

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS-MG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LIDIEGE TERRA SOUZA E GOMES

PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA:
Estudo em Unidades do Programa de Saúde da Família

ALFENAS/MG
2013

LIDIEGE TERRA SOUZA E GOMES

**PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA:
Estudo em Unidades do Programa de Saúde da Família**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior.

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Zélia Marilda Rodrigues Resck.

ALFENAS/MG
2013

Gomes, Lidiege Terra Souza e.

Processo de trabalho da enfermagem em atenção primária: estudo em unidades do programa de saúde da família / Lidiege Terra Souza e Gomes. - 2013.

98 f. -

Orientador: Sinézio Inácio da Silva Júnior.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2013.

Bibliografia.

1. Trabalho 2. Enfermagem. 3. Saúde da Família. I. Silva Júnior, Sinézio Inácio da. II. Título.

CDD: 614



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



LIDIEGE TERRA SOUZA E GOMES

**“PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA:
Estudo em Unidades do Programa de Saúde da Família”**

A Banca examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação apresentada como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pela Universidade Federal de
Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 01/03/2013

Prof(a). Dr(a). Sinézio Inácio da Silva Júnior
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG

Assinatura: 

Prof(a). Dr(a). Carlos Tadeu Siepierski
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG

Assinatura: 

Prof(a). Dr(a). Glória Lúcia Alves Figueiredo
Instituição: Universidade de Franca - UNIFRAN

Assinatura: 

Para aqueles que me ensinaram as
coisas mais importantes da vida:
Lucas, Olívia e Lívia. Com todo meu
amor.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento desta dissertação fez necessário o esforço conjunto de vários colaboradores, sem os quais não seria possível.

Ao Magnífico Reitor da Universidade Federal de Alfenas, **Prof. Dr. Paulo Márcio de Faria e Silva**.

Ao Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação, **Prof. Dr. Antônio Carlos Doriguetto**.

Ao Pró-Reitor Adjunto de Pesquisa e Pós-Graduação/Coordenador de Pesquisa, **Prof. Dr. Marcos José Marques**.

À Coordenação de Pós-Graduação, na pessoa da **Prof.^a Dr.^a Marília Caixeta Franco Ariosa**.

À **Prof.^a Dr.^a Clícia Valim Cortês Gradim**, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, pela contribuição durante o curso de mestrado.

A Secretária de Pós-Graduação da UNIFAL, na pessoa da Secretária do programa **Sr.^a Martha Priscila Azevedo**, pela atenção e disposição aos questionamentos e requerimentos.

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** pelos conhecimentos transmitidos e estímulo à produção científica.

Aos **Colegas mestrandos** pelas discussões científicas, pelos ensinamentos, pela companhia e muitas experiências compartilhadas.

Aos **Professores Dr.^a Maria Regina Martinez e Dr. Carlos Tadeu Siepierski**, pelas sugestões e contribuições no Exame de Qualificação.

Aos **Profissionais Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família de Alfenas-MG**, que participaram como voluntários da pesquisa e principalmente por concederem parte de seu inestimável tempo, contribuição impar á pesquisa de forma geral.

A **Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG**, seus representantes, por autorizarem a realização deste estudo no município.

A **Fundação de Amparo e Pesquisa de Minas Gerais-FAPEMIG**, pela bolsa de pós-graduação concedida.

Aos autores **Maria Cecília Ferro Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Maria Cecilia Puntel de Almeida** (*in memorian*), **Emerson Elias Merhy, Semiramis Melani de Melo Rocha**, pelos seus estudos que a cada momento e dúvida foram fonte de inspiração e estímulo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a todos que de diversas maneiras contribuíram para o alcance de tantas conquistas e com quem compartilho a alegria da realização deste trabalho. Sem muitas formalidades:

Ao **Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior**, pela oportunidade, assertividade e profissionalismo com que conduziu a orientação deste trabalho. Por me amparar durante a realização do Programa de Aprimoramento em Docência (PAD), pelas valiosas contribuições durante a qualificação, e principalmente por me acolher aceitando o desafio de construirmos juntos este trabalho.

