



## Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família\*

*Nursing assistant performance in the Family Health strategy*

*Actuación del auxiliar de enfermería en la estrategia: Salud de la Familia*

Márcia Niituma Ogata <sup>1</sup>, Yaisa França <sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivos:** Analisar a compreensão dos auxiliares de enfermagem sobre suas atividades cotidianas nas Equipes de Saúde da Família e identificar facilidades e dificuldades encontradas por estes profissionais no desenvolvimento dessas atividades. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa realizado com 17 auxiliares de enfermagem de Unidades de Saúde da Família. Utilizou-se a técnica da entrevista, e os dados foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** As atividades desses profissionais estão pautadas na lógica do procedimento, sendo o vínculo com o usuário uma facilidade e a grande demanda uma dificuldade enfrentada pelos trabalhadores. **Conclusão:** A forma de trabalho do auxiliar de enfermagem reforça o modelo assistencial curativo, apontando para a necessidade do reordenamento das práticas direcionadas à integralidade da atenção.

**Descritores:** Auxiliares de Enfermagem; Programa Saúde da Família; Enfermagem

### ABSTRACT

**Objectives:** To analyze the comprehension of nursing assistants on daily activities within Health Teams Family and to identify facilities and difficulties encountered by these professionals in the development of those activities. **Methods:** This is an exploratory, descriptive and qualitative study conducted with 17 nursing assistants in the Family Health Units. It was used the interview technique and the data were subjected to content analysis. **Results:** The activities of these professionals are guided by the procedural logic; for the workers, the link with the customer is a plus and the high demand a difficulty. **Conclusion:** The nurses' way of working confirms the curative care model, pointing out the need to rearrange the practices to provide comprehensive care, pointing out the need to rearrange the practices to provide comprehensive care.

**Keywords:** Nurses' aides; Family Health Program; Nursing

### RESUMEN

**Objetivos:** Analizar la comprensión de los auxiliares de enfermería sobre sus actividades cotidianas en los Equipos de Salud de la Familia e identificar facilidades y dificultades encontradas por estos profesionales en el desarrollo de esas actividades. **Métodos:** Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo de abordaje cualitativo realizado con 17 auxiliares de enfermería de Unidades de Salud de la Familia. Se utilizó la técnica de la entrevista y los datos fueron sometidos al análisis de contenido. **Resultados:** Las actividades de estos profesionales están pautadas por la lógica del procedimiento, siendo el vínculo con el usuario una facilidad e la gran demanda una dificultad enfrentada por los trabajadores. **Conclusión:** La forma de trabajo del auxiliar de enfermería refuerza el modelo asistencial curativo, lo que indica la necesidad de reordenar las prácticas dirigidas a la integralidad de la atención.

**Descritores:** Auxiliares de Enfermería; Programa de Salud Familiar; Enfermería

\* Estudo desenvolvido na Secretaria Municipal de São Carlos – São Carlos (SP), Brasil.

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar - São Carlos (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Residente de Enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar - São Carlos (SP), Brasil.

## INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, criado a partir da aprovação da Constituição Federal de 1988, representou uma importante mudança na organização dos serviços de saúde no país.

A partir da segunda metade da década de 1990, após anos de privilégio à atenção hospitalar, médico-assistencial e especializada, os esforços e investimentos públicos passam a se concentrar na atenção básica, entendida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”<sup>(1)</sup>.

Em 1994, é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), inicialmente como um programa focado, dirigido a grupos da população relativamente excluídos do acesso ao consumo de serviços e, a partir de 1999, passa a ser considerado pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.

A equipe de saúde deve conhecer as famílias de seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica<sup>(2)</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca incorporar um novo olhar, um novo pensar e um novo fazer, no qual o foco passa a ser a saúde e não a doença; a família e não o indivíduo; a equipe e não o médico; e a intersetorialidade e não um setor isolado<sup>(3)</sup>.

