promoção da saúde, proteção e recuperação da saúde com redução de riscos e danos a indivíduos e coletividade, como uma resposta social aos problemas de saúde.

No entanto, independentemente do tipo de inserção das enfermeiras em sua efetivação, se, meramente, de controle ou alimentação de dados no fluxo de informação ou com vistas ao diagnóstico epidemiológico, verifica-se que a freqüência de sua citação é substancialmente inferior à esperada para o cenário dos CS.

A décima prática mais freqüente e décima primeira mais importante é o controle da agenda médica, que corresponde à verificação de exames e convocação de pacientes com exames alterados para avaliação médica e convocação de faltosos à consulta médica. Observa-se que sua menção isolada depõe a favor de sua desconexão com a vigilância em saúde, sendo um trabalho meramente burocrático.

A décima primeira prática mais freqüente e nona mais importante é a participação em reuniões. Essas foram estratégias reforçadas no modelo de atenção Paidéia-PSF (Campinas, 2003b), uma vez que a própria definição do trabalho em equipe e a construção coletiva de projetos terapêuticos pressupunham a existência de reuniões de equipe. É uma diretriz do Paidéia e um recurso essencial, que necessita ser constantemente aprimorado, pois é neste momento que informações e dados, internos e externos à equipe, podem ser analisados e transformados em diagnóstico e análise. Representam um meio importante de comunicação, onde cada membro contribui para a atuação da equipe e ao mesmo tempo, se constituem como momento ideal para que ocorra troca de experiências, discussões de casos, informações, alinhamentos necessários para o trabalho em equipe e avaliação. Além das reuniões de equipes, foram criados o Colegiado Gestor, composto por representantes das várias equipes, com a finalidade de apoiar a coordenação na tomada de decisões e o Núcleo de Saúde Coletiva, com o objetivo de apoiar a equipe e expandir a capacidade de ação dos CS, com reuniões agendadas conforme a organização de cada serviço (Campinas, 2001b). Diante dos resultados encontrados é possível observar a participação das enfermeiras nesses espaços, porém é difícil afirmar que essa participação decorra do reconhecimento dessas instâncias como um lugar de construção coletiva ou se, simplesmente, cumprem as expectativas instituídas.

A décima segunda prática de maior frequência e importância foi a organização do serviço de enfermagem, que tem sido considerado de fundamental importância (Spagnol, 2005), para assegurar uma atenção apropriada de enfermagem, e que, no entanto, é insuficientemente priorizado na realidade da SMS de Campinas.

Márcia Simoni Fernandes et al. (2003), acentuam que, historicamente, as enfermeiras têm adotado princípios da Escola Científica e Clássica da Administração para gerenciarem o trabalho, tendo em vista a estruturação e organização do serviço de enfermagem nas instituições de saúde. Assim, nota-se que a fragmentação das atividades, a impessoalidade nas relações, a centralização do poder e a rígida hierarquia, indicadoras de conduta gerencial autoritária, ainda são marcantes no cotidiano do trabalho da enfermagem. Ressaltam, ainda, como alternativa para mudança desse modelo, uma prática administrativa mais aberta, flexível e participativa.

Ocupando a décima quarta posição em frequência e importância, situam-se as práticas relativas à vacinação. Essa foi mantida separada dos demais procedimentos pela singularidade que constitui a atuação da enfermeira no programa de imunização. Abrange treinamento e supervisão da equipe de enfermagem para a indicação, administração e orientações sobre os imunobiológicos, controle de retornos dos usuários, rede de frio, estoque viável, fluxo de informações, avaliação de cobertura vacinal e a condução de atividades educativas em grupo com os usuários. Entretanto, parece que as enfermeiras não têm priorizado sua ação nesse programa, em virtude de sua posição entre as diversas práticas realizadas, bem como pela forma de sua nomeação, “vacinação” e não programa de imunização. Este dado se expressa com relevância indiscutível, tanto pelo fato de,

historicamente, ter se constituído como um dos principais focos do trabalho da enfermeira na SMS (Silva, et al., 2001; Nascimento, 2002; Reis, 2004), quanto pela possibilidade de ser entendida como atividade de caráter individual pela perda da dimensão preventiva, necessariamente, com articulação individual e coletiva.

Tal perspectiva de desenvolvimento dessa ação foi também identificada por Almeida et al. (1997) quando constataram que a porcentagem de tempo dedicada pela enfermeira à atividade de vacinação era relativamente pequena em relação à atenção concedida às demais práticas. Este fato reforça a crítica de que tal postura parece convergir com a organização tecnológica predominante no trabalho que se centra na clínica individual.

Relacionada à vacinação temos a campanha de vacinação que recebeu vigésimo segundo lugar em frequência e importância, possivelmente pelo fato de que as enfermeiras têm assumido sua organização desde a constituição da rede básica de saúde no município. Além disso, talvez o significado a ela atribuído seja baixo devido à frequência de sua ocorrência ao longo do ano, em média quatro vezes. Interessante ressaltar o destaque dessa prática de forma específica e dissociada da vacinação em geral, cuja frequência e importância foram bastante superiores.

