



Universidade Federal de Minas Gerais  
**Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**

**A representação social do enfermeiro em suas  
ações de assistência, na visão do usuário atendido na  
Atenção Primária a Saúde, no Programa Saúde da  
Família, Capelinha, MG.**

Kênia Janaína Campos Lopes

Teófilo Otoni

2010

Kênia Janaína Campos Lopes

**A representação social do enfermeiro em suas  
ações de assistência, na visão do usuário atendido na  
Atenção Primária a Saúde, no Programa Saúde da  
Família, Capelinha, MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais – Pólo Teófilo Otoni, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Dra Lenice de Castro Mendes Villela

Teófilo Otoni

2010

“Plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores. E você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte, e que pode ir mais longe mesmo depois de pensar que não pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida”.

**(WILLIAM SHAKESPEARE)**

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida na Unidade de Atenção Primária a Saúde Vista Alegre, em Capelinha. Teve como objetivo geral identificar a representação social do enfermeiro para o usuário atendido na Unidade de Atenção Primária a Saúde do bairro Vista Alegre. Como objetivos específicos, analisar e identificar os fatores facilitadores e dificultadores que contribuem para a atuação do enfermeiro na atenção primária a saúde sob a ótica do usuário e ainda identificar a representação social que o enfermeiro tem para com o usuário e quais são suas ações, além da assistência. Participaram 25 pacientes atendidos pelo PSF Vista Alegre, estando estes na faixa etária entre 18 e 60 anos de idade de ambos os sexos, escolhidos aleatoriamente. Os resultados mostraram que, na visão do usuário, a enfermagem, como um todo, exerce papel cuidador, de atendimento as necessidades dos pacientes e dependente das ações médicas. Ainda mostraram que não há distinção clara e coesa a respeito do papel e das atribuições de cada categoria, incluindo auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro. Para o usuário, todos são enfermeiros. Portanto, é preciso insistir na importância de se criar efetivos canais e formas de comunicação entre enfermeiros e usuários, onde este possa perceber através de ações específicas e/ou inespecíficas, qual é seu verdadeiro papel da unidade de saúde, tendo em vista o Programa Saúde da Família.

**Palavras-chave:** representação social, programa saúde da família, usuário, enfermeiro.

## ABSTRACT

This is a qualitative research, developed in the unit of Primary Care Health View Alegre, in Capelinha. Its general objective is to identify the social representation of nurses to the user serviced in the unit of Primary Care Health district View Alegre. As specific objectives, analyze and identify the factors facilitating and hindering that contribute to the performance of the nurse in primary care health from the perspective of the user and also to identify the social representation that the nurse has for the user and which are their actions, in addition to the assistance.

Participated 25 patients treated by the FHP View Alegre, being these aged between 18 and 60 years of age of both sexes, chosen randomly. The results showed that, in view of the user, nursing, as a whole, exercises the role of caregiver, servicing the needs of patients and subordinate to medical actions. Still showed that there is no distinction clear and cohesive in respect of each category, including nursing, nursing technicians and nurses. For the user, all are nurses. Therefore, we must emphasize the importance of creating effective channels and forms of communication between nurses and users, where it can be perceived through actions specific and/or nonspecific, which is its true role of health care unit, in view of the Family Health Program.

**Words- key :** social representation, the family health program, user, nurse.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACD – Auxiliar de Consultório dentário

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

ESF – Equipe de Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS - Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de consultório dentário

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1.</b> | <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>08</b> |
| 1.1       | Justificativa.....  | 09        |
| 1.2       | Objetivos.....  | 10        |
| 1.1.1     | Objetivo geral.....   | 10        |
| 1.2.2     | Objetivos específicos.....  | 10        |
| <br>      |   |           |
| <b>2</b>  | <b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>   | <b>11</b> |
| 2.1       | A enfermagem no Brasil .....  | 11        |
| 2.2       | O nascimento do Programa Saúde da Família no Brasil .....                 | 13        |
| 2.3       | A trajetória do Programa Saúde da Família .....                           | 14        |
| 2.4       | Características e composição do PSF .....                                 | 15        |
| 2.5       | Atribuições dos membros da equipe de saúde da família .....               | 17        |
| 2.6       | Atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes ..... | 17        |
| 2.7       | Atribuições do enfermeiro .....   | 18        |
| 2.8       | Ética na relação enfermeiro paciente .....                                | 19        |
| 2.9       | Atenção primária versus prática humanizada .....                          | 20        |
| 2.10      | As representações sociais e o PSF .....                                   | 21        |
| <br>      |   |           |
| <b>3</b>  | <b>METODOLOGIA.....</b>   | <b>22</b> |
| 3.1       | Tipo de pesquisa.....   | 22        |
| 3.2       | Determinação do cenário e fontes da pesquisa.....                         | 23        |
| 3.3       | Instrumentos e coleta de dados .....                                      | 24        |
| 3.4       | Preceitos éticos .....  | 24        |
| <br>      |   |           |
| <b>4</b>  | <b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>                         | <b>24</b> |
| <br>      |   |           |
| <b>5</b>  | <b>CONCLUSÃO.....</b>   | <b>31</b> |
| <br>      |   |           |
| <b>6</b>  | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>33</b> |
| <br>      |   |           |
|           | <b>APÊNDICE.....</b>  | <b>35</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

É impossível pensar qualquer profissão como se ela fosse descolada do contexto histórico, social, econômico e político no qual suas práticas se desenvolvem. Dessa forma faz-se necessário conhecer a história do nascimento da enfermagem no Brasil, até a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e como se deu a inserção do profissional enfermeiro neste programa.

Geovanini (1995) analisa a história da enfermagem situando as práticas de saúde em períodos históricos sociais que as impactaram e moldaram o perfil de seus agentes.