A **Prof.^a Dr.^a Zélia Marilda Rodrigues Resck**, pela co-orientação deste trabalho e pela atitude acolhedora diante de minha aspiração à inserção neste Programa de Pós-Graduação.

Ao **Prof. Dr. Carlos Tadeu Siepierski**, pelo aprendizado que representa a oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa Sociedade e Cultura Contemporâneas sob sua coordenação.

A **Prof.^a Dr.^a Glória Lúcia Alves Figueiredo**, por sua disposição para a composição dos membros da banca de avaliação desta dissertação, o que representa sua contribuição à minha formação.

A **Prof.^a Dr.^a Miriam Monteiro de Castro Graciano**, pelo encorajamento e confiança desde o começo, pela certeza depositada na minha capacidade. Por todo apoio, os ensinamentos inspiradores, seus conselhos, sua paciência e compreensão.

Aos meus amigos: **Beatriz Lima, Fernanda Meireles, Alexandre Brito, Priscila Duarte e Cristina Moraes** pela companhia, o compartilhar de trabalhos e lazer que nos proporciona a identificação de semelhanças e diferenças entre ideias, planos e sonhos.

A toda minha família, principalmente meus amados pais **Lucas e Olívia**, pelo carinho e amor com que se dedicam a mim sempre, pela paciência e zelo, pelos incentivos, conselhos e ensinamentos. E minha irmã **Lívia** por me responder exatamente o que significa o sentimento de irmandade por meio do seu carinho e sua fiel amizade; o **Gustavo** meu cunhado pela atenção e ajuda indispensáveis nos momentos de buscas de conhecimentos.

Ao meu **Anjo da Guarda** que ilumina meu caminho todos os dias da minha vida, que enche meu coração de fé e esperança por meio de seus cuidados incansáveis.

Ao meu **Deus** amado, que nos momentos mais oportunos me ensinou a disciplina, a perseverança e o perdão. Tendo levantado tantos que me auxiliaram e vencido comigo mais esta etapa da minha vida.

A todos minha gratidão.

*“Pensamos como proprietários.
O meu livro, o meu sentimento, o meu sonho.
Acreditamos que somos autores.*

A obra de...

A vida de...

A utopia de...

*...Mas o homem produz, cria, inventa e acontece nos
encontros.*

*A obra, o amor e a utopia traduzem encontros de alguém que
se faz inventor.*

*Todavia, esses inventos internos e externos são filhos de uma
potência criativa, de um agenciamento que se localiza entre...*

Somos objetos e sujeitos...

*Só nos tornamos, no entanto, o sujeito de uma ação ou reação
quando sobre nos atua a vida.*

*Vida reinventada que no entre de uma relação se fez espaço,
necessidade, possibilidade e ferramentas de um ato
genuinamente criativo.” (BICHUETTI, 2000, p.131)*

RESUMO

O objetivo deste estudo é identificar a concepção dos enfermeiros sobre seu processo de trabalho na Saúde da Família, por meio de suas falas. A natureza do problema de pesquisa parte de um quadro conceitual formado pelos conceitos de trabalho em saúde, processo de trabalho, organização do trabalho em saúde e Estratégia de Saúde da Família, fundamentando-se no modelo teórico de Mendes Gonçalves. Desenvolve-se em uma perspectiva de descoberta descritiva e transversal, a partir dos dados empíricos. Os sujeitos do estudo são 13 enfermeiros engajados na Saúde da Família de um município de médio porte. O material empírico foi coletado por meio de entrevista semi-estruturada e analisado por meio da técnica de análise de conteúdo. O estudo permitiu identificar a relação existente entre os elementos do processo de trabalho e a produção de cuidado resultante. A resolutividade, ou não, pode ser refletida por meio do relato de produção do trabalho pelos enfermeiros. As limitações na apreensão do processo de trabalho dos enfermeiros são evidentes a partir do momento em que os profissionais relatam o quão subordinados estão ao cumprimento de normas e rotinas, prejudicando a visão do todo e fragmentando os elementos do seu processo de trabalho. É indispensável estabelecer sistemas organizados de processos de trabalho em saúde, especialmente na enfermagem no âmbito da Saúde da Família, visando o alcance de objetivos e garantia da qualidade da produção. Para tanto, recomenda-se a discussão desse tema durante a formação do profissional, sua discussão nos espaços de participação política dos profissionais, além de sua reconquista dentro do ambiente de trabalho.

