

A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES¹**The nurse's practice in the family health strategy: the city council of Vitória/ES case****La práctica del enfermero en la estrategia salud de la familia: el caso de Vitória/ES**Vanezia Gonçalves Silva^I, Maria Catarina Salvador Motta^{II}, Regina Célia Gollner Zeitoune^{III}^I Artigo oriundo da dissertação de Mestrado em Enfermagem, defendida na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.^I Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil. E-mail: vanezia@hotmail.com.^{II} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: ma.catarina@gmail.com.^{III} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado I, EEAN, UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: regina.zeitoune@gmail.com.**RESUMO**

A Estratégia Saúde da Família tem ganhado notoriedade no plano nacional, contudo alguns entraves denotam ser um campo pervalido a pertinentes estudos e discussões, neste tocante o estudo teve como objetivo: caracterizar a prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família de Vitória, Espírito Santo. Estudo de Caso foi o caminho metodológico escolhido, baseado em evidências quantitativas, sendo os dados tratados a partir de distribuição de frequência simples, com aplicação de questionário nos meses de agosto a novembro de 2006. Participaram como sujeitos voluntários desta pesquisa 34 enfermeiros, que compunham as equipes da Saúde da Família, após a anuência do estudo e que este atende a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados demonstraram que a prática do enfermeiro é direcionada de acordo com ações pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Os dados evidenciam que os enfermeiros desempenham todas as ações minimamente preconizadas, todavia esta atuação parece não estar obtendo o suficiente impacto no que tange a prevenção de doenças e promoção da saúde, pois estão majoritariamente empenhadas nas ações curativas e administrativas. Limitações de cunho, organizacionais, estruturais e conceituais, foram citadas como principais fatores impeditivos para o desenvolvimento ideal das práticas de enfermagem.

Descritores: Saúde Pública; Enfermagem em Saúde Pública; Programa Saúde da Família.**ABSTRACT**

The family health strategy has gained nationwide notoriety, however some obstacles denotes to be a pervious field to relevant studies and discussions. For that reason we had as object of study to characterize the nurse's practice in this strategy at the county of Vitória/ES. The methodological way elected was the study of the case, based on quantitative evidence, being the data treated from distribution of simple frequency, from a form that was applied, between August and November, 2006. Thirty-four voluntary nurses participated as subjects in this research, as members of the health family team, after the consent of this study which has been attending the 196/96 National Health Council Resolution. The results showed that the nurses' practice is directed according to pre-established actions by the Ministry of Health and Care and the Health Office of the county. The data show that the preconceived actions are minimally performed by the nurses, however, it seems that this performance is not making enough impact concerning the prevention of diseases and in health improvement because they are in great part engaged to cure and to administrative actions. Imprint limitations, organizational, structural and conceptual were mentioned as the main factors that obstruct the ideal development of the nursing practice.

Descriptors: Public Health; Public Health Nursing; Family Health Strategy.**RESUMEN**

La Estrategia de Salud de la Familia ha ganado notoriedad en el plan nacional, sin embargo algunos obstáculos denotan ese como un campo patente de estudios y debates pertinentes, en este sentido el estudio tuvo como objetivo: caracterizar la práctica del enfermero en la Estrategia de Salud de la Familia en Vitória, Espírito Santo. Estudio de caso he sido el camino metodológico escogido, basado en datos cuantitativos, siendo los datos tratados a partir de la distribución de frecuencias simples, con el uso del cuestionario en los meses de agosto a noviembre, 2006. Los sujetos de este estudio fueron 34 enfermeros voluntarios, que compuso los equipos de Salud de la Familia, después de la aprobación del estudio y que cumple la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. Los resultados mostraron que la práctica de los enfermeros se es direccionada de acuerdo con las acciones pre-establecidas por el Ministerio de Salud y Departamento Municipal de Salud. Los datos muestran que los enfermeros cumplen todas las acciones mínimamente preconizadas, sin embargo esta actuación parece no estar recibiendo suficiente impacto en la prevención de enfermedades y promoción de la salud, pues están en su mayoría dedicados principalmente en las acciones curativas y administrativas. Limitaciones de la naturaleza organizacional, estructurales y conceptuales, fueron citadas como principales obstáculos para el óptimo desarrollo de la práctica de enfermería.

Descriptores: Salud Pública; Enfermería de Salud Pública; Programa de Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido referida como a estratégia estruturante para o alcance de mudanças significativas no contexto da Saúde Pública brasileira, principalmente por propor importantes mudanças na forma de conduzir o trabalho em saúde e que apresenta potencialidades em contribuir para a construção de um novo paradigma assistencial mais voltado para a prática humanizadora e holística.

A trajetória das mudanças nas políticas de saúde no Brasil foi sendo construída sob os reflexos dos ideários advindos desde Alma Ata, que se realizou em 1978, em que foi pactuada, com os países participantes, a meta de "Saúde para Todos no ano 2000", e foi firmado o conceito de Atenção Primária de Saúde (APS) e as estratégias de Cuidados Primários de Saúde⁽¹⁾.

Esta terminologia de APS representou um marco referencial para o período que antecedeu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que apreciava a proposta de mudança do modelo assistencial para a reorganização dos serviços de saúde, indicando a transformação na forma de conduzir os serviços oferecidos à população baseados em atendimentos hospitalares e procedimentos, para ações mais voltadas e disseminadas nos serviços primários, empenhadas em interferir nos possíveis agravos, e contribuir para promoção da saúde, pois já nesta época se evidenciavam sinais de esgotamento e ineficácia dos serviços de saúde, baseados na lógica curativa⁽¹⁾.