No século XX, o avanço técnico-científico da medicina aliado aos interesses do capital apressaram a reorganização dos hospitais que passam a desempenhar o importante papel de agentes de manutenção da força de trabalho, mas também, como empresas produtoras de serviços de saúde. Na organização do espaço hospitalar, o profissional médico se tornou figura hegemônica, constituindo-se no principal responsável pelo processo e pelo disciplinamento das práticas hospitalares institucionalizadas, com grandes reflexos sobre a enfermagem. Esta assumiu o lugar de profissão complementar ao ato médico, cumprindo tarefas delegadas, destituídas muitas vezes de autonomia e poder. Por outro lado, no PSF, o profissional enfermeiro, assume sua autonomia e desenvolve suas atividades em parceria com os profissionais da equipe, tendo em vista, a saúde da população. O enfermeiro torna-se um profissional atuante em busca de uma interação com o usuário e população, por meio de um trabalho vivo em um processo humanístico e social, num processo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente, em alguns momentos de falas, escutas e interpretações. Nestes encontros, pode haver produção ou não de acolhimentos, o que dependerá, das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros. MERHY (1995).

Neste contexto, justifica-se o estudo bibliográfico a partir da temática sobre a inserção da enfermagem no Brasil, o surgimento da Atenção Primária a Saúde, a instalação do Programa Saúde da Família e a teoria das representações sociais. A partir destes temas buscam-se subsídios para identificar qual a representação do enfermeiro diante o usuário na atenção primária a saúde.

## 2. JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa se faz importante para entender a relevância do papel do enfermeiro para os usuários da atenção primária a saúde, dentro do Programa Saúde da Família e contribuir com o desenvolvimento da prática profissional e definição de sua função.

Ressalta-se ainda que a produção de tal pesquisa parte dos meus anseios e situações vividas enquanto profissional de enfermagem, na atenção primária a saúde. Situações estas que ocasionaram inquietações, indagações e dúvidas quanto à definição do papel do enfermeiro na visão do usuário a partir de suas ações.

O contato com o paciente na unidade de atenção primária e a vivência neste campo como enfermeira da família, instigou-me a promover a execução deste trabalho de forma a buscar entender como se dá à concepção da função do enfermeiro sob a ótica do usuário.

Ainda a partir de tal estudo, espera-se identificar se há ou não preparo do enfermeiro diante das situações enfrentadas para efetivar sua atuação.

Tradicionalmente composta por dimensões múltiplas, a imagem da enfermagem e do enfermeiro há muito tem sido estudada, mostrando-se as divergências entre o que se deseja e o que se é: ou seja, a imagem esperada, buscada e aceita que identifica a enfermagem, através de conflitos de dever-ser e do que se é. Não há uma imagem coesa, e sim, múltiplas imagens refletidas, divergentes ou confluentes, aceitas ou negadas, compondo, como num vitral, as diversas identificações de enfermagem e enfermeiro”. (NETTO et al, 2002, p.255)

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar a representação social do enfermeiro e suas ações de assistência, na visão do usuário atendido na Atenção Primária a Saúde, no Programa Saúde da Família, no município de Capelinha.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar entre as atividades do enfermeiro aquelas que não são relacionadas às prescrições e condutas complementares ao ato médico, de acordo com relato dos usuários.
  - Identificar a representação social que o enfermeiro tem para com o usuário e quais são suas ações, além da assistência.
- .

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A Enfermagem no Brasil

Historicamente, sabe-se que a organização da enfermagem na sociedade brasileira está intimamente ligada à colonização portuguesa. Segundo Alves (1987) o mercado e condições de trabalho da enfermagem, no Brasil podem ser divididos em quatro períodos históricos, ou seja, de 1889 a 1930, de 1930 a 1945, de 1945 a 1964 e após 1964.

O primeiro período, conhecido como “República Velha”, começa sem qualquer política específica para o setor saúde, embora existisse interesse do governo por uma ou outra doença.

Daher (1995) lembra que em 1890 dá-se o início oficial do ensino da enfermagem no Brasil. O decreto 791/1890 institui a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO. Em março de 1916 é fundada a Escola Prática de Enfermeiros da Cruz Vermelha, filial Rio de Janeiro. Em 1923, nasce a primeira Escola de Enfermagem Anna Nery influenciada pelo *modelo Nightingaliano* do ensino da enfermagem, o qual subsidia toda uma nova forma de fazer e de ensinar enfermagem, caracterizada por um rígido controle moral, exercida por mulheres jovens, predominantemente, no espaço hospitalar e obedecendo aos princípios da organização capitalista do trabalho, além dos princípios técnicos, científicos e éticos.

Conforme Fernandes (1985), a influência americana teve seu marco no Brasil com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) pelo Decreto 15.799 de 10/11/1922. No entanto, começou a funcionar em 19 de fevereiro de 1923 e passou a denominar-se Escola de Enfermeiras D. Anna Nery. Escola essa que se propunha formar profissionais com vistas à melhoria das condições sanitárias da população, proposta inovadora que determinou a enfermagem moderna. Nessa época o Estado coordena os primeiros traços para uma política de saúde, influenciada pelo marcante médico sanitário Carlos Chagas.

O segundo período histórico 1930 a 1945, marcado por significativas mudanças estruturais, a partir do fortalecimento econômico da nova burguesia industrial, o que afetou tanto os meios de produção de bens e prestação de serviços, como o perfil da organização da sociedade. Nesta época, a partir de 1940 são criados os hospitais-escola em diversos estados, sendo o Hospital das Clínicas de São Paulo o pioneiro. Inicia um novo ciclo de migração dos

enfermeiros da área preventiva para a curativa, para garantir aos interesses dos grupos econômicos e às exigências do mercado de trabalho.

Alves (1987) interpreta o período de 1945 a 1964 como terceiro período histórico, com o crescimento do ensino de enfermagem para atender a demanda do mercado, isto é, a política de privatização. Chama a atenção para o fato, em 1957, das 34 escolas de enfermagem brasileiras existentes, apenas 13 eram vinculadas ao poder público, enquanto 21 pertenciam ao segmento privado. O mais curioso foi constatar que a Igreja assumiu com ênfase esse espaço, o que de certa forma, explicava, ou melhor, até justificava o nível de alienação político-social dos enfermeiros no mercado de trabalho, pois das 34 escolas, 19 eram dirigidas por religiosas e 15 por enfermeiras leigas.