Palavras chave: Processo de trabalho em saúde. Enfermagem. Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim of this study is to identify the conception of nurses about their working process in Family Health, through his lines. The nature of the research problem starts from a conceptual framework formed by the concepts of health work, work process and work organization in health and family health strategy, taking account the theoretical model of Mendes Gonçalves. It develops in a descriptive and transversal perspective of discovery considering empirical data. The subjects are 13 nurses engaged in Family Health in a average city. The empirical material was collected through semi-structured interviews and analyzed by content analysis. The study identified the relationship between the elements of the work process and the production of care. The resolvability, or not, can be reflected by the work realized and reported by nurses. The limitation in the prehension of the work process by nurses are evident from the moment they report how professionals are subject to compliance with rules and routines, impairing the vision of the whole and fragmenting the elements of their work process. It is essential to establish organized systems of work processes in health care, especially in nursing under the scope of Family Health, aimed at the achievement of objectives and quality assurance of the production. Therefore, it is recommended to discuss this issue during the professional formation and in the spaces of political participation of the professionals, besides its reconquest within the work environment.

Keywords: Process health work. Nursing. Family Health.

Listas de Quadros

Quadro 1	Distribuição das unidades/equipes de Saúde da Família na rede básica de atenção à saúde do município de Alfenas-MG, 2012, segundo equipes existentes, sede própria, natureza da organização e esfera administrativa.....	17
Quadro 2	Cenário dos serviços de saúde segundo os profissionais entrevistados quanto à população adscrita, mapeamento e atualização.....	20
Quadro 3	Perfil dos gerentes dos serviços de saúde entrevistados quanto ao sexo, tempo de formado, tempo na função e outras áreas de experiências anteriores.....	20
Quadro 4 -	Perfil profissional dos entrevistados segundo tipo de vínculo empregatício, outros vínculos e especialização.....	22
Quadro 5	Divisão do trabalho por competências operacionais, gerenciais e educativas.....	23

Lista de abreviações e siglas

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
<i>BIREME</i>	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
f	Feminino
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<i>LILACS</i>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<i>MEDLINE</i>	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
<i>MP3</i>	<i>Music Player 3</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnico em Higiene Dental
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	17
1	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	A PERSPECTIVA DO ESTUDO.....	20
1.2	JUSTIFICATIVA.....	22
1.3	DESTACANDO OS PRESSUPOSTOS DO ESTUDO.....	23
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	OBJETIVO GERAL.....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	REFERENCIALTEÓRICO E CONCEITUAL.....	25
3.1	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ASPECTOS HITÓRICOS E CONCEITUAIS.....	25
3.2	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE – ASPECTOS CONCEITUAIS.....	27
3.3	A ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL EM SAÚDE PÚBLICA.....	29
3.4	ESTADO DA QUESTÃO: BUSCANDO BIBLIOGRAFIAS.....	32
4	MATERIAL E MÉTODO.....	39
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	39
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	41
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	44
4.4	A COLETA DE DADOS.....	45
4.5	A ANÁLISE DOS DADOS.....	47
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	48
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
5.1	CENÁRIO E PERFIL DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES ESTUDADAS.....	50
5.1.1	Conhecendo os Cenários.....	50
5.1.2	Apresentando os sujeitos do estudo.....	54
5.2	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, SEGUNDO A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.....	64
6	CONCLUSÕES.....	78