No conjunto das práticas mais frequentes que mereceram a supervisão técnica específica da enfermeira, constam os curativos, recebendo a décima quinta posição. O aumento do volume de usuários portadores de agravos crônicos e a disponibilização de diversas alternativas para tratamento das feridas na rede básica têm requerido diversos processos de atualização das enfermeiras para que assumam o treinamento da equipe de

enfermagem e o acompanhamento dos casos crônicos ou mais complexos. Em 2003, criou-se um grupo de estudos de lesões de pele formado pelas enfermeiras de unidades básicas e de serviços de especialidades, com o objetivo de constituir uma equipe capacitada de enfermeiras que tivessem domínio de conhecimentos técnico-científicos especificamente relacionados à prevenção, tratamento de feridas crônicas, incluindo a atualização e a padronização de procedimentos dentro dos CS. A avaliação e o acompanhamento das lesões deveriam acontecer por meio de trabalho multidisciplinar (Campinas, 2003a). Tal grupo não foi oficializado e com a mudança de governo se extinguiu. Mesmo que os dados levantados não permitam tecer considerações acerca do processo de trabalho da equipe de saúde e de enfermagem em relação ao tratamento de feridas, o fato de as enfermeiras relatarem com frequência a supervisão específica em curativo é revelador da atenção que lhe é dedicada entre as demais atividades que requerem sua supervisão.

Estudo de Elaine Maria Leite Rangel (2004) acerca de conhecimentos e práticas das enfermeiras sobre curativos evidenciou que 56% delas relataram desenvolver avaliação preventiva nos pacientes admitidos no ambiente hospitalar. Nesse contexto, o curativo da ferida era realizado geralmente pelo auxiliar de enfermagem (83.3%), mas, a decisão sobre o tratamento era assumida, predominantemente, pelo enfermeiro (79.2%) e, às vezes, pelo médico.

A participação das enfermeiras na atenção às urgências e emergências, prática que ocupa a décima sexta posição em termos de frequência e importância, possivelmente é explicada tanto pela implantação do acolhimento como forma de assegurar amplo acesso da população aos serviços, quanto pelo aumento desse tipo de demanda nos CS. Em virtude

desse fato, desenvolveu-se o Plano de Atenção Integral às Urgências do Município de Campinas<sup>7</sup>, que norteia as atribuições e diretrizes de atendimento nos CS. Estes compreendem: realizar acolhimento com avaliação do risco e complexidade do caso de urgência do paciente com queixa aguda que procura o CS; estar capacitado para prestar atendimento às emergências através de manobras de suporte básico e avançado de vida até a chegada da viatura do SAMU; estar abastecido de materiais e equipamentos para a realização de manobras de suporte avançado e básico de vida; indicar recursos necessários para o atendimento dos quadros clínicos agudos; atender sem necessidade de encaminhamento casos de baixa complexidade em urgência, entre outras.

Assim, houve uma exigência para que todos os profissionais de saúde, dentro de suas atribuições estivessem preparados para responder a essa demanda. Este requerimento foi, provavelmente, incorporado pela enfermeira, resultando nos dados aqui encontrados.

A décima sétima prática em frequência e importância a ser considerada para análise é a educação continuada, esses programas são fundamentais para a qualificação, satisfação e participação da equipe de enfermagem no processo de trabalho em saúde, é o processo pelo qual não só se capacita o profissional tecnicamente, mas, principalmente, se promove nos trabalhadores o senso crítico e a motivação. Através destes, poderão ser partilhadas as responsabilidades e as dificuldades encontradas no serviço, segundo Maria do Carmo Lourenço Haddad (2000).

Outra possibilidade de análise a ser feita seria a separação das práticas em campo e núcleo de trabalho da enfermeira.

---

<sup>7</sup> [www.campinas.sp.gov.br/saude](http://www.campinas.sp.gov.br/saude)

**Tabela 6 - Práticas referidas pelas enfermeiras, considerando os conceitos de Campo e Núcleo, segundo o coeficiente de frequência(F). Campinas, 2006.**

<b>PRÁTICAS DE NÚCLEO</b>	<b>F</b>	<b>PRÁTICAS DE CAMPO</b>	<b>F</b>
Consulta de Enfermagem	1036	Acolhimento	1406
Supervisão de Enfermagem	799	Procedimentos de Enfermagem	581
Organização do Serviço de Enfermagem	284	Organização do Serviço	572
Vacinação	210	Visita Domiciliária	517
Supervisão de Enfermagem em Curativos	180	Educação em Saúde	511
Cuidados em Urgência/Emergência	167	Vigilância Epidemiológica	353
Educação Continuada	134	Participação em Reuniões	322
Campanha de Vacinação	60	Supervisão	275
Co-Coordenação Do Serviço	26	Coleta de Citologia Oncótica	116
		Alimentação de Sistemas de Informação	97
		Discussão Multiprofissional de Caso	92
		Vigilância em Saúde	41
		Supervisão de Agente Comunitário de Saúde (ACS)	37
		Assistência	36
		Atividade Extra-Muro	21

**Tabela 7 - Práticas referidas pelas enfermeiras, considerando o conceito de Núcleo de outro profissional, segundo o coeficiente de frequência(F). Campinas, 2006.**

<b>PRÁTICAS DE NÚCLEO DE OUTRO PROFISSIONAL</b>	<b>F</b>
Substituição de Auxiliares	429
Controle Agenda Médica	351
Substituição de Auxiliar Administrativo	71
Substituição da Coordenação	45
Substituição do Médico	10
Substituição de ACS	8

**Tabela 8 - Práticas referidas pelas enfermeiras, considerando os conceitos de Campo e Núcleo, segundo o coeficiente de importância (I). Campinas, 2006.**