Portanto, o investimento de recursos somente na construção e ampliação de mais e melhores hospitais, demonstrava claramente ser financeiramente inviável, por se tratar de um sistema altamente oneroso e de pouca resolutividade frente às necessidades de saúde da população geral, demonstrando ineficácia por não resultarem impactos positivos direto no quadro de saúde.

No caso brasileiro, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos. Porém, no passar do tempo e com o desenvolvimento do SUS, principalmente, com o crescimento das implantações das equipes de Saúde da Família, este referencial vem gradativamente sendo substituído pela concepção da Atenção Básica à Saúde, conceito que está sendo mais arrolado aos serviços de saúde de responsabilidade do âmbito municipal⁽²⁾.

Para dar prosseguimento às mudanças advindas da Reforma Sanitária, verifica-se sobremaneira o estímulo aos municípios em aumentar a cobertura da sua população pela Estratégia Saúde da Família, por entender ser uma importante estratégia de reorientação do modelo assistencial, que tem como objetivo a organização da atenção básica e reordenação dos níveis secundários e terciários de atenção⁽³⁾.

A Estratégia Saúde da Família tem o enfermeiro como um importante membro da equipe básica multidisciplinar, o que tem representado um campo de crescimento e reconhecimento social deste profissional, por ser ele um componente ativo no processo de consolidação da Estratégia como política integrativa e humanizadora da saúde. Percebeu-se desta forma a ampliação da visibilidade e dos olhares sobre a prática destes profissionais, como mostra o crescimento do número de estudos que abordam este tema.

Segundo Rocha⁽⁴⁾ o enfermeiro é um profissional com formação acadêmica que vive tensões entre o teórico e o prático, o ideal e a realidade e que, aparentemente, possui dificuldades em delimitar seu real campo de ação. Portanto, convive com o universo profissional a partir da interação dos diversos fatores, gerando estímulos à prática autônoma em seu exercício ou restringindo-a.

Além disso, as questões que permeiam as especificidades das ações da enfermagem frente à Estratégia de Saúde da Família, bem como das equipes profissionais, que se encontram submetidas aos novos processos de regulamentação do trabalho, ainda predominam, sobretudo vínculos empregatícios precários, além das exigências por mudanças/construção de uma atuação modificadora desses profissionais.

Nas capitais brasileiras a Estratégia Saúde da Família tem enfrentado grandes desafios para implementar-se de forma efetiva, o que também pode ser avaliado no Município de Vitória, pois nesta cidade este processo se iniciou no ano de 1998 e ainda se percebe lacunas de fundo multi-causal. Em 2007, Vitória contava com 70 equipes de ESF e 05 equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), perfazendo uma cobertura de 74,66%, o que totaliza 68.470 famílias cadastradas.

Os enfermeiros da ESF devem desenvolver seu processo de trabalho, na unidade de saúde e na comunidade, junto com a equipe, supervisionando e ampliando o trabalho dos ACS e auxiliares de enfermagem, realizando ações que promovam saúde, bem como assistindo às pessoas que necessitem de assistência de enfermagem, ampliando a atenção e o cuidado às famílias⁽⁵⁾.

A Portaria 648 do Ministério da Saúde⁽⁶⁾; referente à Política Nacional da Atenção Básica; traz uma gama de atribuições mínimas dos enfermeiros da ESF. São atribuições de suma importância para a implementação desta estratégia como tática de reorganização do primeiro nível de atenção à saúde.

Concordamos que o momento atual é bastante favorável ao desenvolvimento de pesquisa nesta área, pois a produção de serviços de saúde no setor público está em fase de grandes transformações, conseqüentemente estudos que se agreguem ao arcabouço teórico para contribuir para reflexão destes profissionais, estão em ênfase⁽⁴⁾.

Nesse sentido, esta pesquisa aborda a prática dos profissionais enfermeiros na ESF do município de Vitória ES, por considerá-los como partícipes e encarregados de operar as atividades básicas da Estratégia, nesta perspectiva foi objetivo deste estudo: Caracterizar a prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família de Vitória, Espírito Santo.

MÉTODO

Para caracterizar a prática dos enfermeiros conduzimos esta pesquisa, por meio de um Estudo de Caso no município de Vitória/ES. O Estudo de Caso representa uma maneira de investigar um tópico empírico seguindo-se um conjunto de procedimentos pré-estabelecidos. É uma estratégia de pesquisa abrangente, que tem a tendência de buscar esclarecer um conjunto de decisões (motivos que levaram a tais decisões, como foram implementadas e quais os resultados), podendo utilizar-se de evidências tanto quantitativas, como qualitativas⁽⁷⁾.

A pesquisa aborda um dos meios institucionais, essenciais à implementação da ESF, isto é, agentes implementadores, encarregados de operar as atividades da Atenção Básica previstas para as equipes, os enfermeiros. Essa escolha se deu por ser o enfermeiro um componente ativo no processo de consolidação da ESF, atuando com louvor⁽⁸⁾, desde sua inserção no PACS, que por sua vez é dito como precursor desta estratégia.

No período de agosto a novembro de 2006, período da coleta de dados, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória contava com 60 enfermeiros atuando na ESF, segundo dados do departamento pessoal desta Secretaria. No entanto, os que atenderam aos critérios de inclusão: estar atuando na ESF deste município por mais de um ano; compor as equipes da Estratégia por ocasião da entrevista; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a aquiescência e se voluntariaram a sujeitos da pesquisa, totalizaram o número de 34 enfermeiros.