6.1	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	82
6.2	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	82
6.3	SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES.....	83
	REFERÊNCIAS.....	84
	ANEXO A- Anuência do Comitê de Ética em Pesquisa.....	93
	APÊNDICE A- Carta de solicitação de autorização.....	94
	APÊNDICE B- Termo de concordância.....	95
	APÊNDICE C- Carta de apresentação dos objetivos.....	96
	APÊNDICE D-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97
	APÊNDICE E- Roteiro de Entrevista.....	98

APRESENTAÇÃO

Todo progresso humano decorre da busca incessante do conhecimento. Pensadores, cientistas, pesquisadores e acadêmicos de todos os tempos destacam-se dissertando sobre os mais variados temas, enriquecendo a inteligência e moldando técnicas. Entretanto, é preciso admitir que em uma mesma sociedade as concepções de um e outro irão variar conforme a cultura e os interesses imediatos de cada um. Ninguém nega a importância dessas concepções no processo de evolução sociocultural. Todavia, todas elas embora respeitáveis, quase sempre revelam uma visão exclusivista, estando ainda muito ligadas à personalidade humana.

No presente trabalho procurou-se focalizar o tema “processo de trabalho em saúde” na perspectiva de enfermeiros da Saúde da Família. Evitou-se o pensamento intuitivo transformador da realidade encontrada, por considerar-se que essa postura impede a visão do todo, afinal ninguém pode transformar o outro, é o outro que será transformado com o decorrer dos tempos, a evolução é contínua e depende de muitos fatores.

Apesar disso, foi possível observar, a partir de uma perspectiva singular, na atuação exclusiva de receptora e pesquisadora do processo de trabalho dos enfermeiros do âmbito da Saúde da Família, mesmo durante a coleta de dados, pré-análises, análises e discussão dos resultados, por meio do discurso dos sujeitos do estudo, os desafios que surgem na execução de seu desenvolvimento neste âmbito.

Esta perspectiva permitiu à pesquisadora uma posição privilegiada de investigação, na medida em que se tem o acesso à fala, à reflexão, ao contexto individual de cada um dos participantes. Além disso, a boa relação com os participantes foi extremamente importante para a execução do trabalho, na qual se manteve uma posição ética, responsável, respeitosa e de simpatia para com os sujeitos.

Deste modo, verificou-se que grande parte dos desafios vividos na Saúde da Família, principalmente quanto à efetivação de políticas e de boas práticas em saúde, encontra em seu cerne, uma falta de gerência e incompreensão sobre as competências profissionais. Do ponto de vista do

planejamento e gestão, torna-se fundamental lançar um olhar investigativo sobre os processos de trabalho das equipes de saúde, voltando-se para questões organizacionais que possam suscitar novos elementos para intervenções nesta área.

É possível que estas intervenções sejam realizadas de acordo com as necessidades locais de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Outrossim, a Atenção Primária à Saúde (APS), e a Estratégia Saúde da Família (ESF) são o melhor caminho para o alcance das práticas resolutivas de saúde, considerando o projeto de sociedade presente em seus princípios a favor da saúde como direito de todos e dever do Estado, dos trabalhadores do Sistema e de seus usuários.

A apresentação final do trabalho está disposta em seis capítulos da seguinte maneira:

No capítulo 1 - busca-se a introdução ao tema, por meio da perspectiva do estudo sua justificativa e os pressupostos do estudo.

No capítulo 2 - apresentam-se os objetivos do presente estudo: geral e específicos.

No capítulo 3 - a natureza do problema de pesquisa parte de um quadro conceitual de trabalho em saúde, processo de trabalho e organização do trabalho em saúde fundamentado no modelo teórico de Mendes Gonçalves e os modelos de assistência à saúde implantados no Brasil em especial a ESF. A abordagem teórica a respeito dessa temática é sustentada pelo referencial teórico conceitual de Donnangelo, Mendes-Gonçalves, Merhy, Rocha, Almeida e outros, nos três primeiros tópicos: “A Estratégia Saúde da Família”; “Processo de trabalho em Saúde” e “A Enfermagem como prática social no campo da Saúde Pública”. Apresentam-se também em “O estado da questão: Buscando bibliografias”, estudos buscados em bases bibliográficas que abordam sobre o objeto de que trata esta investigação, bem como questões a ele relacionadas.