Várias têm sido as dificuldades para a operacionalização desta estratégia e, entre elas, está a adequação do perfil dos profissionais para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva que envolve ações de promoção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação<sup>(4-7)</sup>. O fato resulta da formação predominantemente baseada em uma atenção hospitalar centrada na doença e no médico que limita o cuidado às práticas pontuais e curativas. Nesta lógica, um dispositivo essencial para mudança no processo de trabalho é a preparação das equipes, com visões mais integralizadoras e novas competências voltadas para um perfil adequado ao modelo proposto.

O auxiliar de enfermagem na ESF é um profissional de essencial importância no desenvolvimento de diversas ações. Em termos quantitativos e considerando sua

relevância no processo de trabalho, constitui o contingente mais expressivo entre os trabalhadores da equipe de enfermagem e de toda a área da saúde<sup>(8)</sup>, porém na prática vemos que seu papel e participação na equipe ainda se encontram pautados no modelo hegemônico e muito pouco tem sido feito para motivar e direcionar a atuação desse profissional para a integralidade do cuidado<sup>(9)</sup>.

O Ministério da Saúde define de forma superficial as atribuições desse profissional sem apontar desempenhos e atividades específicas no cuidado à família e comunidade. A Portaria n.º 648/2006<sup>(10)</sup>, em seu Anexo I, aponta como atribuições específicas do auxiliar de enfermagem: participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na Unidade de Saúde da Família (USF), quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.); realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

No sentido de conhecer mais profundamente a prática do auxiliar de enfermagem na ESF, essencial para o levantamento das necessidades de educação permanente e para o fortalecimento da atuação desse profissional na equipe da saúde da família, o objetivo deste estudo foi analisar a compreensão dos auxiliares de enfermagem sobre suas atividades cotidianas nas Equipes de Saúde da Família e identificar as facilidades e dificuldades encontradas por estes profissionais no desenvolvimento destas atividades.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa realizado no município de São Carlos - SP, em que o modelo de atenção à saúde vem sendo reorientado pela Secretaria Municipal de Saúde no sentido de uma transformação progressiva, adotando a Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da Rede de Atenção Básica. Este trabalho foi desenvolvido nas USF do município existentes até dezembro de 2008, no total de 11 unidades e os sujeitos da pesquisa foram os auxiliares de enfermagem que atuavam nessas unidades. Em um universo de 20 profissionais, 17 aceitaram participar do estudo.

O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do município e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, sob Parecer n.º. 353/2007.

A primeira etapa constituiu-se da aproximação com os sujeitos do estudo por meio de contato telefônico em que foram discutidos com os participantes as diretrizes do projeto para obtenção do aceite para seu desenvolvimento.

Na etapa seguinte, utilizou-se a técnica da entrevista

que possibilitou a caracterização dos sujeitos e apreensão de seus discursos a respeito da compreensão sobre suas atividades cotidianas nas Equipes de Saúde da Família. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas, combinando perguntas fechadas e abertas por meio de um roteiro, orientado pelos objetivos da pesquisa com questões norteadoras.

Obtiveram-se dados de identificação (sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade) e da trajetória profissional, dirigindo o discurso para a caracterização do trabalho na Unidade de Saúde.

As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas no local de trabalho dos entrevistados em dia e horário previamente agendados e, posteriormente, transcritas integralmente. Antes do início de cada uma delas, o entrevistado era esclarecido quanto aos objetivos do estudo e solicitado seu consentimento por escrito, para que os dados pudessem ser trabalhados e divulgados, mantendo seu anonimato. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram todos assinados e arquivados.

Os dados gerados pelas entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo, utilizando a técnica de análise categorial temática<sup>(11)</sup> que requer o desmembramento do texto em unidades temáticas, tomando como base os objetivos deste estudo.