A autoritária política de formação profissional, adotada pelas instituições em todos os seus níveis foi influenciada por dois fatores importantes: a) pela crença de enfermeiras que apregoavam uma conduta ética até certo ponto tendenciosa quanto à “suposta” superioridade do saber e do poder médico nos ambientes hospitalares. b) pelo pretenso perfil sacerdotal da política religiosa que tentava incutir na mente dos estudantes de Enfermagem que o exercício da profissão deveria ser encarado como atividade de devoção. Essas influências não foram nada propícias para o desenvolvimento de um nível de conscientização sócio-política e de mobilização para que a classe pudesse reivindicar melhores salários e condições de trabalho. (ALVES, 1987)

Neste sentido, Alves (1987) relata que o último período histórico, pós 1964, o modelo desenvolvimentista impulsiona a formulação de políticas de saúde, todas voltadas para incentivar e privilegiar a medicina curativista, hospitalar e privada. Segundo Silva (1987) neste modelo, ocorreu um decrescente nível qualitativo no serviço de enfermagem, medida tomada pelo empresariado como forma de redução de custos, devido à expressiva absorção de profissionais com menor qualificação, disponíveis no mercado de trabalho.

A ampliação da rede hospitalar requereu a criação de novas escolas de enfermagem, assim como a criação dos programas de treinamento em serviço para os chamados práticos de enfermagem. A formação do enfermeiro prioriza as atividades de gerenciamento e suas ações tornam-se, administrativas ou educativas, atendendo fielmente à proposta do *modelo Nightingaliano* onde o cuidado ao paciente passa a ser delegado aos auxiliares e práticos.

Conforme Geovanini (1995), muitas foram as contribuições que a Escola Anna Nery trouxe para a Enfermagem no Brasil, contudo, os profissionais de enfermagem não desfrutaram de grandes conquistas. Os movimentos profissionais dos enfermeiros, com organização de

classe, foram incipientes para reivindicar os seus direitos e definir adequadamente o perfil do enfermeiro no mercado de trabalho. Neste contexto tem-se um grupo de classe que ainda atende pacificamente aos interesses das classes dominantes.

### **3.2 O Nascimento do Programa Saúde da Família no Brasil**

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) surge em decorrência das experiências desenvolvidas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991.

Naquela época, propunha-se uma reforma da rede básica de saúde com a intenção de aumentar a acessibilidade do usuário ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção à saúde. (BRASIL, 2010.a)

Em 1994, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010. b), propõe o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva.

O Programa Saúde da Família (PSF), é uma proposta definida pelo governo federal aos municípios para implementar e organizar a atenção primária. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais na assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, como estratégia da saúde da família, vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma, que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças com enfoque na atenção integral à população. Estes pressupostos são capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado. (BRASIL, 2010. b)

Tendo em vista a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Primária no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus princípios fundamentais, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. (BRASIL, 2007a )

Como conseqüência de um processo de des-hospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas, fora do ambiente hospitalar.

### **3.2.1 A trajetória do Programa Saúde da Família**

Referente a trajetória do Programa Saúde da Família, na década de 1970, várias experiências de projetos comunitários se destacaram neste período, tendo em vista a participação da comunidade. Como exemplo tem-se o Projeto de Saúde Comunitária da Unidade São José do Murialdo da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul com o Projeto Voluntários de Saúde pessoas da saúde atuando junto à equipe de saúde comunitária do Murialdo. ( BRASIL, 2010b)

Em 1976, com a criação do PIASS (Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento) iniciou os primeiros programas de Residência Médica na área de Saúde Comunitária, Medicina Integral e Medicina Comunitária.

Na década de 80 o Ministério da Saúde iniciou a experiência com auxiliares de saúde e cerca de 10 anos após, em 1991, criou oficialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde ( BRASIL, 2010 a).

Em 1994 até o ano de 1996, houve a realização do estudo Avaliação Qualitativa do PACS, a criação do Programa Saúde da Família e da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) para definição de um novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde (BRASIL, 2010c) .

Um ano após, foi lançado o Reforsus, um projeto de financiamento para impulsionar a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos

Humanos para Saúde da Família, com a publicação de um segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino. Nesta época, o PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridade da Política de Saúde, com publicação da Portaria MS/GM nº. 1882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB) e da portaria MS/GM nº. 1886, com as normais de funcionamento do PSF e do PACS. (BRASIL, 2010b)

Em 1998 o PSF passa a ser considerado como uma estratégia estruturante da organização do SUS e inicia-se a transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Em 1999, realiza-se o Primeiro Pacto da Atenção Básica que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional. Em 2000 foi criado o Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família. (BRASIL, 2007a)

Ainda na série histórica, no ano de 2001, houve então a edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS/01” com ênfase na qualificação da atenção básica. Incorpora-se nesta época o apoio à entrega de medicamentos básicos às Equipe de Saúde da Família (ESF) e as ações de saúde bucal ao PSF. (BRASIL, 2010d)

O ano de 2006 é considerado como a expansão do PSF, o Programa se consolida como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e primeiro nível da atenção à saúde no SUS. (BRASIL, 2007a)

### **3.2.2 Características e composição do PSF**

De acordo com a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b) além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária ficou definido as características e composição do PSF, conforme os itens abaixo

- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

- Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Baseado nesta mesma portaria, expedida pelo Ministério da Saúde, foi estabelecido que para a implantação das Equipes de Saúde da Família deve existir, entre outros quesitos, uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000. A equipe básica composta por minimamente médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde e devem ter uma jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes. Inúmeras cidades brasileiras contratam outros profissionais como farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros para aderirem ao PSF.

### **3.2.3 Atribuições dos membros da Equipe de Saúde da Família**

As atribuições dos profissionais pertencentes à Equipe ficaram estabelecidos também pela Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, (BRASIL, 2007b), podem ser complementadas pela gestão local.

#### **3.2.3.1 Atribuições comuns a todos os Profissionais que integram as equipes**

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Primária;
- Participar das atividades de educação permanente; e
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

### **3.2.3.2 De acordo com Brasil (2007b) compete ao Enfermeiro do PSF**

- Realizar assistência integral, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, escolas, associações, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade, durante o tempo e frequência necessários de acordo com as necessidades de cada paciente;
- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprova a Resolução n.º 195, de 18/02/97, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; (COFEN, 1997)
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF.