No capítulo 4 - descreve-se o percurso metodológico, com uma perspectiva de descoberta descritiva, transversal e sua respectiva abordagem qualitativa, o campo de estudo e suas características, os sujeitos do estudo das Unidades de Saúde da Família, a coleta dos dados empíricos, os procedimentos para análise dos dados empíricos, e os aspectos éticos que regeram este estudo.

No capítulo 5 - são apresentados os resultados do estudo. Estes são apresentados juntamente com a discussão com base em outros estudos e no material consultado. A organização deste capítulo está dividida em duas seções: “Cenário e perfil dos profissionais das unidades estudadas” e “Organização dos serviços segundo a concepção dos profissionais entrevistados”.

No capítulo 6 - são apresentadas as conclusões que emergiram deste estudo, bem como contribuições, sugestões e recomendações.

Dessa forma, o que se apresenta são considerações sem a pretensão de transformar e convencer. Finalmente, as reflexões que surgem no constante esforço de conhecer, aprender e poder serão sempre consideradas como temporárias e inacabadas.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A PERSPECTIVA DO ESTUDO

Analisando o histórico de saúde do país, observa-se que constantemente o trabalho em saúde vem sofrendo mudanças. As mudanças ocorridas durante os séculos passados refletem no atual processo de trabalho dos profissionais de saúde. Para compreender melhor o processo de trabalho em saúde hoje é necessário contextualizar como vem ocorrendo as transformações neste âmbito, sendo de interesse para o presente estudo o que diz respeito ao trabalho dos enfermeiros em Saúde da Família.

Como proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira a Constituição Federal do Brasil estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Em 1988, instituiu-se o SUS para assegurar os direitos constitucionais aprovados e consolidá-los (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996). Desde então, mudanças decisivas para a implantação de práticas da Atenção Básica à Saúde (ABS) vêm sendo adotadas.

Progressos já foram alcançados, um exemplo é a adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde (MS). Esta Estratégia é um instrumento que pode ser empregado no sentido da municipalização das ações, aproximando o SUS da população e permitindo o avanço das práticas em saúde. Contudo, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados, especialmente no que se refere ao processo de trabalho dos enfermeiros que nela atuam.

Hoje os enfermeiros constituem um contingente significativo de trabalhadores nos serviços de saúde, e com a implantação da ESF estes profissionais têm alcançado um espaço mais amplo no campo da saúde (ALMEIDA; ROCHA, 2000). No entanto, pouco se investiga como a prática desses trabalhadores tem se processado frente às perspectivas de mudanças no modelo de produção em saúde.

A enfermagem é uma prática social visto que, ela estabelece relações com as dimensões econômicas, culturais e sociais de uma sociedade e ainda atua com diversos profissionais dentro da área de saúde, participando da equipe multiprofissional de saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Assim, a

enfermagem vai além da competência técnico-científica, pois ela também se transforma com o passar dos anos e suas decorrentes atualizações.

Posto isso, o presente estudo utiliza a fundamentação teórica e conceitual baseada no processo de trabalho em saúde sistematizado por Mendes Gonçalves (1992), no intuito de identificar o processo de produção das ações atuais em saúde pelo enfermeiro na Saúde da Família. Segundo este mesmo autor o trabalho humano é composto por atividades que transformam intencionalmente algo que existia em algo que resultará na realização de um objetivo, e deste modo, o agente para executar uma dada ação irá planejar aquilo que ele deseja produzir.

A partir do reconhecimento das necessidades de saúde o trabalhador planeja suas ações, utilizando elementos básicos do processo de trabalho para a produção delas, que de acordo com a sistematização de Mendes Gonçalves (1992) são os seguintes: objeto, instrumentos, produto e finalidade. Estes elementos se articulam dentro do processo de trabalho em saúde de acordo com a concepção do profissional.