Em uma análise categorial temática, busca-se “*identificar os núcleos de sentido que representam uma comunicação cuja presença ou frequência tenham relevância para o objetivo visado*”<sup>(12)</sup>. As falas dos participantes foram apresentadas, para efeito de análise, por meio de um código composto pela palavra “sujeito”, seguido de um número de 1 a 17, determinado de maneira aleatória, para garantia de seu anonimato.

## RESULTADOS

Os 17 entrevistados encontravam-se na faixa etária de 24 a 54 anos (média de 37,4 anos) e apenas um era do sexo masculino. Do total, 10 (58,8%) eram casados, 5 (29,4%) solteiros e 2 (11,8%) divorciados. Em relação ao maior grau de escolaridade, 8 (47,1%) completaram o curso de auxiliar de enfermagem, 7 (41,2%) o de técnico de enfermagem e 2 (11,8%) possuíam superior completo em enfermagem. Quanto ao tempo de formação em enfermagem, os entrevistados tinham de 4 a 25 anos de formação (média de 9,7 anos) e trabalhavam em USF de 1 mês a 4 anos (média de 2 anos). Do total, 11 (54,7%) trabalharam em apenas uma USF, 5 (29,41%) em até duas USF e 1 (5,89%) em três USF. Em relação à composição da equipe de trabalho das unidades dos entrevistados, sete estavam completas e quatro incompletas (com reduzido número de agentes comunitários e auxiliares de enfermagem), além disso, apenas uma equipe não contava com a presença dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade da

Universidade Federal de São Carlos.

Com base na análise dos discursos, foi possível definir quatro categorias expostas a seguir.

### Atividades profissionais pautadas no procedimento

Quando indagados em relação às atividades que desenvolviam em seu cotidiano de trabalho, os auxiliares de enfermagem entrevistados destacaram sobretudo aquelas relacionadas aos procedimentos de enfermagem, específicos da profissão e do acolhimento.

*“Faço vacina, curativo, peso criança, eu tiro ponto, entrego remédio, pré e pós consulta praticamente tudo, né”.* (sujeito 3)

*“Eu acho que o principal é isso, acolhimento e procedimento, acolhimento e procedimento, acolhimento e procedimento”.* (sujeito 5)

O acolhimento para estes profissionais é considerado uma atividade oferecida à população, um tipo de atendimento prestado ao usuário da demanda espontânea para avaliar a queixa e decidir se o usuário deve ser encaminhado para consulta médica ou avaliação da enfermeira. Na maioria das unidades de saúde, o auxiliar de enfermagem é o profissional responsável por esse atendimento, como uma etapa do processo de trabalho.

*“... e está sendo assim: passa o acolhimento para a enfermeira e a enfermeira passa para a médica ou quando não está bem, a gente passa direto”.* (sujeito 10)

*“... e ele por ser agente comunitário não faz acolhimento”.* (sujeito 3)

### Formação de vínculo com paciente/família, como algo prazeroso

Esta categoria está relacionada com as facilidades encontradas pelos auxiliares de enfermagem no desenvolvimento de seu trabalho na ESF. De forma hegemônica, o discurso dos sujeitos aponta para a concepção de que esta estratégia proporciona aos profissionais oportunidades de estabelecer maior contato com o paciente e família e a seu modo de vida, criando vínculo entre trabalhador e usuário, trazendo satisfação ao profissional e confiança ao usuário.

*“Por que eu gosto de PSF, me identifiquei bastante. A aproximação que você tem do usuário, de você conhecer melhor ele, fazer um pouco parte da vida dele, que acaba fazendo, né. Acaba conhecendo, conhece o bairro todo, conhece todo mundo e ele te conhece”* (sujeito 14).

### Grande demanda como maior dificuldade

Em relação às dificuldades encontradas pelos auxiliares de enfermagem em seu cotidiano de trabalho, o que ficou mais evidente foi a sobrecarga de trabalho criada pela grande demanda atendida na unidade.