<b>PRÁTICAS DE NÚCLEO</b>	<b>I</b>	<b>PRÁTICAS DE CAMPO</b>	<b>I</b>
Consulta de Enfermagem	1198	Acolhimento	1313
Supervisão de Enfermagem	839	Visita Domiciliária	660
Organização do Serviço de Enfermagem	303	Educação em Saúde	616
Vacinação	236	Procedimentos de Enfermagem	546
Supervisão de Enfermagem em Curativos	227	Organização do Serviço	539
Cuidados em Urgência/Emergência	203	Vigilância Epidemiológica	426
Educação Continuada	192	Participação em Reuniões	413
Campanha de Vacinação	75	Supervisão	271
Co-Coordenação do Serviço	25	Coleta de Citologia Oncótica	140
		Discussão Multiprofissional de Caso	108
		Alimentação de Sistema de Informação	94
		Vigilância em Saúde	54
		Supervisão de Agente Comunitário de Saúde (ACS)	43
		Assistência	37
		Atividade Extra-Muro	21

**Tabela 9 - Práticas referidas pelas enfermeiras, considerando o conceito de Núcleo de outro profissional, segundo o coeficiente de importância (I). Campinas, 2006.**

<b>PRÁTICAS DE NÚCLEO DE OUTROS PROFISSIONAIS</b>	<b>I</b>
Substituição de Auxiliares	351
Controle Agenda Médica	313
Substituição de Auxiliar Administrativo	80
Substituição da Coordenação	43
Substituição do Médico	11
Substituição de ACS	10
Auxílio Ao Médico	7

**Tabela 10 - Práticas referidas pelas enfermeiras, considerando os conceitos de Campo e Núcleo, segundo o coeficiente de frequência(Ft) e importância(It) total.**

**Campinas, 2006.**

<b>PRÁTICAS DE CAMPO E NÚCLEO</b>	<b>FT</b>	<b>PRÁTICAS DE CAMPO E NÚCLEO</b>	<b>IT</b>
Práticas de Campo	4977	Práticas de Campo	5281
Práticas de Núcleo	2896	Práticas de Núcleo	3298
Práticas de outros profissionais	970	Práticas de outros profissionais	860

Comparando-se a frequência e importância das atividades de núcleo, observa-se que elas apresentam a mesma ordem, entretanto com valores de importância maiores do que de frequência. Já para as atividades de campo, as práticas analisadas por sua frequência e importância apresentam diferenças de posicionamento. Desta forma, por exemplo, a visita domiciliar que é a quarta prática mais frequente, na ótica das entrevistadas é a segunda mais importante prática de campo, ou seja, provavelmente elas realizam menos do que gostariam. O mesmo ocorre com a educação em saúde que recebeu a quinta classificação em frequência e a terceira em importância. O contrário ocorre com os procedimentos de enfermagem que receberam o segundo lugar em frequência e foram apontados como o quarto em importância, bem como com a organização de serviço que passou do terceiro lugar de frequência para o quinto lugar de importância. Ou seja, as enfermeiras expressam a percepção de que as realizam mais do que gostariam de realizar.

Outra questão que pode ser colocada é se os conceitos de núcleo e campo contidos no protocolo de enfermagem são suficientes para responder as demandas da realidade de trabalho da enfermeira.

Em comparação a estudo anterior, parece ter havido alteração na prioridade do acolhimento, das consultas de enfermagem e da supervisão de enfermagem. Entretanto, pode-se inferir que a mudança do modelo não garantiu uma alteração da prática no sentido mais amplo de visão integral. Faz-se necessária a reflexão de onde estamos e onde queremos chegar, para que as mudanças não ocorram apenas pela mudança dos ventos e sim pela reflexão sobre a prática e pelo desejo consciente de fazer saúde coletiva. Fica apontada a necessidade de construção de projetos inovadores e criativos, extrapolando a posição conservadora frente aos projetos de saúde, com a finalidade de reconstruir a história profissional das enfermeiras e dos serviços nos quais estão inseridas.

Analisando a história das enfermeiras nas décadas de 70 e 80, Nascimento (2002) mostrou que nos primórdios elas utilizavam diferentes instrumentos de trabalho para promover o cuidado e recuperar a saúde coletiva ou individual. As práticas eram influenciadas pela formação específica, experiência individual e pelo processo de trabalho mantido entre os médicos e os auxiliares. As práticas mais desenvolvidas eram supervisão, como instrumento de avaliação/treinamento e de fiscalização/controle do trabalho e dos agentes; a formação e treinamento dos auxiliares de saúde, principalmente por que eram poucas profissionais, organização e desenvolvimento de grupos educativos, consulta e atendimento de enfermagem, visita domiciliária, normalização e desenvolvimento de procedimentos técnicos de enfermagem e registros de enfermagem.

Os dados nos permitem inferir que existe coerência entre as práticas realizadas e o que é esperado pela SMS e nos mostram que a enfermeira presta grande contribuição na implantação e manutenção das políticas de saúde. O trabalho desenvolvido hoje pela

enfermeira está voltado principalmente para o campo, conceito discutido anteriormente, principalmente quando se fala do atendimento em equipe multiprofissional, mas ainda existe a necessidade de se reforçar o núcleo profissional e campo da prática de Saúde Coletiva, onde é primordial o trabalho no núcleo de saúde coletiva, na imunização, na educação em saúde, na educação permanente, entre outras. A atuação da enfermeira é importante nos serviços, mas tem um potencial que ainda precisa ser evidenciado para um melhor aproveitamento da força de trabalho da categoria, refletindo na melhoria da qualidade da assistência prestada por esses profissionais.