### 3.3 Ética na relação enfermeiro paciente

No contexto do trabalho do enfermeiro, a ética está inserida na relação enfermeiro e paciente, a partir de suas práticas no cotidiano na atenção primária a saúde, no contexto do Programa Saúde da Família.

A bioética surgiu como uma síntese de conhecimento e ação multidisciplinar para responder aos problemas morais no vasto campo da vida e da área da saúde. De um lado, trata-se de ter os fundamentos filosóficos, teóricos e metodológicos que podem unir abordagens normativas da medicina, o direito, a tecnologia e outros campos do conhecimento, com a opinião da comunidade sobre essas questões. De outro, julgamentos profissionais e decisões em problemas clínicos sobre questões particulares são distintos daquelas abordagens que levam ao compromisso das instituições e, portanto, de outros grupos da sociedade em sua globalidade. (TEALDI apud SELLI, 2003, p. 60)

A ação dos indivíduos, em sua vida cotidiana, é orientada por regras externas ou representações coletivas que traduzem a maneira como se pensa e suas relações com os objetos que os afetam: crenças, valores, sentimentos, dentre outros.

A ética está inserida na relação enfermeiro versus paciente, partindo do princípio que a relação se estabelece na prática do cuidado e ações assistencialistas. Um doa e outro recebe e nessa troca, se estabelece uma relação onde um terá a percepção do trabalho do outro a partir das ações evidenciadas.

Poucos são aqueles que ainda não tiveram um contato com uma unidade de atenção primária a saúde. Assim, como exemplo, pode ser citado, o tratamento que o paciente recebe ao chegar à unidade de atenção primária até o momento da realização de sua consulta. Neste processo, consegue-se identificar claramente o respeito a seus valores, crenças, medos, anseios e dúvidas sobre o que está acontecendo, o que está por vir? Pode-se assim refletir sobre os princípios bioéticos e refletir se há ou não a presença deles na relação citada dentro do ambiente da atenção primária a saúde.

Segundo Selli (2003) beneficência é “fazer o bem”, não causar dano. Autonomia é capacidade de decidir por si mesmo nas questões que dizem respeito a si próprio como indivíduo, e justiça é o tratamento mais racional que a sociedade deve dirigir a determinados indivíduos ou grupos em função de seus graus de carência. Dessa forma, entende-se que a

bioética pode auxiliar na humanização e personalização dos serviços de saúde, bem como promover os direitos dos pacientes e despertar para seus deveres e dos profissionais envolvidos.

### **3.4 Atenção primária versus busca da prática humanizada**

Atualmente há uma busca constante da prática humanizada, tema constante nas discussões e ações dos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, cuja função não se limita ao cuidar, mas nas inúmeras outras tarefas diárias. Por este motivo, entende-se a necessidade de relatar essa prática na unidade de atenção primária, no PSF, visto que a representação provém de uma troca, através do conceito e da percepção de um para com o outro.

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS foi formulada a partir da sistematização de experiências do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010d). Nesta proposta, há o comprometimento dos estados, municípios e serviços de saúde na implantação e implementação de práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública.

O Humaniza SUS tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Nesta perspectiva, o conceito de humanização vincula-se a um conjunto de condições e relações que se estabelecem no processo de trabalho e atendimento em saúde.

Segundo Jakobi (2010), o termo "humanização" não coincide com as práticas adotadas durante o atendimento ao paciente, nem com a gentileza e compreensão demonstrada, mas uma nova visão do atendimento ao paciente, que "humaniza" no sentido de buscar conhecer o ser humano em sua totalidade.

É fato que o usuário preza a melhoria do acesso e presteza no atendimento. Vê-se hoje a busca contínua de avanço no atendimento humanizado nos serviços de Atenção Primária a Saúde. E dessa forma, criam-se mecanismos para captar a voz de todos os envolvidos e ampliar os espaços de comunicação e diálogo entre os vários profissionais da atenção primária e entre estes e os usuários.

### 3.5 As representações sociais e o PSF

De acordo com os estudos de Spink (1993), a teoria das representações sociais tem como papel detectar os valores fundamentais para a compreensão do comportamento social e estabelecer um elo entre o observável e registrável, permitindo assim a verbalização das concepções que o indivíduo tem do mundo que o cerca e de suas relações para com o outro.

Ainda conforme Spink (1993), o conceito de representação social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcional, socialmente marcado. As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal.

Moscovici (1987) salienta que o termo representação social engloba os fenômenos presentes no cotidiano dos grupos sociais, tem suas raízes nos conceitos elaborados pelo senso comum, nas interações contínuas e na objetivação realizada por cada grupo e se concretiza num campo específico de conhecimento. A partir dos pressupostos teóricos de Serge Moscovici no contexto da psicologia social.

Representar uma coisa (...) não é com efeito simplesmente duplicá-la repeti-la ou reproduzi-la, é reconstruí-la, retocá-la, modificar-lhe o texto a comunicação que se estabelece que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando no outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de realismo (...). Essas constelações intelectuais uma vez fixadas nos fazem esquecer que são obra nossa, que tiveram um começo e que terão um fim, que sua existência no exterior leva a marca de uma passagem pelo psiquismo individual e social (MOSCOVICI, 1987, p. 63)

As representações são construídas a partir das articulações e combinações em diferentes questões, objetos e idéias que são formuladas segundo uma lógica própria, dentro de uma estrutura globalizante de implicações, para a qual são fundamentais informações e julgamentos do grupo, seu modelo de comportamento e as experiências pessoais e grupais.

Para o usuário que procura o Programa Saúde da Família e que desconhecer aquele(s) que se responsabilizará por ele ou até mesmo desconhece o que o programa preconiza, poderá sofrer uma repentina ruptura com seu cotidiano. Em alguns casos, pode haver uma breve experimentação de um desfazer de suas certezas e identidades, quando o usuário busca neste serviço de saúde a “solução” e ou atendimento de sua demanda.