*“O que dificulta é que tem bora que dá a impressão que é mais que*

*“você poderia fazer, você acaba acelerando, se atropelando”*. (sujeito 3)

Como explicação a esta demanda excessiva, os sujeitos apontam o desconhecimento da população sobre a proposta da ESF e do grande número de famílias sob responsabilidade da equipe.

*“A gente fica aqui engolida em uma demanda porque a população não entendeu o que é unidade de saúde da família, PSF que o pessoal fala e confunde com UBS”*. (sujeito 5).

*“Aqui é uma unidade que tem a população, o Ministério da Saúde preconiza quatro pessoas por família e aqui são 20, 25, são mais de quatro mil pessoas, então, assim, é muita gente”*. (sujeito 6)

### **Número reduzido de capacitações/ atualizações**

Outro entrave identificado no discurso dos profissionais no desenvolvimento de suas atividades com qualidade foi o número reduzido de capacitações voltadas ao auxiliar de enfermagem. Estas são oferecidas esporadicamente, e os temas, muitas vezes, não condizem com as reais necessidades do cotidiano do processo de trabalho. Além disso, a maioria dos profissionais relatou não ter tido uma formação específica para o trabalho em saúde da família e, ao serem designados a esta função também não receberam capacitação específica. Eles reconhecem a necessidade de melhor preparo para atuar com o usuário e família que extrapola a formação pautada no procedimento.

*“Eu acho que a administração, não sei se é a administração que faz isso. Não sei se estou falando besteira, mas eu acho que deveriam fazer um planejamento em cima do auxiliar também, capacitar este profissional por que ele tem uma limitação. É um profissional de nível médio, e ele assim, pelo menos, quando eu fiz o curso me deu a entender que eu não ia ser um profissional de tanto saber, de tanto conhecimento, mas um profissional de procedimento, sabe, eu me formei na auxiliar de enfermagem e achava que eu tinha que fazer procedimento, eu não precisava saber tanto e hoje para trabalhar na Saúde da Família, principalmente, eu acho que ele exige que você saiba mais”*. (sujeito 5)

## **DISCUSSÃO**

Um dos grandes problemas encontrados na avaliação dos resultados da ESF<sup>(4-5)</sup> é a limitação dos estudos apenas à quantidade de procedimentos e atendimentos, havendo, portanto, a necessidade de “... agregar uma abordagem qualitativa desse processo. Por sua vez, esta deve perceber melhor a forma como as práticas de saúde no programa vêm sendo concebidas, tendo em vista o objetivo de contribuir com a promoção de transformações e melhorias do sistema de atenção básica à saúde”<sup>(4)</sup>.

Na primeira categoria, os sujeitos consideraram que realizam basicamente atividades pautadas nos procedimentos e no acolhimento, e este último também

é visto como um procedimento. Quando se considera que o acolhimento é mais uma atividade a ser desenvolvida, corre-se o risco deste deixar de ser uma atitude da equipe e do serviço diante do usuário e de suas necessidades para ser apenas mais um procedimento de produção, perdendo seu potencial de dispositivo de gestão para a reorganização do processo de trabalho comprometido com as necessidades da população<sup>(13)</sup>. O processo de acolhimento é reconhecido como uma importante ferramenta, e a utilização dessa tecnologia leve deve ser realizada na perspectiva de implantação de novas práticas de saúde e humanização contrário ao uso do acolhimento, como um procedimento técnico<sup>(8, 14)</sup>.

Para evitar a perda desse potencial de gestão, alguns autores<sup>(4,8,14)</sup> discutem e propõem que o programa tenha ênfase na “Promoção da Saúde”, como estratégia diferenciadora da ESF em relação ao modelo tradicional, dando prioridade à intervenção social pelos serviços de saúde e não só a realização de procedimentos e atendimentos como foi relatado pelos entrevistados.

Na adoção dessas práticas centradas no usuário, é necessário o desenvolvimento de capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e promover a autonomia<sup>(14)</sup>. Neste sentido, o processo de acolhimento pelos auxiliares de enfermagem tem extrema importância no paradigma ideal da ESF.