O cenário de pesquisa constou das Unidades de Saúde da Família do município de Vitória/ES. A Estratégia Saúde da Família adota a diretriz de vínculo e propõe a adstricção da clientela, entre 600 a 1.000 famílias por equipe, em um determinado território, ficando possível co-responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitado e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los. Nesse aspecto o estudo mostrou que Vitória apresenta a média de famílias por equipe de 893,6 famílias cadastradas e tem a média aritmética simples de 4,52 ACS por equipe, obedecendo ao que era preconizado como número ideal, de 4 a 6 agentes⁽⁹⁾. A Portaria 648/2006 flexiona este número para até no máximo 12 agentes por equipe, e, quanto ao número de pessoas cadastradas por equipe, recomenda o máximo de 4000 habitantes⁽⁴⁾.

O município contava com uma rede de 20 Unidades de Saúde da Família que acomodam 70 equipes da ESF, sendo que destas 20 unidades, em apenas 13, foi possível coletar os dados, em decorrência de diversos fatores: duas dessas unidades tornaram-se ESF a menos de um ano, as restantes eram compostas por enfermeiros com menos de um ano de atividade na ESF da região.

O instrumento de coleta de dados constou de um questionário, abordando a realização de atividades próprias dos enfermeiros na ESF descritas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Vitória ES. Estas questões foram baseadas no questionário aplicado por ocasião da Certificação das Equipes de Saúde da Família no ano de 2005, feita pela Secretaria de Estado da Saúde. Estas perguntas fechadas objetivaram caracterizar quais das atribuições preconizadas pelo MS para os enfermeiros têm sido realizadas no seu trabalho cotidiano, e quais não têm sido alcançadas.

Para aumentar a validade interna do Estudo de Caso, utilizamos fontes de dados documentais, relativas à distribuição das atividades dos enfermeiros na ESF, como por exemplo, o Manual de Procedimentos e Rotinas nas Unidades de Saúde, no tocante às funções do enfermeiro.

Antes de iniciar a coleta de dados, solicitamos à Instituição municipal a autorização para a realização da coleta de dados, que por sua vez o consentiu. Em atendimento a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõem sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, o referido projeto foi submetido avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA sob o

protocolo nº059/06, obtendo sua aprovação na reunião ocorrida em 8 de agosto de 2006.

A prática dos enfermeiros na ESF, segundo o que o Ministério da Saúde preconiza com suas atribuições, foi investigada e os dados foram agrupados e estão dispostos da seguinte forma: A prática do enfermeiro na ESF no processo de acompanhamento, planejamento; Organização e gerenciamento das ações desenvolvidas no âmbito das Unidades de Saúde da Família e Tratamento da saúde dos indivíduos/famílias/comunidades. Os dados obtidos foram apresentados, analisados e discutidos à luz do referencial teórico apresentado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados expressam a singularidade da prática do enfermeiro na ESF de Vitória ES e mantêm relação de proximidade com questões bastante atuais nas análises mais recentes a respeito da prática do enfermeiro no contexto da Saúde Coletiva.

Os primeiros dados obtidos como resultado da pesquisa foram utilizados para traçar o perfil dos entrevistados, compreendendo que determinadas características poderiam ser utilizadas para validar os dados encontrados, principalmente, os referentes às práticas desenvolvidas pelos profissionais, a exemplo a qualificação profissional, tempo de formação, cursos de capacitação, e o tempo de formação e de atuação na ESF.

Na questão de sexo, confirmou-se o resultado de pesquisas similares, por identificar o predomínio do gênero feminino (91,2%) entre os profissionais pesquisados, sendo a feminilização da força de trabalho em saúde recorrente⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A procura do enfermeiro por maior qualificação profissional tem sido constatada ao compararmos o estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2000⁽¹¹⁾ que apontava que (35,49%) possuíam o curso de especialização em nível *latus Sensu*, contra (64%) demonstrado no estudo atual em Vitória ES, e (77,65%) no estudo feito em Goiás em 2009⁽¹⁰⁾, o que evidencia que os profissionais têm investido mais em formação e que os cursos têm ficado mais acessíveis.

O curso de especialização em Saúde Pública foi concluído por 20% dos profissionais pesquisados, e o de Saúde da Família, por 15,7%, média muito próxima da pesquisa realizada em 2000⁽¹¹⁾, que trouxe resultados de 18% e 14,8% respectivamente. Destaca-se o baixo percentual de enfermeiros com especialização em Vigilância Sanitária que juntamente com as demais representaram menos de 10%, uma vez que esta área é de extrema importância para o desenvolvimento de ações de promoção em saúde e atendimento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde vigentes.

Os cursos de capacitação de curta duração, que os enfermeiros possuem demonstram que 29% têm de zero a quatro capacitações, o restante tem entre cinco a catorze cursos. Os cursos mais citados foram os de Hanseníase e DST/AIDS com (70,6%) ambos, seguidos por Tuberculose, Dengue e Imunização com (67,6%) cada. Quanto ao curso menos referido está o de Vigilância em Saúde. Estes dados se fizeram importantes uma vez que podemos analisar as respostas das atuações dos enfermeiros em certos programas, comparando-as com as capacitações que estes possuem.