## *5. CONSIDERAÇÕES FINAIS*

Este estudo teve por objetivo caracterizar e analisar o perfil profissional e as práticas das enfermeiras inseridas em unidades da rede básica de saúde do município de Campinas, SP.

A maioria das sínteses já foram realizadas durante o processo de análise e discussão do conteúdo do estudo, assim, não pretendo ser repetitiva, mas penso ser necessário retomar alguns resultados que poderão contribuir na continuidade deste estudo.

As enfermeiras que participaram do estudo corresponderam a 87,5 %, ou 133, do conjunto geral de 152 profissionais. São predominantemente mulheres, casadas, com pelo menos um filho. A extensão de faixa etária de 25 a 49 anos abrangeu 86,5% das entrevistadas, sendo que somente a faixa de 40 a 44 anos concentrou a maior frequência isolada, 23,3%.

De modo também predominante, as enfermeiras se graduaram em instituições privadas de ensino 67,7%, as demais, 32,3%, em universidades públicas. A maior parte das enfermeiras, 64,7%, graduou-se a partir de 1990, em cenário político de início de implementação do SUS e, provavelmente tiveram acesso em sua formação aos conteúdos relativos à reforma sanitária que culminou na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde.

Desse conjunto, 51,1%, concluíram a graduação a partir de 1994, ano em que se oficializa a proposição do PSF e também a regulamentação da aprovação, pelo Plenário do Conselho Federal de Educação, do novo Currículo Mínimo para o Curso de Enfermagem,

por meio da Portaria nº 1721 do Ministério da Educação e Cultura, em processo de construção desde 1991.

Os dados encontrados mostram que 39,8% das enfermeiras têm menos de 10 anos de trabalho, com relação à experiência de trabalho prévia à admissão na SMS, 78,2% das entrevistadas responderam positivamente para área hospitalar, 61,4% com experiência prévia para o ensino médio de enfermagem e 13,5% para a graduação, 31,6% para área de saúde pública e 5,3% para enfermagem do trabalho.

Quanto à relação de trabalho com o município, a maior parte é efetiva por concurso público (72,2%). O salário para 40,6% de enfermeiras, por 36 horas semanais de trabalho, é de 7,15 a 8,57 salários mínimos, em função de diferentes enquadramentos na carreira e tempo de serviço.

As enfermeiras que concluíram habilitação em enfermagem e licenciatura corresponderam a 17,3% e 27,8%, respectivamente. No entanto, chama atenção o fato de que, 88 enfermeiras, ou 66,2% indicaram a conclusão de algum curso de especialização, sendo que 88,6% na área de Saúde Coletiva.

A participação das enfermeiras em instâncias associativas profissionais ou civis em geral, foi identificada por meio da adesão baixa à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), 4,5%, em entidades civis 7,5% e de partidos políticos de 6%. Destaca-se a adesão a sindicatos profissionais 33,1%, e em Conselhos Locais de Saúde, 18,8%.

A maioria delas não mantém assinaturas de periódicos científicos em enfermagem (94,7%) ou na área da saúde (99,2%), entretanto 51,9% indicam assinar revistas não

científicas de circulação periódica. A leitura de livros de enfermagem ou na área de saúde é positiva para 91% delas, sendo melhor ainda os resultados encontrados com relação à leitura de manuais técnicos, 97,7%.

Em relação às práticas referidas pelas enfermeiras essas foram classificadas pela frequência e importância, em ordem decrescente. As mais frequentemente realizadas foram: acolhimento, consulta de enfermagem, supervisão de enfermagem, procedimentos de enfermagem, organização do serviço, visita domiciliária, educação em saúde, substituição de auxiliares, vigilância epidemiológica e controle da agenda médica. Com relação à importância as mais referidas foram: acolhimento, consulta de enfermagem, supervisão de enfermagem, visita domiciliar, educação em saúde, procedimentos de enfermagem, organização do serviço, vigilância epidemiológica, participação em reuniões e substituição de auxiliares. Comparando a frequência e a importância notamos que houve uma valorização de ações de saúde coletiva, do campo da enfermeira, que apareceram com importância maior que frequência: visita domiciliar, educação em saúde, vigilância epidemiológica, participação em reuniões.

Este estudo pretende contribuir para reflexão da prática de enfermagem. O desenvolvimento da pesquisa foi riquíssimo principalmente na coleta de dados onde nos aproximamos de todas as enfermeiras da rede, conhecendo suas diferentes realidades de trabalho, de vida e de projeto. Foi marcado por uma intensa troca entre as profissionais, as alunas da graduação e alunas de pós-graduação, com momentos profundos de reflexão do nosso processo de trabalho.

A principal dificuldade para realizá-lo foi o curto período de tempo para coleta de dados, numa rede tão ampla e diversificada. Após a intensa coleta de dados foi difícil debruçar sobre tanto material e selecionar o recorte, por isso, sugerimos outras investigações com a finalidade de aprofundarmos o estudo e abrirmos a gama de possibilidades que estão compactadas nessa análise geral. Também aponta para um convite a todas as profissionais a analisarem estes resultados e discutir questões que as incomodam no dia-a-dia.

A aproximação e conhecimento do perfil e das práticas das enfermeiras da SMS de Campinas permitiram-nos a reconhecer a importante posição assumida pelas enfermeiras para reordenação das práticas e para implantação de um modelo de atenção à saúde.