Este posicionamento contrapõe a lógica predominante dos processos de produção das ações de saúde, cujos modelos assistenciais configuram-se como produtores de procedimento técnico sem se preocupar ou assumir compromissos de resolutividade e integralidade com os usuários e suas necessidades, utilizando sobretudo tecnologias duras e leve duras<sup>(15)</sup>. Os procedimentos passam a ser a finalidade última do trabalho.

Os processos produtivos centrados nos procedimentos voltam-se mais para os objetos do que para aquilo que seria propriamente sua finalidade, a de produzir cuidados, para que as pessoas possam viver melhor suas vidas. A ação de saúde centrada na lógica da produção de cuidado traduz-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de produzirem os procedimentos inerentes ao caso centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento, na autonomia do usuário no cuidado de si, utilizando sobretudo as tecnologias leves que produzem bens-relação<sup>(16)</sup>.

Outro aspecto de tensão na produção de ações de saúde, indicado por Merhy<sup>(15)</sup> está no trabalho em saúde, como resultado das ações de uma equipe e a produção de ações mais restritas e presas às competências de determinados trabalhadores. Quando se trabalha sob a ótica do modelo médico centrado em que o trabalho se organiza para atuar sobre os problemas por meio do

atendimento médico, diminuindo a dimensão cuidadora da equipe. O trabalhador de saúde para atuar como operador do cuidado precisa assumir seu papel de cuidador e ampliar suas habilidades incorporando em seus recursos e instrumentos de ação as tecnologias leves, tecnologias de relação, promovendo ganhos de autonomia dos usuários e compromissos com a defesa da vida<sup>(16)</sup>.

Como principal facilidade no cotidiano do trabalho, os profissionais apontam que a ESF proporciona a construção de vínculo entre trabalhador e usuário. O vínculo implica estabelecer relações tão próximas e tão claras que todo o sofrimento alheio causa sensibilização do profissional de saúde com o usuário pelo seu bem-estar<sup>(17)</sup>. Esse vínculo amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais como pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição do sujeito que fala, julga e deseja<sup>(18)</sup>. No encontro do trabalhador com o usuário, pode ser identificado durante o trabalho vivo em ato, que consiste no trabalho em ação, que está em processo de construção. Nesse encontro, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição dentro de um objetivo que se pretende atingir<sup>(19)</sup>.

Em relação às dificuldades encontradas pelo auxiliar de enfermagem no cotidiano do trabalho, a principal apontada é a grande demanda, fato observado em outros estudos<sup>(4,6,8,14)</sup>. A relação entre o auxiliar de enfermagem e o usuário produz diversos avanços para a saúde da população. “No entanto, era unânime a percepção de que esses avanços ficavam prejudicados pelo dimensionamento inadequado entre equipe e população”<sup>(6)</sup>. A implementação eficiente da Estratégia Saúde da Família pode ser prejudicada em razão dos problemas de acesso (relação inadequada entre equipe e número de famílias) a essa dificuldade de acesso complica as vantagens obtidas nos demais itens acima descritos pela sobrecarga das equipes.

Muitas vezes, esta situação de trabalho gera insatisfação profissional, pois na visão dos trabalhadores isso impede a realização de atividades direcionadas à promoção à saúde, mostrando-se como um obstáculo ao anseio de substituir o modelo curativo que continua na maior parte das atividades da equipe; por outro lado, com características predominantemente preventivas e promocionais propostas pela Estratégia Saúde da Família.

Como solução ou melhorias para esse obstáculo ocasionado pela alta demanda são apontadas a necessidade de maiores investimentos na adequação das equipes, a integração das equipes e serviços da Unidade Básica de Saúde para compartilhamento de recursos e interconsultas, investimentos nos demais níveis de complexidade e não apenas na atenção básica, reorganização e reorientação do

modelo assistencial da saúde<sup>(6-7)</sup>.