Considerando os princípios de organização da ESF, segundo as normas vigentes, alguns instrumentos-chaves que aparecem como requisitos a serem observados pelos municípios por ocasião de sua adesão a esta estratégia, tais como mapa de área de abrangência, prontuário da família e aplicação do genograma, foram observados neste estudo, quanto a sua execução nas equipes entrevistadas. Foi possível constatar um alto percentual de adesão a esses princípios quando analisamos questões pertinentes a organização e gerenciamento das ações desenvolvidas no âmbito das Unidades de Saúde da Família.

Quanto à existência do mapa de área de abrangência construído pela equipe, (70,6%) das enfermeiras entrevistadas afirmaram tê-lo nas suas equipes, e um percentual um pouco maior (82,4%) referem utilizar o prontuário da família, e finalmente (88,2%) possui uma agenda de trabalho pré-definida. Valores parecidos com a média nacional em que temos os percentuais de (84,4%); (70,8%) e (93,2%) respectivamente⁽¹¹⁾.

A mesma adesão não foi observada quanto à aplicação do genograma pelas equipes, nas quais (94,1%) dos enfermeiros referiram não usarem o instrumento, o que, para Nascimento⁽¹²⁾, impossibilita conhecer de forma prática a família no que tange sua estrutura familiar, cultural, como também suas relações pessoais e interpessoais, uma vez que é um instrumento ampliador da compreensão dos processos familiares e as relações com a comunidade, se tornando imperativo para o detalhamento e o planejamento do cuidado.

Complementando, a aplicação do genograma à clínica em saúde da família permite uma visualização do processo de adoecer, facilitando o plano terapêutico e permitindo a família e a equipe uma melhor compreensão sobre o processo de desenvolvimento de suas patologias, como também na identificação das potencialidades para prevenção e promoção da saúde⁽¹³⁾.

Esse instrumento é uma rica fonte de informações de vital importância para o planejamento do cuidado à saúde das famílias. Porém, avaliando do ponto de vista do processo de trabalho das equipes de saúde da família é um instrumento pouco aplicado, por despender muito tempo na construção, na análise e atuação frente às exigências de cuidados encontradas, e ainda para sua atualização, visto que é o retrato de um momento do ciclo vital da família, e desta forma, sofre modificações ao longo do processo de viver humano.

Em geral, estão claros os benefícios e a importância da aplicação desse instrumento na prática assistencial das equipes. Porém, afirmar que é um instrumento prático é um tanto precipitado, uma vez que necessita de tempo e habilidade do profissional e disponibilidade da família para que seja executado. Os enfermeiros alegam não disporem de tempo para esta tarefa, pois suas atividades estão mais direcionadas a outras prioridades.

A agenda de trabalho também é um instrumento significativo para uma nova organização do serviço, e, neste caso, os enfermeiros entrevistados referiram que (88,2%) possuem agenda de trabalho pré-definida. Essa agenda foi objeto de detalhamento, assim questionamos sobre a agenda dos enfermeiros na semana anterior à entrevista, uma vez que se pretendeu identificar a distribuição das atividades durante os dias da semana, a fim de observar se os profissionais estão concentrando suas atividades nas ações curativas. O resultado foi que o tempo gasto com

ações de prevenção e promoção da saúde é significativamente menor do que o gasto em atividades de gerenciamento e assistência desenvolvidas nas Unidades de Saúde, e que o horário preferencial para estas atividades é o período da manhã.

Ainda analisando as agendas, verificou-se que apenas (6,76%) dos períodos de trabalho foram utilizados para reuniões de equipes, o que vem a se confirmar já que os enfermeiros informaram consolidar os dados de fechamento de relatório somente com os ACS em (58,8%), e apenas (20,6%) o fazem com toda a equipe reunida. Esses dados trazem uma importante reflexão sobre o planejamento do trabalho em saúde, pois os momentos das reuniões de equipes e, principalmente, das consolidações dos dados mensais podem constituir ocasiões fundamentais, para a construção de propostas de intervenções multidisciplinares voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, apresentadas pelo território, as quais são de responsabilidade das equipes. Embora se perceba neste estudo a importância dessas reuniões, os dados demonstram que elas ainda não estão sendo exploradas em todo o seu potencial.

Outra ferramenta importante para o processo de acompanhamento, planejamento, organização e gerenciamento das ações desenvolvidas no âmbito das Unidades de Saúde da Família é a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que é um dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) utilizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, o qual representa uma ferramenta em potencial para o acompanhamento das famílias cadastradas como para o planejamento local.

Perguntamos aos enfermeiros se usaram os dados desse instrumento para análise de situação de saúde da população adstrita e verificamos que (50%) dos entrevistados realizaram esta análise e priorizaram ações baseadas nela, porém suspeitamos que esta utilização está mais voltada para o levantamento numérico de algumas condições de saúde/doença como: número de hipertensos, gestantes, diabéticos, entre outros. Sendo empregado de forma ainda tímida no planejamento em saúde no nível local, por evidenciarmos que (61,8%), das equipes entrevistadas não fizeram qualquer discussão desses dados fora da equipe, e que há pouco repasse ou discussão com a comunidade dos dados gerados pelo sistema, ou seja, a participação da comunidade no planejamento e na tomada de decisões ainda é pouco expressiva.