O estudo será apresentado nos cinco Distritos de Saúde como devolutiva do compromisso assumido da pesquisadora com os participantes e com a finalidade de discutir e refletir os pontos levantados.

Seguindo a linha de análise desenvolvida por Almeida et al., (1997), ressalta-se que as atividades realizadas devem ser tomadas como ponto de partida que instigue, além dessas conceituações, a procura pela apreensão das razões que expliquem as práticas de enfermagem no contexto das finalidades do trabalho em saúde, compreendendo a que finalidade do trabalho na saúde estão atendendo as atividades de enfermagem. Este estudo buscou compreender as práticas das enfermeiras, tendo por referência as quatro áreas de atividades amplamente reconhecidas e reiteradas, total ou parcialmente, por documentos da SMS e, também buscou compreender em que medida elas apontam deslocamentos no modelo assistencial hegemônico, através da compreensão da posição assumida pelas

enfermeiras, como sujeitos da história, é de compartilhamento ou não da construção social e política e de rompimento com a lógica hegemônica.

Observou-se que as enfermeiras da SMS de Campinas executam diariamente múltiplas funções no processo de trabalho, predominando as ações assistenciais, seguidas por ações gerenciais, técnicas e de educação em saúde. Este estudo nos mostra, comparado aos anteriores, uma mudança de priorização da gerência para a assistência, ou seja, as enfermeiras querem encontrar estratégias para intervir na realidade de saúde, mas mantém a prática cotidiana voltada para demanda espontânea, tendo como objeto predominante o corpo biológico doente.

As enfermeiras não valorizam as instâncias políticas e o desenvolvimento desta competência como estratégia para prestação de serviços voltados ao cuidar da vida e não da doença, centrada no indivíduo. Compreendemos que para que haja mudança de modelo assistencial e de intervenção em enfermagem se faz necessário entendermos que o modelo de atenção em saúde como modo de organizar a produção em saúde está apoiado em um tripé: política, saber e organizacional-assistencial, que se traduz por políticas públicas (Takemoto, 2005).

Chama a atenção que a maioria delas são especialistas em Saúde Coletiva e tem um amplo acesso a cursos de atualização e que estes possivelmente não são suficientes para ajudar no cotidiano do trabalho da unidade. Podemos notar que as enfermeiras estão buscando uma nova forma de prestação de serviços de enfermagem em saúde pública, mas carecem de definição de prioridades, planejamento, direcionalidade. É importante lembrar que a reconstrução da intervenção da enfermagem em saúde coletiva, na busca pela

transformação do seu objeto, com o sentido de alcançar sua finalidade original, só ocorre através dos meios e instrumentos que favoreçam esse processo.

Há que se pontuar também a necessidade de se ter um projeto político claro e específico para fortalecer o núcleo de enfermagem e o campo da saúde coletiva, além disso, as enfermeiras precisam ter um espaço garantido para pensar e re-pensar seu papel, suas práticas como sujeitas na construção de sua própria história. É necessário lembrar que existe um distanciamento do projeto social de transformar a saúde para sua maior democratização, uma vez que as próprias enfermeiras estão despolitizadas e sua prática é desenvolvida de forma imediatista e com pouca reflexão. Não se trata de imputar-lhes culpa pessoal e individual, mas de compreender que a reprodução social se dá também no trabalho, e é neste espaço que as possibilidades ou impossibilidades se realizarão. O futuro depende também de nós, ele está aberto e as mudanças serão construídas cotidianamente (Almeida et al., 1997).



## ***6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

ADAMI NP. Aspectos teóricos dos cuidados primários de saúde. Rev Bras Enfermagem 1981; 34(1): 8-14.

ADAMI NP, RODRIGUES MA, MONTEIRO MC, MARTINS CL, WATANABE HAW. Sistema local de saúde: uma visão sobre a questão dos recursos humanos. Rev Acta Paul Enf 1994; 7(2/4): 55-62.

ADAMI NP, SALZANO SDT, CASTRO RAP, STEFANELLI MC. Situação da pesquisa em enfermagem em hospitais do município de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem 1996; 4(1): 5-20.

Associação Brasileira de Enfermagem. [acesso em 10 de nov de 2006]. Disponível em <http://www.abennacional.org.br/>

ALMEIDA MCP, ROCHA SMM, LAUS E, FREITAS DMV, LIMA RAG, MISHIMA SM. A formação do enfermeiro frente à Reforma Sanitária. Cad Saúde Pública 1986; 2(4):505-510.

ALMEIDA MCP. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde em Ribeirão Preto [Tese – Livre-Docência]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

ALMEIDA MCP, MISHIMA SM, SILVA MS, MELLO DF. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: Almeida MCP, Rocha SMM, orgs. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.61-112.

ALMEIDA MCP, ROCHA SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho saúde. In: Almeida MCP, Rocha SMM, orgs. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.15-26.

ALMEIDA MCP, MISHIMA SM, PEDUZZI M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de

enfermagem. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1999. (mimeo).

ANTUNES MJM. O enfermeiro e a integralidade da assistência de enfermagem na rede básica do Sistema Único de Saúde [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 1996.

ASSIS AMO, SANTOS SMC, FREITAS MCS, SANTOS JM, SILVA MCM. O programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev de Nutrição 2002; 15(3):255-266.

BADUY RS, CORDONI JUNIOR L. Programa Saúde da Família em Londrina: construindo novas práticas sanitárias [on-line] 1999 [acesso em 28 de nov de 2006]. Disponível em:URL:[http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n1/doc/artigos/saude\\_da\\_familia.RTF](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n1/doc/artigos/saude_da_familia.RTF)

BARREIRA IA. A enfermeira ananeri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose [Tese – Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1992.