Para o enfermeiro, a representação social é uma questão que adquire um destaque cada vez maior, visto a relevância de sua função para os usuários no Programa Saúde da Família. Dessa forma, entende-se que o usuário e o profissional de enfermagem buscam restabelecer o elo entre este sujeito e a vida, com a adoção de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade.

Conforme Geovanini, (1995) cabe ao enfermeiro uma atuação bem maior do que a assistência propriamente dita e a ampliação desse leque de atividades determina sua representação e inclusive a qualidade das ações desenvolvidas por outros profissionais da equipe de saúde.

Assim, a partir do estudo, percebe-se que o surgimento da enfermagem no Brasil e o surgimento da atenção primária a saúde, no contexto do Programa Saúde da Família, estão intimamente ligados e dessa forma, nos remetem a necessidade de identificar a representação que o enfermeiro tem para o usuário visto que o programa salienta a imagem de grande empregador de enfermeiros.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Este estudo propôs uma investigação de campo do tipo descritivo exploratório com abordagem qualitativa e uma pesquisa bibliográfica. Inicialmente, realizou-se a pesquisa bibliográfica que possibilitou a busca de trabalhos e obras de diversos autores que fomentaram o **tema**. A seleção do material e artigos científicos ocorreu no período de dezembro de 2009 a janeiro de 2010. Esse método apresenta uma fonte indispensável de informações, que pode orientar as indagações, além de atualizar os debates acerca do problema, quais trabalhos foram realizados a respeito e quais são as opiniões reinantes sobre o assunto. A investigação do campo foi realizada a partir da observação dos usuários que frequentemente procuravam o atendimento no PSF e de entrevista semi-estruturada direcionada às funções específicas do profissional enfermeiro. Para o estudo foram escolhidos aleatoriamente 25 usuários, não identificados e que

possuíam facilidade de acesso, homens e mulheres, na faixa etária de 18 a 60 anos. Os usuários foram abordados durante a espera pelo atendimento, na recepção da unidade e durante a realização da consulta de enfermagem.

De acordo com os estudos de Minayo (2003) a pesquisa qualitativa evoluiu das ciências comportamental e social, como um método e a sua importância se dá por trabalhar com seres humanos, sujeitos do estudo, pertencentes a um determinado grupo social, dotados de valores, atitudes e crenças.

Segundo Marconi e Lakatos (1998) pesquisa de campo é aquela utilizada como o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.

Pesquisa é um “procedimento reflexivo, sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento”, constituindo, portanto, em caminho para se conhecer a realidade, descobrir verdades parciais, encontrar respostas para as questões propostas e tentar explicar os fenômenos existenciais, mediante a aplicação de um método científico. (MARCONI & LAKATOS, 1998, p. 17)

## **4.2 Determinação do cenário e fontes da pesquisa**

O trabalho foi desenvolvido no Programa Saúde da Família (PSF) Vista Alegre, localizado a Rua Topázio nº 71- Bairro Vista Alegre, situado na zona urbana do município de Capelinha/MG, que compõe um dos dez (10) PSF do município. Sua equipe é composta por 1 (uma) enfermeira, 1 (um) médico generalista, 7 (sete) agentes comunitários de saúde, 2 (duas) técnicas de enfermagem, 1(um) recepcionista e 1(um) auxiliar de serviços gerais.

### **4.3 Instrumentos de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada a partir da elaboração de um roteiro com 08 (oito) perguntas, tendo como referência a história da enfermagem no Brasil, a titulação do profissional da enfermagem, atuação do enfermeiro no Programa Saúde da Família e a representação do enfermeiro sob a ótica do usuário. As questões foram testadas anteriormente em 05 (cinco) usuários da atenção primária a saúde, no Programa Saúde da Família Vista Alegre no dia 09/04/2010 e após avaliação, foram realizados os ajustes e mudanças necessárias e definido o formato final. O tempo médio gasto para apresentação, leitura e registro das respostas foi de aproximadamente 15 minutos com cada usuário. O sigilo e o anonimato foram garantidos e assumidos como um compromisso ético, cumprindo os preceitos da Resolução 196/96.

O trabalho foi realizado com a presença do pesquisador em campo em horários pré-estabelecidos, de acordo com a permissão da secretaria municipal de saúde.

### **4.3 Preceitos éticos**

Este estudo cumpriu os preceitos éticos definidos através da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002). O projeto foi submetido à aprovação da Secretária Municipal de Saúde em 16/03/2010.

## **5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS**

Os resultados foram agrupados por meio de categorias discursivas, organizadas em tópicos, para possibilitar a análise a partir da literatura e reflexão sobre os achados. Entre os vinte e cinco entrevistados, dez usuários (40%) possuíam entre 18 e 25 anos que representam os adultos jovens. Os quinze restantes (60%) possuíam entre 25 anos a 49 anos, ou seja, os adultos. O grupo de indivíduos na faixa etária acima de 49 anos foi considerado ignorado por não participarem da pesquisa. Apenas um usuário, o que representa 4% dos usuários entrevistados, teve seu 2º contato com a unidade, o restante, ou seja, 96% dos usuários responderam ter tido vários contatos com a Unidade de Saúde.

Os tópicos a seguir, apresentam as devidas considerações e relatos dos usuários.

### **Tópico 1 – A práxis do enfermeiro no processo saúde-doença no âmbito da atenção primária – Programa Saúde da Família, tendo em vista a História da Enfermagem**

Verificou-se a partir dessa abordagem a função do enfermeiro na ótica do usuário está representado como uma figura promotora do cuidado e protetora do “enfermo”. De acordo com o relato dos usuários, o enfermeiro é responsável por fazer acolhimento ao paciente, verificar sinais vitais e prestar atendimento ao usuário na ausência do médico. Além de serem responsáveis pelos curativos, exceto cirurgias, administram vacinas e auxiliam o médico nos procedimentos e consultas.