Outro ponto importante na organização e planejamento das ações de uma Unidade de Saúde é a participação da comunidade e dos profissionais nas decisões políticas de saúde. O Conselho Local de Saúde é o espaço de negociação de todo o seguimento organizado da sociedade (usuários, profissionais de saúde, gestores locais e órgão representativos da comunidade), com a incumbência de ir além dos trâmites da formalidade e burocracia, para a efetiva participação com legitimação da representatividade de seus membros, ganhando visibilidade e destacando-se por meio de suas deliberações, e efetivamente de decidir as diretrizes da política de saúde local⁽¹⁴⁾.

Dos enfermeiros abordados, apenas (8%) participam regularmente das reuniões do Conselho Local de Saúde (CLS). Dos 20 enfermeiros que referiram suas dificuldades para participarem do CLS, 17 deles relatam não ter interesse em participar, por diversos motivos, tais como:

dupla jornada de trabalho, não acreditar na eficácia dos conselhos, não terem sido convidados.

Embora a prática política, nesse caso, tem a importante finalidade de incentivar a formação e/ou participação dos sujeitos sobre a realidade de saúde apresentada, nota-se que os enfermeiros estão abdicando este importante espaço de participação e intervenção.

Os resultados nos mostraram ainda que a atuação dos enfermeiros de Vitória nas ações de Vigilância Epidemiológica precisa ser incentivada, pois (44,1%) realizaram notificações compulsórias de doenças, (47%) fizeram investigação de casos notificados, (44%) investigaram óbito infantil, (29%) óbitos maternos e (70%) investigaram casos de internação domiciliar.

A vigilância epidemiológica é compreendida como o exercício do poder de polícia médica sobre os possíveis aspectos danosos a saúde da população em geral, como uma vigilância voltada para o controle das doenças transmissíveis e como vigilância de riscos e danos⁽¹⁵⁾.

Santos⁽¹⁵⁾ avalia como sendo um desempenho positivo das equipes na Estratégia da Saúde da Família quanto à capacidade de intervenção sobre os problemas concernentes à Vigilância Epidemiológica, ainda que relacionada à detecção de doenças e adoção de medidas de controle. Ele conclui que é possível descentralizar a vigilância epidemiológica para as equipes, muito embora esta ainda não tenha ocorrido efetivamente, o que também acontece em Vitória, uma vez que os enfermeiros referem que estas ações se encontram centralizadas.

A identificação do enfermeiro com a área gerencial está inserida no contexto histórico da prática de enfermagem no Brasil, pois o modelo médico-assistencial privatista direcionou a prática de enfermagem para a supervisão e para a administração nas unidades hospitalares, tendência também seguida na Saúde Pública⁽⁴⁾. Essa colocação pode ser confirmada neste item do estudo, em que foi descrito as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro de Saúde da Família de Vitória no processo de acompanhamento, planejamento, organização e gerenciamento das ações desenvolvidas no âmbito das Unidades de Saúde da Família.

A prática do enfermeiro no tratamento da saúde dos indivíduos/famílias/comunidades. A partir da NOAS, foram definidas como responsabilidades dos municípios as ações mínimas de Atenção Básica, tais como: saúde da criança, saúde da mulher, controle de tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* e ações de saúde bucal.

Para caracterizarmos a prática dos enfermeiros na ESF do município de Vitória em atendimento a estas ações mínimas, objetivamos identificar com este estudo quais ações estão sendo desenvolvidas e quais têm sido inviáveis e por quê. As ações desenvolvidas pelo enfermeiro precisam buscar a identificação dos problemas de saúde mais comuns e as situações de risco, aos quais a população está exposta, elaborando um plano local para o enfrentamento conjunto destes agravos, envolvendo a promoção de ações intersetoriais e parcerias em organizações formais da própria comunidade.

A prática do enfermeiro, na Atenção a Saúde da Criança na ESF de Vitória, reafirmou o comprometimento destes atores, para com as ações voltadas para este estrato, pois todas as ações levantadas nesta pesquisa estão sendo realizadas em mais de (67%).

O impacto da ESF, sobre os indicadores relativos à Saúde da Criança, foi levantado por pesquisas que demonstraram significativo declínio nas taxas de morbimortalidade neste estrato social, posterior à implantação da estratégia, nas populações por eles estudadas, como também a ascensão de cobertura vacinal.

O dado relativo à busca de neonatos com agendamento da 1ª consulta (94,1%) pode estar refletindo uma importante estratégia assumida pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, que se desenvolve no monitoramento de todas as parturientes do município. A equipe da Saúde da Criança circula por todas as maternidades da capital identificando as puérperas cujo endereço é pertencente à Vitória, a partir daí encaminha-se para a USF que atende o endereço citado, para que o profissional enfermeiro realize a visita domiciliar no prazo máximo de 14 (quatorze) dias, e também fique responsável por dar o retorno a Secretaria. O mesmo ocorre com as internações hospitalares de crianças menores de 05 anos.

A ESF é uma política de saúde que tem importante potencial de ação sobre as demandas dos adolescentes, por estar bem próximo da realidade sociocultural das comunidades, dispondo assim de instrumentos que facilitam o cumprimento dos princípios que norteiam o SUS. Porém as políticas públicas de saúde para os adolescentes, regulamentadas desde década de 80, se desenvolveram aparentemente de forma fragmentada e desarticulada, dificultando até os dias atuais a promoção de ações intersetoriais que garantam a integralidade da assistência⁽¹⁶⁾.

Na Atenção a Saúde do Adolescente da ESF de Vitória, a prática do enfermeiro parece não estar sistematizada, pois (82,4%) dos enfermeiros entrevistados referiram não realizar nenhuma atividade específica e contínua para este grupo.