BEZERRA FG, JOHANSON L, PEREIRA AL. Repensando educação em saúde na ótica da enfermagem. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2002, São Paulo, Brasil. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP; 2002. p.1-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Enfermagem – legislação e assuntos correlatos. 3ª ed., Rio de Janeiro (RJ): Artes Gráficas da FSESP, 1974. p. 721-724

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União. 1986. p.9273-75, (Jun. 26, 1986). Seção I.

CAMELO SHH, ANGERAMI ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Rev Latino-am Enfermagem 2004; 12(1): 14-21.

CAMPINAS (Município). Secretaria de Saúde. Atuação do Enfermeiro, juntamente com as demais categorias da enfermagem, a nível de unidade básica. Campinas (SP). 1989. (mimeo).

CAMPINAS (Município). Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos, Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde. Atribuições do enfermeiro na rede de serviços de saúde do SUS – Campinas. Campinas (SP). 1996. (caderno).

CAMPINAS (Município). Secretaria de saúde. Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde. Projeto de Qualificação das práticas de enfermagem. Campinas (SP). 1998. (mimeo)

CAMPINAS (Município). Secretaria de saúde. Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde. Projeto de Qualificação das práticas de enfermagem – módulo III. Campinas (SP). 2000. (mimeo)

CAMPINAS (Município). Secretaria de Saúde. Coordenadoria Setorial das Relações de Trabalho. Relatório Anual, Campinas (SP). 2001a.

CAMPINAS (Município). Colegiado de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Paidéia de Saúde da Família: diretrizes para de bate e reelaboração. Campinas (SP). 2001b. (mimeo).

CAMPINAS (Município). Ordem de Serviço nº 03/01 , de 01 de Outubro de 2001. Comunicado aos coordenadores de serviços de saúde e equipe de enfermagem. Campinas (SP): Diário Oficial do Município, 05 de Outubro de 2001c.

CAMPINAS (Município). Secretaria da Saúde. Protocolo de ação para a assistência de enfermagem no projeto Paidéia de Saúde da Família, Campinas (SP). 2005.45p. (mimeo).

CAMPINAS (Município). Secretaria da Saúde. Grupo de feridas da SMS – Documento preliminar, Campinas (SP). 2003a.5p. (mimeo).

CAMPINAS (Município). Secretaria da Saúde. Antiprotocolo da SMS, Campinas (SP). 2003b. (mimeo)

CAMPINAS (Município). Plano Municipal de Saúde 2006-2007, Campinas (SP). 2006. (mimeo).

CAMPINAS (Município). Secretaria de Saúde. [acesso em 20 de nov de 2006]. Disponível: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>

CAMPOS GWS, CHAKOUR M, SANTOS RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Pública 1997; 13(1):141-144.

CAMPOS GWS. Saúde pública e a saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc Saúde Coletiva 2000; 5(2):219-230.

CARVALHO GCM. O momento atual do SUS. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Saúde e Sociedade 1993; 2:9-24.

COHN A. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. Saúde e Sociedade 1992; 1(2):97-109.

FELICIELLO D. Atenção primária e política de saúde In: PUCCAMP. Campinas, uma experiência em saúde: relatório final do Projeto de Avaliação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro: FINEP; 1987. p.1-258.

FERNANDES MS, SPAGNOL CA, TREVIZAN MA, HAYASHIDA M. A conduta gerencial da enfermeira Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(2): 161-167.

FORTUNA CM, MATUMOTO S, PEREIRA MJB, MISHIMA SM. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. Rev Saúde em Debate 2002; 26(62):272-81.

FRACOLLI LA, EGRY EY. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? Rev Latino-am Enfermagem 2001; 9(5): 13-18.

HADDAD MCL. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Rev Espaço para Saúde 2000; 1(2): 75-88

HORTA WA. Processo de Enfermagem: Ed. EPU/EDUSP; 1979.p 3-41.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE [acesso em 20 de nov de 2006]. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>

LEOPARDI MT, GELBCKE FL, RAMOS FRS. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem 2001; 10(1):32-49.

LIMA VA. O processo de trabalho da enfermagem na atenção primária [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

MACHADO MH, coord. Perfil dos médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família no Brasil: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

MARCON SS, MARIANO L, LIMA MC, SILVA LC, CONEGERO S, CRUZ MG, et al. Atuação do enfermeiro em unidades básicas de saúde: utilização do tempo versus atividades desenvolvidas. Rev Enfermagem UERJ 2002; 10(1):20-40.

MARQUES D. A trajetória do Programa Saúde da Família em Campinas e a contribuição da enfermagem [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

MATUMOTO S, MISHIMA SM, PINTO IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. Cad Saúde Pública 2001; 17(1):233-241.

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

MENDES-GONÇALVES RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo Ed. Hucitec; 1994. 11-54.

MERHY EE, QUEIROZ MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública 1993; 9(2):177-84.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: 8ª ed. Ed. Hucitec; 2004.269p.

NASCIMENTO MS, NASCIMENTO MAA. Prática da enfermeira no Programa de saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciênc saúde coletiva 2005; 19(2):333-45.

NASCIMENTO EPL. As enfermeiras e suas práticas na rede básica de saúde de Campinas nas décadas de 70 e 80 [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.