Segundo os usuários, há necessidade da presença diária dos enfermeiros na unidade de atenção primária e estes são os responsáveis, principalmente, por prestar atendimento ao paciente na ausência do médico ou quando este não der “conta”. O enfermeiro detém, conforme relato um conhecimento suficiente para tal. No entanto, apenas não têm ainda o domínio e conhecimento para medicar (respaldado no protocolo clínico) pois deveriam fazê-lo somente na certeza da prescrição.

Segundo ainda os usuários, os enfermeiros têm o papel de cuidador e disponibilizador de amor e carinho, citaram que sem o enfermeiro o atendimento e rotina na unidade não seriam os mesmos.

“Eles olham se está tudo correndo bem. Visitam mais o paciente em casa do que o médico”; “Direto nós procuramos o posto e na ausência do médico o enfermeiro pode ajudar”;

“Enfermeiro pode medicar a gente, mas só se tiver certeza”; “Dão assistência para nós usuários e o que não estiver ao seu alcance, chamam o médico”; “O enfermeiro tem entendimento e tem que consultar, pois prefiro consultar com ele”.

Quando analisados tais relatos, percebe-se, através de nossa vivência como enfermeiros da atenção primária a saúde, Programa Saúde da Família e pela ótica do usuário, como esse profissional possui papel de cuidador e por vezes, dependente às ações médicas. Como o usuário ainda não tem discernimento sobre a atuação do técnico de enfermagem e do enfermeiro na unidade de atenção primária a saúde, PSF, o que foi observado, no momento quando se questionou a importância da presença do enfermeiro e sua função na unidade.

Esta realidade pode ser justificada pela História da enfermagem no Brasil e como a profissão se inseriu e se organizou na sociedade. O ensino da enfermagem foi influenciado por

um *modelo Nightingaliano*, modelo este que caracteriza a enfermagem com uma atuação técnica e predominantemente no ambiente hospitalar, o que traz arraigado um modelo complementar ao ato médico e de auxílio a este.

Ainda no início da inserção do profissional enfermeiro no mercado de trabalho, a enfermagem como profissão se consolida num momento onde a categoria deveria atender a demanda do mercado, ou seja, a política de privatização, o que pode ser explicado pelo fato da maior parte das escolas de enfermagem no país ser dirigidas por religiosas e enfermeiras leigas.

Assim, entende-se que a visão do usuário onde o enfermeiro tem por vezes condutas complementares ao médico e fonte promotora de cuidados provém de uma conjuntura histórica e do nível de alienação da política-social dos enfermeiros, determinados pelas escolas daquela época, que “instigavam” nestes a crença de uma suposta superioridade do saber médico. Por outro lado, a enfermagem deveria ser e ter um exercício contínuo de devoção, conforme perfil sacerdotal da política religiosa das escolas regidas por estas. (ALVES,1987).

## **Tópico 2 – O preparo e formação do enfermeiro diante das situações enfrentadas, para efetivação de sua atuação no ambiente do Programa Saúde da Família tendo em vista sua titulação e atuação.**

Identificou-se com esta abordagem, como o enfermeiro se efetiva a partir de sua atuação na unidade de atenção primária a saúde, na visão do usuário

Quando questionados sobre a representação do enfermeiro no PSF, nesse momento é citado o termo “coordenador”, disseram que este é o chefe, faz tudo o que estiver ao seu alcance e quando não é possível, chamam o médico. Os enfermeiros são responsáveis pela unidade de saúde, cuidam do paciente e realizam consultas. Ajudam os médicos quando a demanda é alta, zelam pelo bem estar do paciente, coordenam e supervisionam toda a equipe. Ainda segundo os usuários, o enfermeiro estudou e é mais capacitado que o técnico de enfermagem, por isso supervisiona a equipe. Na visão dos usuários, quando perguntados sobre quais profissionais fizeram curso superior, 52% responderam que o enfermeiro estudou mais e fez faculdade.

Principais falas referentes ao enfermeiro: “Supervisionam”; “É o responsável pela unidade de saúde”; “Cuidam da gente com amor e carinho”; “São eles que atendem a gente quando precisamos”; “Eles ajudam o médico quando ele precisar”; “Porque tem que ter os

enfermeiros pra ajudar os médicos. Os enfermeiros têm que especializar e estudar mais pra medicar a gente”.

As falas dos pacientes reafirmam a percepção identificada neste estudo que o usuário tem quanto à função do enfermeiro de promotor do cuidado e por vezes complementar as ações médicas na unidade, conforme citado acima. Ainda evidenciam que para o usuário, o enfermeiro não tem ainda o preparo necessário para atuar de forma efetiva e eficaz diante de situações problema. Neste caso, conforme leitura dos usuários, o enfermeiro está numa condição inferior ao médico, considerando que a maior parte dos usuários entrevistados respondeu que a importância do enfermeiro na unidade, diariamente, se faz pelo fato de poder ajudar o médico, quando necessário e realizar as consultas na sua ausência do mesmo.

### **Tópico 3 – Área de composição e representação, Atenção Primária de Saúde - PSF**

Esta abordagem permitiu entender como o usuário percebe no ambiente da atenção primária o “habitat natural médico” e como sua atuação pode não favorecer a formação de sua real representação. Tal entendimento inicia-se a partir do momento em que o usuário vê a unidade de atenção primária como um grande empregador de enfermeiros e entende que este é o local de promover suas ações prioritariamente complementares as do médico. Cabe aqui ressaltar que na APS, a permanência do enfermeiro e de sua equipe é constante, contudo não aparece de forma clara para o usuário suas atribuições específicas, sendo para ele, todos aqueles que prestam atendimento com perfil de cuidador, é o enfermeiro da unidade.

Conforme relato dos pacientes, o enfermeiro, o qual cita ser o “chefe”, é aquele que cuida do paciente e o orienta. Coordena, administra e supervisiona toda a equipe de enfermagem e é um profissional mais capacitado e estudado quando comparado com o auxiliar e/ou técnico de enfermagem. Achavam que o trabalho do enfermeiro é indispensável na unidade de atenção primária a saúde em função da insuficiência de atendimentos médicos e por vezes, se faz necessário para cobrir a ausência deste profissional na unidade. Ainda sob essa perspectiva, a maior parte dos usuários disse que a presença do enfermeiro na APS é importante, mas não souberam identificar de forma concisa e concreta, quais são as reais atribuições no Programa Saúde da Família.