O objeto é aquilo sobre o que se trabalha, para se obter o produto. Os agentes são os seres transformadores da natureza. Estes seres vão utilizar instrumentos para alterar a natureza, esses instrumentos podem ser físicos ou não (SANNA, 2007). Os instrumentos sejam eles físicos ou não físicos são utilizados pelo profissional após o reconhecimento de uma necessidade de saúde de um indivíduo e/ou comunidade por meio da compreensão sobre o trabalho que se executa e das subjetividades que compõem o modo de agir do mesmo.

A finalidade vai ao encontro da necessidade reconhecida e é relacionada com os demais elementos que fazem parte do processo de trabalho. Os produtos de um trabalho são elementos materiais notáveis ou não que causam algum efeito (SANNA, 2007). Desta maneira, os produtos são consequências da utilização de instrumentos pelos agentes para transformar o objeto, que estão inseridos em um meio social e por isso são influenciados pelo tempo e lugar em que se encontram.

Desta forma, este estudo aborda o tema processo de trabalho em saúde, mais especificamente a atuação do enfermeiro na Saúde da Família, e

sua concepção¹ sobre o processo de trabalho exercido na mesma, visto que, o seu modo de agir será antes pensado e planejado conforme o momento histórico e o meio em que está inserido, sendo então constantemente transformado. Nessa perspectiva, ao apreender-se o desenvolvimento do processo de trabalho dos enfermeiros na Saúde da Família é possível perceber por meio dos discursos destes profissionais como o trabalho deles está sendo construído.

1.2 JUSTIFICATIVA

Crescentemente enfatiza-se a atuação do enfermeiro nas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Para tanto, são necessárias estratégias que visem à educação em saúde contribuindo para formação ou construção de uma nova cultura em saúde. Ao mesmo tempo, é de fundamental importância a disposição para submeter-se ao debate e crítica aberta, visto que, tanto a crítica como o debate auxiliam a tomada de melhores decisões no futuro, partindo das experiências atuais. Ademais, todo profissional deve resgatar conceitos e valores para sua aplicação, seja na prática e/ou na teoria.

O trabalho do enfermeiro na Saúde da Família se constitui por várias ações, podendo ser individuais ou grupais, normalmente os seus objetivos são: monitorar as condições de saúde, monitorar e levantar problemas de saúde, exercendo uma prática comunicativa que busca a autonomia dos indivíduos. Frente a isso, o presente estudo visa estabelecer uma comunicação entre a teoria e a prática caracterizando o processo, identificando o objeto, a finalidade, os meios e o instrumento utilizados nesta última.

Assim, o presente estudo visa contribuir com a literatura científica nacional sobre um tema emergente e significativo nas práticas em saúde, valorizando a discussão sobre a relação entre organização e produção do cuidado, discutida a partir do depoimento de profissionais, sujeitos da ação no Programa de Saúde da Família.

¹ Lalande (1999) conceitua: "Concepção: "todo ato do pensamento que se aplica a um objeto [ou] mais especificamente ainda, operação que consiste em apoderar-se de ou formar um conceito."

1.3 DESTACANDO OS PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

Esta investigação foi conduzida mediante a formulação dos seguintes pressupostos:

1) Tendo em vista as referências consultadas supõe-se que o processo de trabalho da enfermagem na Saúde da Família seja relevante para o meio científico, contribuindo para a avaliação e reorientação da prática profissional.

2) A Saúde da Família ofertou à enfermagem um espaço maior para a execução de atividades no campo da APS, portanto, como espaço privilegiado de atuação a Saúde da Família tende a ser valorizada por estes profissionais.

3) O enfermeiro que atua na Saúde da Família deve planejar e desenvolver ações de modo a suprir as necessidades com resolubilidade, organizando seu processo de trabalho em saúde.

4) Os desafios vividos na Saúde da Família podem estar ligados à falta de organização do processo de trabalho em saúde e incompreensão das propostas de reorganização do mesmo e das competências profissionais; além da ineficiência gerencial, que pode ser um problema gerador ou agravante dos demais.