NASCIMENTO EPL, NOZAWA MR. O trabalho das enfermeiras no SUS de Campinas: anos 70 e 80. Rev Bras Enfermagem 2004; 57(2):212-6.

NOBREGA MML. Classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva. In: Guedes MVC, Araújo TL, orgs. O uso do diagnóstico na prática da enfermagem. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. p.88-93.

NOZAWA MR. Perfil profissional, discurso e prática de enfermeiras graduadas na Unicamp [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 1997.

NUNES ED. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. Saúde e Sociedade 1994; 3(2): 05-21.

PAIM JS, ALMEIDA FILHO N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. Rev Saúde Pública 1998; 32(4):299-316.

PAIXÃO W. História de enfermagem: 5ª ed. Ed Júlio C. Reis; 1979.138p.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. PNUD [acesso em 02 de dez de 2006]. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M91%20000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M91%20000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm)

PIMENTA AL. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. Saúde e Sociedade 1993; 2:25-40.

PIRES D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem Ed Cortez; 1989. 156p.

PIRES FILHO FM. O que é saúde pública?. Cad Saúde Pública 1987; 3:62-70.

REIS PO. Análise do programa de vacinação de idosos no município de Campinas, SP [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

QUEIROZ MS. O desenvolvimento da municipalização dos serviços de saúde em Campinas. Rev Adm Pública 1994; 53(2):251-263.

QUEIROZ VM, SALUM MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva. In: 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996, São Paulo, Brasil. São Paulo; 1996, p.347.

RANGEL EML. Conhecimento, práticas e fontes de informação de enfermeiros de um hospital sobre a prevenção e tratamento de úlcera de pressão [Dissertação].Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004

RIZOTTO M LF. História da enfermagem e sua relação com a saúde pública 1999; Ed. AB; 1999. 112p.

ROCHA SMM, ALMEIDA MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latino-am Enfermagem 2000; 8(6):96-101.

SILVA EMS, NOZAWA M, SILVA JC, CARMONA SAMLD. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4): 989-998.

SPAGNOL CA. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1):119-127.

STEAGALL-GOMES DL. Identificação do enfermeiro de saúde pública na força de trabalho de enfermagem de saúde pública no Departamento Regional de Saúde-6 de Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública* 1990; 24(3):224-231.

TAKEMOTO MLS. O trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde e a proposta de mudança do modelo de atenção à saúde no Município de Campinas – SP. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

TRIVIÑOS ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: Ed. Atlas; 1995. 175p.

VIEIRA ALS, OLIVEIRA ES. A equipe de enfermagem no mercado de trabalho em saúde do Brasil. *Saúde em Debate* 2001; 25(57):63-70.

VILLA TCS. A enfermeira nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo (1967 – 1983) [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1992.

VILLA TCS, MISHIMA SM, ROCHA SMM. A enfermagem nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo. In: Almeida MCP, Rocha SMM, orgs. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997. p.27-60.

VILLA TCS, PALHA PF, MUNIZ, JN, CARDOZO-GONZALES RI, NETO JMP, ASSIS MMA. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território – Secretaria Municipal de Saúde – Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(1):21-27.

ZUZA EG. Isto não é uma pesquisa – ação: margeando o imprevisível [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas.



## ***7. ANEXO***

CEP, 06/03/06.  
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 787/2005  
CAAE: 1718.0.146.000-05

## I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PERFIL E PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINAS - SP”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marcelle Regina Silva Benetti

INSTITUIÇÃO: Distritos de Saúde do Município de Campinas

APRESENTAÇÃO AO CEP: 07/12/05

## II - OBJETIVOS

Analisar o perfil profissional e as práticas de enfermeiras da rede básica de Campinas no atual contexto de desenvolvimento do SUS no município, identificando relações entre o perfil e as práticas; sistematizando dados de fontes documentais sobre as competências específicas da enfermeira na Secretaria de Saúde do Município, comparando as práticas relatadas com aquelas propostas, previstas e/ou recomendadas.

## III - SUMÁRIO

Estudo investigará 167 enfermeiras de equipes de 47 centros de saúde através de entrevistas e pesquisa de documentos oficiais sobre competências e atribuições das enfermeiras.

## IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de estudo de tipo transversal sem proposta de intervenção de qualquer tipo, baseado em entrevistas individuais de profissionais enfermeiros da rede municipal, de forma voluntária, garantindo-se o sigilo das informações. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado aos propósitos de tipo e estudo.

## V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de janeiro de 2006.

  
**Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP



## *8. APÊNDICES*

## Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ estou devidamente informado (a) e concordo em participar livre e espontaneamente da pesquisa intitulada PERFIL PROFISSIONAL E PRÁTICAS ENFERMEIRAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINAS proposta pelas pesquisadoras Dalvani Marques, Marcelle Regina Silva Benetti e Márcia Regina Nozawa, que tem por objetivo caracterizar e analisar o trabalho desenvolvido por enfermeiros da rede municipal de saúde de Campinas, SP. Para cumprir tais objetivos, estou ciente, concordo em conceder entrevista e responder o questionário da pesquisa. Tenho a garantia de que a minha participação na pesquisa não acarretará quaisquer ônus ou prejuízos pessoais, e estou ciente de que tenho plena liberdade de desistir dela se assim me for conveniente. Para esclarecer quaisquer dúvidas tenho à disposição o contato com as pesquisadoras pelos telefones: (19) 3788-8820 ou 3788-8822, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp, pelo telefone: (19) 3788-8936.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Pesquisadoras:

Dalvani Marques

Débora Regina Steves (auxiliar de pesquisa)

Haira Caverzan (auxiliar de pesquisa)

Marcelle Regina Silva Benetti

Márcia Regina Nozawa

Rafaela Carvalho Rodrigues

## Apêndice 2 – Formulário para Coleta de Dados

Data entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº identificação:

### 1 – Identificação pessoal:

Nome: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde onde trabalha: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento:    /    /                      Idade em anos: \_\_\_\_\_                      Sexo: Fem.    Masc.