Quando questionados se sabiam identificar o enfermeiro e suas atribuições na APS, o usuário soube identificá-lo apenas quando o entrevistador citou o termo “enfermeiro chefe”.

Os pacientes afirmam também que o médico, detém um papel de maior autonomia e conhecimento, enquanto o enfermeiro deve ter ações complementares.

“Coordenar e supervisionar todo o pessoal da enfermagem é papel do enfermeiro chefe dentro de um posto”; “Ah, pra mim enfermeiro é tudo a mesma coisa”; “Porque como o enfermeiro chefe é quem supervisiona toda a equipe, ele tem que acompanhar esse trabalho de perto”; “Os casos de urgência o enfermeiro pode ajudar o médico a resolver, daí a gente não precisa ir pro hospital”; “Porque não tem consulta médica suficiente pra todo mundo. Aí, acho que precisa do enfermeiro atender”; “Sei que o enfermeiro chefe é o responsável, mas sinceramente não sei o que ele faz não”; “Ele (enfermeiro) olha tudo; o que está certo e errado. Leva as informações para o chefe dele, que acho que é outro profissional”; “A gente às vezes quer falar com o médico, mas ele nem sempre ta aqui. Aí a gente pede pro enfermeiro dar uma “olhada”... aí ele resolve”.

A partir dos relatos, faz-se aqui, um paralelo entre o nascimento da enfermagem no Brasil e a inserção do profissional enfermeiro no PSF. Assim, compreende-se a percepção e a construção que o usuário ainda faz de que enfermeiro é um ser cuidador e ocupa um lugar complementar ao médico, não ocupando-o que lhe é devido, de um profissional de saúde integrante de uma das maiores estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais de assistência.

Aqui, tornou-se visível, o quanto ainda o enfermeiro precisa superar desafios e porque não dizer, aperfeiçoar sua prática assistencial, para consolidar-se como enfermeiro do Programa Saúde da Família.

**Tópico 4 – Concepção do papel do enfermeiro, sob a ótica do usuário, Atenção Primária a Saúde, Programa Saúde da Família Vista Alegre considerando a representação social do enfermeiro sob a visão do usuário**

Este tópico permitiu entender como a teoria das representações sociais e o conceito de representação social, explica a visão e a construção da imagem que o usuário ainda promove do enfermeiro na unidade de atenção primária a saúde.

De acordo com esta teoria para se compreender como se dá a construção de uma imagem ou papel do profissional, deve-se detectar os valores fundamentais do comportamento social e estabelecer um elo entre o observável e registrável, para permitir a verbalização das concepções que o indivíduo tem do mundo que o cerca e de suas relações para com o outro.

A práxis do enfermeiro, usualmente a sabemos, através das experiências vividas, que a prática de enfermagem deve ser voltada a uma preocupação para a ação de assistência à saúde do indivíduo. Dessa forma, o usuário acaba por determinar a representação do enfermeiro, a partir das atividades e ações por ele vistas ou vividas. Assim, buscou-se aqui, através dos relatos dos usuários, identificar como se dá essa relação enfermeiro versus paciente, retratar a realidade e denominar a pessoa a partir de suas ações e características.

“O enfermeiro dá a assistência ao paciente e o que não está ao seu alcance, ele chama o médico”; “Enfermeiro é o chefe”; “O enfermeiro cuida da gente com tanto carinho. Fica ouvindo nossos problemas”; “Às vezes a gente até chora e o enfermeiro fica consolando a gente”; “Enfermeiro olha a pressão da gente, faz vacina, pesa”; “Ah, pra mim todo mundo é igual. Só sei que o médico tem que atender a gente”; “Tem que ter enfermeiro aqui todo dia porque é muita gente pro médico atender sozinho”; “Enfermeiro é quase igual ao médico. Atende quase tudo”.

Todos os relatos dos usuários evidenciam a figura que o enfermeiro transmite de fonte inesgotável de cuidados e amor e importância, hora por suas próprias ações, hora pela própria conjuntura histórica ou pelo cenário no qual está inserido. No entanto, sob a ótica do usuário, o enfermeiro ‘aparece como figura complementar ao médico.

Os relatos mostraram ainda como o papel do auxiliar e ou técnico muitas vezes se confunde com o papel do enfermeiro na instituição, mostrando, muitas vezes, a dificuldade que o usuário tem em discernir as atribuições específicas desses profissionais na atenção primária a saúde, Programa Saúde da Família.

A vivência ainda em campo distinto, quando atuei como enfermeira da atenção secundária em outro município, me permite fazer uma comparação com tal representatividade e

mostra como mesmo estando inseridos em cenários distintos, a representação social do enfermeiro para o usuário se equipara.

Finalmente, diante do exposto, considera-se que na unidade de atenção primária a saúde esses papéis se confundem e torna-se assim cada vez mais urgente, propor estratégias para modificar tal cenário.

## 6. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu concluir que, sob a ótica do usuário, o enfermeiro exerce a função de cuidador e predominantemente complementar às ações médicas, cumpri as atribuições delegadas não tem autonomia e assume o lugar de profissão complementar e sua atuação não se distingue das funções dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Evidencia-se, portanto, um desconhecimento das atribuições de cada categoria e especificamente a do enfermeiro, tendo em vista que é um profissional graduado e que deve exercer uma liderança para a equipe de saúde e para a população. Assim, percebe-se, a imagem que o usuário construiu sobre a enfermagem, o que pode se justificar pela história e inserção da profissão no Brasil, quando, naquela época, devia ser uma contínua atividade de devoção, conceito que permanece até hoje, na população em geral.

A leitura de algumas falas mostra também que o usuário entende a função do enfermeiro, enquanto administrador e gerente de recursos humanos e materiais, o que paulatinamente ocorre quando o enfermeiro gerencia a Unidade de Saúde e se posiciona enquanto em controlar sua equipe de trabalho, mesmo não sendo responsável por estas atribuições. Assim, pode-se concluir que os enfermeiros, enquanto classe tem a representatividade em sua profissão com ênfase no controle, hierarquização, divisão, fragmentação do trabalho, além de ser promotor de cuidados.