Outra dificuldade apontada é o número de capacitações voltadas ao auxiliar de enfermagem. Na fala dos sujeitos, inexistente uma Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) no município, conforme adotada pelo Ministério da Saúde, como estratégia para recompor práticas de formação, atenção, gestão formulação de políticas e participação da sociedade no setor saúde<sup>(20-21)</sup>.

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa que promove e produz sentido e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais reais em ação na rede de serviços. Os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomam como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde e têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturadas com base na problematização do processo de trabalho. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central<sup>(20-21)</sup>. A EPS para profissionais de saúde da família é vital para o desenvolvimento e eficiência do trabalho com a população, sendo um espaço privilegiado para o desenvolvimento da educação permanente uma vez que deve articular a promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e acolhimento, assim como serviços de saúde de maior complexidade, de acordo com a necessidade de saúde da população<sup>(21)</sup>.

Um autor<sup>(22)</sup> afirma que a lógica da EPS submeteria os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos à saúde da população e da universalização e equidades das ações e dos serviços de saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer mais profundamente a prática do auxiliar de enfermagem, sob sua perspectiva, na Estratégia Saúde da Família, evidenciou a grande importância desse profissional na equipe de saúde, porém suas potencialidades ainda são pouco exploradas.

Ao pautar suas atividades na produção de procedimentos, o modelo curativo e imediatista é reforçado contrariando a missão do próprio. SUS que é a de produção de cuidado integral e de promoção à saúde. Na busca da mudança do modelo de atenção é necessário que este profissional instrumentalize-se das tecnologias de relações, centrando as ações de saúde na lógica de produção de cuidado que se traduz no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do

usuário. O estudo apontou que o acolhimento tem propiciado a construção de vínculo entre a equipe e o usuário e que isso tem proporcionado satisfação no trabalho. O excesso de demanda, principal dificuldade, provoca uma centralização na execução de procedimentos técnicos desvinculados do cuidado integral.

Para isso, há necessidade de qualificar o acolhimento e o vínculo na relação com o usuário dentro e fora da unidade, a fim de gerar responsabilização e autonomia no cuidado.

Para o desenvolvimento desses aspectos, a capacitação do auxiliar de enfermagem, tanto na formação como no serviço é de extrema importância. Em relação à formação,

percebe-se a necessidade de construir um currículo visualizando o perfil do novo profissional para a ESF e para o SUS. No cotidiano do trabalho, é essencial investir em novas formas de capacitação profissional e aponta-se a Educação Permanente em Saúde como estratégia fundamental. A introdução da educação permanente retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para a de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão, consolidando o reordenamento das práticas direcionadas para a integralidade da atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica = Pan Am J Public Health*. 2007;21(2-3):164-76.
3. Germano RM, et al. Capacitação das equipes de PSF: desvendando uma realidade. In: Castro JL, organizador. *Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto*. Natal: Observatório RH NESC/UFRN; 2007. p. 105-32.
4. Favoreto CAO, Camargo Júnior KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família com uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis (Rio J)*. 2002;12(1):59-75.
5. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(Supl 1):1325-35.
6. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia da Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2008;24(Supl 1):S7-16.
7. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial: [revisão]. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):113-8.
8. Nery SR, Nunes EFP, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(Supl 1):1411-9.
9. Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, Moura AS. A prática do auxiliar de enfermagem do programa de saúde da família. *Rev Latinoam Enferm*. 2004;12(5):713-20.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
13. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2007;23(2):331-40.
14. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2008;24(Supl 1):S100-10.
15. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
16. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface Comun Saúde Educ*. 2004-2005;9(16):9-24.
17. Rizzotto MLF. As políticas de saúde e humanização da assistência. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(2):196-9.
18. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 29-87.
19. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
21. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Rev Eletrônica Enferm*. 2007;9(2):389-401.
22. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ*. 2004-2005;9(16):161-77.