Naturalidade: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_                      Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_                      CEP: \_\_\_\_\_                      Fone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Estado civil:

Solteira (o)      Casada (o)      Viúva (o)      Desquitada (o)      União cons.      Separada (o)  
 Divorciada (o)      Outro

Tem filhos? Não      Sim. Quantos? \_\_\_\_                      Recebe pensão? Não      Sim

Filhos moram com quem?

### 2 - Formação Profissional:

Concluiu curso de auxiliar de enfermagem?                      Não                      Sim

Concluiu curso de técnico de enfermagem?                      Não                      Sim

Trabalhou como auxiliar/técnico?                      Não                      Sim                      Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Nome da Instituição na qual concluiu a graduação de enfermagem: \_\_\_\_\_

Pública: federal    estadual    municipal                      Privada

Pagou mensalidade?                      Teve bolsa de estudo?

Ano de conclusão da Graduação de Enfermagem:

Fez outro curso de graduação?                      Não                      Sim Qual? \_\_\_\_\_

Fez alguma pós-graduação?                      Não                      Sim

Habilitação	Qual?	Ano conclusão: _____
Habilitação	Qual?	Ano conclusão: _____
Licenciatura de Enfermagem?		Ano conclusão: _____
Especialização	Qual?	Ano conclusão: _____
Especialização	Qual?	Ano conclusão: _____

Mestrado	Título:	Ano conclusão: _____
Doutorado	Título:	Ano conclusão: _____

### 3 - Participação em entidades sociais e políticas / profissionais:

É sócio da ABEn?	Não	Sim	Sim ou Não, por que?
É sócio de outra associação profissional?	Não	Sim	
Qual?			
É inscrito em sindicato profissional?	Não	Sim	Sim ou Não, por que?
Participa de entidades civis?	Não	Sim	Quais?
É filiado a partido político?	Não	Sim	Sim ou Não, por que?

### 4 – Acesso à informação cultural e profissional

Assina revistas de enfermagem?	Não	Sim		
Sim ou Não, por que?				
Quais?				
Assina revistas da área de saúde?	Não	Sim		
Sim ou Não, por que?				
Quais?				
Assina jornais e revistas em geral?	Não	Sim		
Quais?				
Você lê livros de enfermagem ou da área de saúde?	Não	Sim		
Semanalmente	Mensalmente	Semestralmente	Raramente	
Por que?				
Você lê manuais ou normas técnicas da área de saúde?	Não	Sim		
Semanalmente	Mensalmente	Semestralmente	Raramente	
Por que?				
Você lê jornais?	Não	Sim		
Diariamente	1 X semana	2 ou + X semana	Eventualmente	Raramente
Quais?				
Você participa de eventos profissionais <b>promovidos pela prefeitura?</b> (cursos de atualização/palestras/treinamentos/capacitação/outros)	Não	Sim		
Por que?				
Em quantos eventos participou no último ano?				
Você participou de <b>outros</b> eventos profissionais/científicos? (Congressos, seminários, simpósios, cursos, etc)	Não	Sim		

Por que?			
Em quantos eventos participou nos últimos dois anos?			
Você é membro do Conselho Local de Saúde?		Não	Sim
Se Sim, quem você representa:	Trabalhador	Prestador	Usuário

### 5 – Inserção no Mercado de Trabalho:

Tempo de trabalho como enfermeiro em anos: _____
--

Empregos anteriores:

Saúde Pública	Quantos anos?
Hospitais	Quantos anos?
Enfermagem do Trabalho	Quantos anos?
Escola de Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Quantos anos?
Curso de Graduação	Quantos anos?

Número de empregos atuais como enfermeiro: \_\_\_\_\_

Tipos dos Empregos Atuais:

Saúde Pública	Carga horária semanal?
Hospitais	Carga horária semanal?
Enfermagem do Trabalho	Carga horária semanal?
Escola de Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Carga horária semanal?
Curso de Graduação	Carga horária semanal?

Trabalho atual na SMS:

Onde trabalha?	Tempo de trabalho no atual serviço?		
Números de enfermeiros em sua unidade de trabalho?			
Número da população coberta por sua <b>equipe</b> de trabalho?			
Número da população coberta por sua <b>unidade</b> de trabalho?			
Vínculo empregatício?	Concursado	Contratado: CF P UCC Outro	Cedido
Enquadrado no plano de cargos e salário?	Não		Sim

Renda mensal líquida como enfermeiro na prefeitura (R\$):
Renda mensal líquida dos empregos como enfermeiro (R\$):
Renda mensal líquida familiar (R\$):

### 6 – Sobre o Trabalho na Unidade Básica de Saúde:

Descreva dez atividades que realiza em um dia típico de trabalho (Enumerar a ordem crescente de frequência e importância de 1 a 10)

Frequência	Importância	Atividades

Mostra ao sujeito suas respostas e perguntar:

Gostaria de acrescentar alguma outra atividade?

---

---

---

---

Tem algo a comentar a respeito?

---

---

---

---

---