Dessa forma, diante do exposto e da vivência no ambiente da atenção primária a saúde e enquanto enfermeira do PSF, não posso furtar-me a fazer aqui um breve comentário sobre o perfil que se espera do enfermeiro, tendo em vista a proposta preconizada pelo Programa Saúde da Família. Conforme preconizado pelo PSF, o enfermeiro deve realizar assistência integral, promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e quando necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, escolas, associações e outros. A assistência engloba todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade durante o tempo e frequencia necessarios de acordo com as necessidades dos indivíduos e famílias. Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) definidas

pela Resolução n.º 195, de 18/02/97, observadas as disposições legais da profissão, o enfermeiro deve realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolo estipulado, cabendo a este ainda planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem.

Atualmente, a Enfermagem como profissão tem buscado a construção do cuidar como seu objeto de trabalho cuja abordagem teórica defende um cuidar planejado, contextualizado e em articulação com as tecnologias disponíveis na contemporaneidade. Para sua efetivação, precisa assumir seu compromisso com a mudança e manifestar na sua prática a transformação assumida no plano do discurso.

O PSF deve se apresentar através de novas práticas de assistência centrada em um novo processo de trabalho, voltados para as necessidades individuais e sociais e não somente para as demandas. Assim, entre as contradições existentes na atuação profissional da Enfermagem a serem superadas, uma das mais complexas e de maior urgência é a que se produz entre o saber e a prática profissional e ela se reflete diretamente nos processos de trabalho.

Assim, o PSF ainda não provocou mudanças efetivas em direção ao que o programa preconiza. Sua proposta é relevante, visto que se busca reestruturar a atenção à saúde, com um olhar contrário ao modelo até então vigente, o hospitalocêntrico. No entanto, é necessário um suporte maior no que se refere à produção de saberes, no sentido de estimular a participação mais reflexiva, tanto dos profissionais envolvidos, quanto da população.

Por fim, é preciso insistir na importância de se criar efetivos canais e estratégias de comunicação entre enfermeiros e usuários, onde este possa perceber por meio de ações específicas e/ou inespecíficas, quais são as atribuições do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALVES, Delvanir de B. **Mercado e condições de trabalho da enfermagem**. Salvador, Gráfica Central, 1987.

BRASIL, Ministério da Saúde **Programa Saúde da Família**. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Programa\\_Saude\\_da\\_Familia](http://pt.wikipedia.org/wiki/Programa_Saude_da_Familia). Acesso em jul. 2010 (a)

BRASIL, Ministério da Saúde **Humaniza SUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/> Acesso em jun. 2010. (b)

BRASIL, Ministério da Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, **PACS**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>. Acesso em mai. 2010 (c).

BRASIL, Ministério da Saúde **NOB 96**. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf> Acesso em mai. 2010. (d)

BRASIL, Ministério da Saúde **Caderno da Política Nacional da Atenção Básica**. 4ª edição, **Portaria nº 648** – p. 9 – 53. 2007 (e)

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica** – 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007(f).

COFEN, Disponível em: [http://www.aphsave.com.br/enfmed/enf/resol\\_195.htm](http://www.aphsave.com.br/enfmed/enf/resol_195.htm) - **Resolução 195** de 1997. Acesso em ago. 2010

FERNANDES, J.D. **“A Enfermagem no Ontem, Hoje, e Amanhã**. Revista Brasileira de Enfermagem. 381(1), jan/mar, Brasília, 1985

GEOVANINI, T. **Historia da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, p. 91,104,165,187.

JAKOBI, **Humanização do atendimento**. Disponível em [www.jakobi.com.br/humanizaçãodoatendimento.sus.htm](http://www.jakobi.com.br/humanizaçãodoatendimento.sus.htm). Acesso em mai. 2010

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 1998. p. 231

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **O singular processo de coordenação dos hospitais.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, RJ, v.27, n.64, p. 110-122, maio/ago.1995

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 269.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da psicanálise.** Rio de Janeiro, Zahar 1987.

NETTO, José T. **Sinais de Contato.** São Paulo, Editora Pensamento, 2002

SELLI, Lucilda. **Bioética na enfermagem.** São Leopoldo: UNISINOS, 2003. p. 46-48, 52-60.

SILVA, Nair F. **A prática da enfermagem na Bahia: Contribuição ao estudo do trabalho dos profissionais de enfermagem de nível superior.** Salvador, Gráfica Central, 1987.

SPINK, Mary Jane P. **As representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1993, p.19 -46, 85 -109

## APÊNDICE A

### Roteiro de pesquisa

| <b>Identificação</b>  |
|---|
| <p><b>Objetivo geral:</b> Identificar a representação social do enfermeiro e suas ações de assistência, na visão do usuário atendido na Atenção Primária a Saúde, no Programa Saúde da Família Vista Alegre, no município de Capelinha.</p> <p>Pós- graduanda : Kênia Janaina Campos Lopes</p> <p><b>Professor orientador:</b> Lenice de Castro Vilela</p> <p>Data: ___/___/___</p> |

### Roteiro Geral

- História da enfermagem no Brasil
- Formação e atuação do enfermeiro
- Atenção Primária – PSF
- Formação da representação social do enfermeiro
- Formação da representação social do enfermeiro sob a visão do usuário na atenção primária a saúde - PSF

### Roteiro individual

| Biografia   | Conjuntura sócio-histórica   |
|---|--|
| História da enfermagem no Brasil  | A práxis do enfermeiro com situações do processo saúde-doença no âmbito da atenção primária – Programa Saúde da Família  |
| Formação e atuação do enfermeiro  | Preparo do enfermeiro diante das situações enfrentadas para efetivação de sua atuação no ambiente da atenção primária, Programa Saúde da Família, na visão do usuário. |
| Atenção primária – PSF  | Área de composição e representação   |
| Formação da representação social do enfermeiro sob a visão do usuário na atenção primária a saúde - PSF | Concepção do papel do enfermeiro, sob a ótica do usuário, na atenção primária a saúde – PSF Vista Alegre   |