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%), sendo as principais usuárias do SUS, segundo o Ministério da Saúde. Isso ocorre provavelmente devido à criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, o qual foi ao encontro das necessidades de saúde deste estrato social que está mais vulnerável ao adoecimento por diversas razões. Na sua implantação, o PAISM estimulou que a assistência fosse para além das especificidades biológicas, e trouxe a reflexão sobre a importância da assistência voltada para a compreensão das desigualdades nas condições de vida, nas relações entre homens e mulheres, a sobrecarga de trabalho e a responsabilidade pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos, além de empenhar-se nos problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. E com a implantação das equipes de Saúde da Família, essas ações foram atribuídas dentre as prioritárias para a estratégia.

Na abordagem a assistência a Saúde da Mulher, os enfermeiros da ESF de Vitória ES, referiram que realizam as ações desta assistência em mais de 67% nos itens abordados como as voltadas para o pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de ginecológico.

Quanto à prática destes profissionais relativas à assistência ao pré-natal, foram citadas que todas as ações que abrangem este tocante são realizadas em mais de (73,5%) em todos os itens abordados, tais como incentivo

ao aleitamento materno (94,1%), solicitação dos exames de rotinas preconizados (85,3%), visitas domiciliares (79,4%) e a consulta de enfermagem, preenchimento do cartão da gestante e coleta de citopatológico com (76,5%), ficando o cadastramento da gestante no 1º trimestre e a classificação de risco gestacional com (73,5%).

A visita de puerpério da ESF de Vitória se realiza no primeiro momento da assistência à criança e a puérpera, que é estabelecido e monitorado pela SEMUS para que seja realizado no prazo máximo de 14 (quatorze) dias, conforme já descrito na assistência a Saúde da Criança. Entretanto essas visitas devem incorporar a trinômia "mãe-filho-família", quando por sua ocasião são observados e abordados fatores relacionados à puérpera, ao bebê e à família. Nessa ocasião já é agendada a consulta médica para a mãe, para a prescrição do método a ser utilizado no planejamento familiar, e a consulta médica e de enfermagem na Unidade de Saúde para a criança, a fim de que se inicie o acompanhamento mensal do crescimento e desenvolvimento. Com estes dados podemos avaliar que a estratégia de monitoramento dos neonatos e puérperas adotadas pela Secretaria de Saúde parece estar trazendo bons resultados, nos quais podemos identificar que (94,1%) destas são visitadas e este momento é oportunizado para proceder as avaliações e orientações de enfermagem, com adequadas e eficazes intervenções nos freqüentes problemas ou dúvidas desta fase peculiar da vida.

O direito de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, é uma determinação clara de cidadania, garantido pela Constituição Brasileira. Moura⁽¹⁷⁾ refere ainda que as políticas que visam assegurar o acesso universal aos serviços de assistência médica, incluindo os relacionados à saúde reprodutiva tanto do homem como da mulher, ficou garantido a partir do Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) no Cairo em 1994.

Contudo, aos profissionais da ESF, cabe a implementação de ações de planejamento familiar para que estes direitos sejam verdadeiramente usufruídos pela população alvo. Compete aos enfermeiros, portanto⁽¹⁷⁾, assistir a população em termos de concepção e contracepção e fornecer informações sobre os métodos legais e disponíveis no país, despertando, sobretudo, para a importância de uma vivência sexual responsável e saudável, sem negar o acesso aos métodos naturais e comportamentais, tomando por base o dispositivo de lei do planejamento familiar (lei nº 9.263/96) do Ministério da Saúde.

Este estudo apontou que (82,4%) dos enfermeiros entrevistados realizam consulta de enfermagem para planejamento familiar, comparando novamente nossos dados com os indicados pela pesquisa sobre o grau de implantação desta ação pelo enfermeiro no Mato Grosso que foi de (89,5%), observamos que não houve uma diferença significativa de atuação. Moura⁽¹⁷⁾ cita que, na sua pesquisa, (48,3%) dos enfermeiros das equipes entrevistadas realizam a prescrição dos métodos anticoncepcionais. Neste nosso estudo, o valor é bem mais representativo com (88,2%) dos enfermeiros prescrevendo contraceptivos orais, conforme a normatização municipal. Essa diferença pode ser atribuída, no Caso de Vitória, à normatização da Assistência de Enfermagem, incluindo prescrições de anticoncepcionais orais por meio da Portaria Municipal 018/2002, que

regulamenta estas e outras práticas dos enfermeiros na ESF deste município.

O Ministério da Saúde lançou em 1997 o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - "Viva Mulher", indo de encontro com um número cada vez maior de mulheres acometidas com este mal, proporcionando facilidade no acesso ao diagnóstico precoce, pelo exame de Papanicolau (Colpocitologia Oncótica - CCO) e exame clínico das mamas, além de disponibilizar tratamento adequado para as mulheres que apresentam tumores.

No entanto, para que a abrangência deste programa seja realmente efetiva, e desta forma beneficie um número cada vez maior de mulheres, é fundamental que os serviços de saúde estejam equipados e organizados para realizar o exame com regularidade, e que as mulheres, por sua vez, manifestem o comportamento preventivo em saúde, buscando estes serviços.