Assim, faz-se necessário o aprofundamento nesta linha de pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar as concepções dos sujeitos do estudo sobre o processo de trabalho da enfermagem nas Unidades do Programa Saúde da Família, por meio de suas falas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os cenários quanto à população adscrita;
- Caracterizar os sujeitos do estudo quanto: sexo, faixa etária, tipo de vínculo empregatício, tempo de trabalho no PSF, outros tipos de vínculos empregatícios e capacitação específica;
- Identificar as competências, assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa dos enfermeiros por meio de suas falas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

Esta revisão da literatura foi dividida nos seguintes tópicos e não teve como objetivo esgotar o assunto do ponto de vista cronológico, e sim descrever os trabalhos mais relevantes para o melhor entendimento sobre o assunto desta dissertação:

3.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE – ASPECTOS CONCEITUAIS

3.3 A ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL EM SAÚDE PÚBLICA

3.4 ESTADO DA QUESTÃO: BUSCANDO BIBLIOGRAFIAS

3.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Visando a expansão da APS, no final de 1993, o MS criou o Programa de Saúde da Família (PSF). Esse Programa originou-se do Programa de Agentes de Saúde instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará em 1987, como parte de um programa de emergência de combate à seca que gerou resultados positivos e satisfatórios ao Estado o que tornou possível a sua expansão em todo país em 1991, com denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir daí a ESF foi proposta em 1994, como política oficial da APS enquanto uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde no país. Ela teve influências dos modelos de saúde de Cuba do médico da família e do Canadá de promoção da saúde (MENDES, 2002).

A equipe de Saúde da Família no Brasil é composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista e um Auxiliar de Consultório Dental (ACD) ou um Técnico em Higiene Dental (THD). Esta equipe é responsável por um território onde vivem em média seiscentas a mil famílias. E essa responsabilização dos profissionais pela saúde das famílias de

um território tem potencialidades para resgatar o vínculo e o fortalecimento dos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade e da equidade do SUS (MENDES, 2002).

A Saúde da Família propõe a reorientação do modelo tecno-assistencial de saúde tradicional centrado na doença para um modelo que apresenta indissociabilidade da promoção da saúde do indivíduo/família/comunidade e o tratamento clínico (BRASIL, 2000).

Neste sentido, a ESF vem revelar um contexto no qual emergem dificuldades e possibilidades de mudanças, visto que o trabalho efetivo com as pessoas em seu território poderia integrar as ações de saúde e desta forma unificar os programas de saúde existentes no país transformando-os em ações conjuntas e mais abrangentes, e não mais em ações paralelas e desarticuladas que visam apenas ao atendimento a programas já estabelecidos.

A APS poderia resolver de forma eficaz e humanizada, 90% dos problemas dos usuários. Para ser de fato resolutive a ESF necessita qualificar os profissionais da saúde da família no que se refere aos problemas frequentes encontrados na USF. Sendo assim, é de real importância que as ações estejam articuladas e os profissionais e para que estes estejam qualificados para prestar assistência humanizada e de qualidade à população assistida (MENDES, 2001).

Os serviços de saúde hoje, norteados pelos princípios do SUS, estão ampliando a assistência à saúde em busca de transformar suas práticas para assim reverter um modelo assistencial centrado na doença e na sua cura para um modelo centrado na saúde do usuário. Para tanto, é necessário repensar sobre o processo de trabalho dos profissionais da saúde e a reestruturação dos serviços de saúde, bem como sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania, expresso pela qualidade de vida das pessoas (ROBERTO NETO et al, 2001). Nesta perspectiva, acredita-se que um de seus maiores desafios é o comprometimento do profissional que nela atua para a reorganização do processo de trabalho em saúde de forma a atender às necessidades do indivíduo/comunidade no atendimento das famílias.