Municípios brasileiros com mais de 50% da população coberta pela ESF, demonstraram aumento de até 2000% na realização de exames colpocitológicos. Neste contexto os profissionais enfermeiros têm representado importante força de trabalho para as ações de prevenção do câncer cervico-uterino, e em Vitória ES, (94,1%) declaram realizar a coleta de exames citopatológicos.

Para assistência ao adulto em geral, os enfermeiros da ESF de Vitória responderam que realizam a consulta de enfermagem e visita domiciliar em (94,1%). Esse dado nos traz a reflexão sobre a dinâmica de atendimento preconizada pelos programas de saúde do Ministério, nos quais a atenção ao adulto é espargida nos programas como o diabetes, hipertensão, saúde da mulher e assim por diante. E o adulto que não está doente e também não está grávida, não se percebe ainda ações específicas, sistematizadas e continuadas para a promoção da saúde e prevenção de possíveis doenças destes indivíduos.

Atualmente com a Portaria Ministerial 648/2006, a denominação ficou mais abrangente, nomeando as ações de controle de hipertensão, planejamento familiar, entre outras de Saúde do Adulto, o que parece ainda não resolver esta fragmentação da assistência, em que o usuário parece ser ainda visto e atendido em muitos casos como o hipertenso, o diabético, ou seja, de acordo com sua patologia.

O controle das endemias faz parte importante das atividades dos enfermeiros que atendem as diretrizes da promoção e proteção à saúde, preconizadas à rede básica. Dentre essas ações mínimas previstas para as equipes da ESF estão: as voltadas para o controle da Tuberculose e Hanseníase.

Portanto, buscamos saber quais as ações que os enfermeiros têm desenvolvido para o controle da Tuberculose e Hanseníase, e percebemos que as respostas positivas estão abaixo dos (41%) no caso da tuberculose, e, no caso da Hanseníase, esta atuação cai para ainda mais para (29%).

Na primeira parte do instrumento de investigação desta pesquisa, encontramos que os enfermeiros referem possuir o curso de capacitação em Hanseníase e Tuberculose em (70,6%) e (67,6%) respectivamente, portanto podemos avaliar que os profissionais estejam pouco atuantes para atividades voltadas para estes agravos, por ser uma postura adotada pela SEMUS, de manter estas ações centralizadas nas unidades de referência como eles citaram. Contudo um fator que pode ser mais bem estudado é a questão que os

enfermeiros relataram: pouca atuação também nas ações de prevenção e identificação de sintomáticos respiratórios ou dermatológicos, que, embora disponham de referência, não deveriam ser abdicadas pela "porta de entrada" do sistema de saúde tais ações.

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) 2001-2005 relaciona-se ao diagnóstico precoce da doença. Porém, acredita-se que muitos casos de tuberculose não estejam sendo diagnosticados, seja por não terem acesso aos serviços de saúde ou devido ao fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos Sintomáticos Respiratórios, e, neste nosso caso, acrescentamos também os Sintomáticos Dermatológicos. A busca ativa destes e seus contatos devem ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde.

O Ministério da Saúde lançou em 2002 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes mellitus*, sendo indispensável que os municípios adotem essas ações dentre as estratégias mínimas, para que se habilitem na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, segundo o critério da NOAS.

A atuação dos enfermeiros nas ações de controle da hipertensão arterial está superior a (76%) e no controle do *Diabetes mellitus* apresentou números parecidos, diferenciando apenas nas atividades educativas, que para este item é de (64%). O estudo de Paiva⁽¹⁸⁾ concluiu que a ESF ampliou o acesso dos portadores destes agravos aos serviços de saúde e aos procedimentos básicos das consultas, mas revelou também que esta assistência ainda requer melhoria de qualidade, principalmente no que tange as ações preventivas de educação em saúde.

Os entrevistados referiram que (55,9%) trabalharam as intercorrências, e (50%) destes encaminharam com solicitação escrita aqueles que precisavam de atendimento ou internação. Esses dados nos mostram, mais uma vez, que os enfermeiros dispensam muito tempo de suas atividades no atendimento a clientes doentes que necessitam de cuidado médico, isso possivelmente está interferindo negativamente no tempo que resta para serem dispensadas as atividades na prevenção e promoção da saúde.

A supervisão é um instrumento de gestão de programas de saúde. O Ministério da Saúde preconiza que a enfermeira instrutora/supervisora deve desenvolver ações específicas na coordenação e supervisão dos ACS, além daquelas que rotineiramente desenvolvem enquanto coordenadora da Unidade Básica de Saúde. Muitas são as atividades que mantêm relação com a coordenação dos ACS, consideradas atribuições básicas das enfermeiras instrutoras/supervisoras.

O processo de supervisão dos ACS ainda se encontra permeado por mecanismos de controle e o pior dentro do espaço da Unidade de Saúde, principalmente quanto à concepção de supervisão que cada enfermeiro verbaliza⁽¹⁹⁾. Estes problemas merecem destaque devido a pouca constância do enfermeiro supervisor em campo (mesmo na zona urbana) e a falta de sistematização adequada do processo de supervisão; esses problemas também podem ser identificados em Vitória empiricamente, embora (73,5%) dos enfermeiros declarem fazer supervisão dos ACS, o que remonta da concepção de cada um do que seria esta supervisão, pois como já foi citado, esta atividade exercida pelo enfermeiro, não está restrita a presença do

supervisor no campo, muito menos a ações restritivas a controle, e sim a todas as ações relacionadas a supervisão, que deverá abranger desde o controle propriamente dito, até o oportunizar estes momentos para os processos de qualificação que permitam o desenvolvimento de competências que têm como eixo orientador a integralidade.

CONCLUSÃO

Caracterizar a prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família de Vitória, Espírito Santo foi o objetivo deste estudo que foi alcançado por reunirmos dados que nos levaram a concluir que apesar dos enfermeiros realizarem um número significativo de atividades e estarem sempre envolvidos e atuantes em todas as ações minimamente preconizadas, percebemos uma lacuna entre o que seria o ideal e o real, uma vez que o enfermeiro aparenta envolvimento com as atividades tecnicista e parece adquirir uma postura timidamente ativa frente à realidade instalada. Portanto esta pesquisa demonstrou que a maior limitação na atuação do enfermeiro não é o número de atividades que eles executam e sim como e quais eles têm conseguido realizar.

A quantidade de atribuições próprias dos enfermeiros demonstra uma importante dificuldade encontrada para o cumprimento real de tudo que lhe cabe, porque a prática produtivista inviabiliza momentos de reflexão sobre o cotidiano e suas ações. Somadas as atividades clínicas assumidas pelos enfermeiros estão também as atividades de caráter gerencial e administrativo, como também as capacitações e supervisões dos ACS e auxiliares de enfermagem.

Apesar das dificuldades referidas pelos enfermeiros da ESF de Vitória, entendemos estas como sendo propulsoras de mudanças que, contribuirão para o fortalecimento e avanço do SUS no município. Algumas destas responsabilidades dos enfermeiros deverão ocorrer de modo a favorecer a compreensão da realidade em todas as suas dimensões e levar à construção de uma nova prática em saúde, mais integral, humanista e disposta a romper com as ações do modelo "queixas-condutas", à medida que também estará definindo o novo papel desse trabalhador nesta também nova perspectiva.

Entendemos, porém que para que na Estratégia Saúde da Família, os princípios fundamentais, e seus propósitos não se tornem meramente utópicos e teóricos, se faz necessário, a implementação sistemática do SUS, pois disso depende o atendimento à incumbência dada a ESF de atender aos princípios e diretrizes da reorganização da saúde em bases assentadas no primeiro nível de atenção, porém para isto precisam dispor de condições reais de implementação.

Com isso deixamos o questionamento, alcançaremos o SUS após a ESF estar implementada ou o contrário?

Analisando os dados obtidos por este estudo, verificamos que eles mantiveram relação de singularidade com outras pesquisas, que analisaram as práticas dos enfermeiros na ESF, mostrando-se condizentes com os que vêm acontecendo nas ESF de outros municípios e estados. Os enfermeiros têm-se empenhado em dar conta da grande gama de atribuições, as quais respondem, porém as dificuldades para a realização dessas ações precisam ser mais bem trabalhadas por todos os atores deste processo, para que se alcance uma prática mais próxima possível de atender o que lhes é atribuído.

Nesse sentido, podemos perceber que ainda existe um grande caminho a ser percorrido pelos enfermeiros e demais profissionais da saúde, para a consecução da prestação dos serviços de saúde conforme os termos da Constituição Federal Brasileira.

Analisar os resultados do nosso trabalho é de grande relevância para o efetivo exercício de práticas transformadoras que precisam ser acrescidas de envolvimento e comprometimento político para alcançarmos políticas públicas coerentes com a necessidade da população.

Sugerimos que outras pesquisas sejam feitas com o objetivo de detalhar o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família em Vitória – ES, bem como as dificuldades gerenciais, pois a partir dessa visão provavelmente teremos um entendimento mais amplo sobre o porquê do não cumprimento de algumas das atribuições de prevenção e promoção da saúde pelos enfermeiros.

Desse modo esperamos que este estudo seja mais uma ferramenta do enfermeiro no desenvolvimento e análise de suas práticas na Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

1. Gil CRR. Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: Paradoxos e perspectivas. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):490-8.
2. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1171-81.
3. Shimizu HE, Rosales C. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(5):883-8.
4. Rocha JBB. O trabalho da enfermeira no Programa Saúde da Família em Florianópolis/PI [thesis]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2006. 193 p.
5. Weirich CF, Tavares JB, Silva KS. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2004 [cited 2010 sep 29];6(2):172-80. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/cuidado.html.
6. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 3rd ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
8. Andrade LOM. Modelo Saúde da Família em debate. Ciclos de debates em Saúde da Família, no âmbito de especialização em Saúde da Família nos moldes da residência. Brasília: ENSP/Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
9. Castro ALB. A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008 [dissertation]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2009. 215 p.
10. Rocha BS, Munari, DB, Bezerra ALQ, Melo LKA. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. *Rev. enferm. UERJ*. 2009;17(2):229-33.
11. Ministério da Saúde. Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
12. Nascimento LS, Rocha SMM, Hayes VE. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(2):280-6.
13. Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(3):407-16.
14. Nogueira FCP, Lima LHO, Wolfvitch RGS, Nascimento SM, Lopes SRM. Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. *Rev. baiana saúde pública*. 2008;32(1):104-10.
15. Santos SSBS, Melo CMM. Avaliação da descentralização da Vigilância Epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2006;6(2):1923-32.
16. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2006;22(11):2491-5.
17. Moura ERF. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(4):961-70.
18. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(2):377-85.
19. Villas Bôas LMF, Araújo MBS, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Cien Saude Colet*. 2008;13(4):1355-60.

Artigo recebido em 19.12.2008

Aprovado para publicação em 01.06.2010

Artigo publicado em 30.09.2010