3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE – ASPECTOS CONCEITUAIS

O trabalho é caracterizado por um processo de transformação que ocorre porque os indivíduos têm necessidades que precisam ser satisfeitas, realizada com o consumo produtivo de forças de trabalho e a intermediação de instrumentos que o agente insere entre ele próprio e o objeto, para dirigir sua atividade a uma dada finalidade (MENDES GONÇALVES, 1992). Ou seja, o trabalho é a ação dirigida a um dado fim, ou seja, ação que busca um determinado resultado.

O trabalho em saúde foi sistematizado por Mendes Gonçalves (1994) como algo que será transformado em um produto idealizado, ou seja, constitui um objeto de trabalho a ser transformado. Para tal transformação serão utilizados instrumentos e força de trabalho pelos agentes de trabalho. Por sua vez, o produto será distribuído na sociedade de forma desigual, dada a organização da sociedade.

Deste modo, processo de trabalho em saúde é uma prática social, composta por elementos prioritários que são: os agentes, os objetos, os instrumentos, a atividade e a finalidade. Os agentes são aqueles que irão realizar o trabalho; o objeto é aquilo que os trabalhadores desejam transformar; os instrumentos são os meios disponíveis para trabalhar, que pode ser o saber técnico-científico; a atividade é o trabalho diário colocado em prática; e a finalidade é o alcance dos objetivos (SANNA, 2007).

No trabalho em saúde têm-se homens em relação com outros homens, com a natureza, e com outros trabalhos, em um dado processo sócio-histórico. O trabalho na saúde se diferencia de outros trabalhos porque seu objeto é o homem e seu produto é consumido no ato. No entanto, se o objeto de trabalho é o homem este deverá ser compreendido em sua objetividade, o que inclui a sua subjetividade (MENDES GONÇALVES, 1992).

O trabalho em saúde deveria trabalhar com esta subjetividade do sujeito, ouvir as necessidades, desejos, dificuldades; ver o homem além da dimensão da doença. Neste sentido, tanto as necessidades de saúde quanto as intervenções, deslocam-se de uma abordagem unicamente biológica e individual para uma abordagem que considera o contexto histórico-social (PEDUZZI, 2000).

O trabalho em saúde está caracterizado na esfera da produção não material e que pode assumir diversas formas, pois se completa no ato de sua realização e é imprescindível citar que a assistência de saúde é desenvolvida de várias formas realizada por pessoas capazes que disponham de conhecimentos específicos (PIRES, 1999). Assim, as necessidades de saúde, não constituem objetos naturais, mas são construídas historicamente pelos sujeitos, a depender do modo de organização social e das concepções predominantes acerca do processo saúde-doença, sendo assim, as necessidades são sempre sociais e coletivas, embora se manifestem concretamente de forma individual, em cada sujeito (MENDES GONÇALVES, 1992).

Mendes Gonçalves (1994) a partir da relação dos componentes do processo de trabalho, seu objeto e seus instrumentos, sendo a atividade orientada para uma finalidade, evoluiu para um intenso raciocínio lógico e dialético visando à compreensão das práticas em saúde, discutindo e redefinindo tecnologia. Desta maneira, define-se organização tecnológica do trabalho em saúde como as conexões formadas dentro do processo de trabalho entre a atividade executada por meio de instrumentos materiais e o próprio conhecimento que orientará a escolha da tecnologia mais adequada. Assim, a maior eficácia e produtividade se dará por meio de domínio (conhecimento) operacional dos instrumentos materiais, acompanhando o progresso de suas gerações tecnológicas.

O termo tecnologia deriva de “tecno” que vem de “*techné*” que significa o saber fazer, e “logia” que vem de “*logos*” razão, ou seja, o termo é definido como a “razão do saber fazer”. Entende-se que a tecnologia pode ser classificada de acordo com seu conteúdo, natureza ou emprego. Ela pode ainda ser incorporada a mercadorias (tecnologia de produto) e também fazer parte de um processo (ROCHA, et al. 2008). Por isso, de acordo com Ceccim e Merhy (2009) a tecnologia pode ao mesmo tempo ser caracterizada como processo e produto, e ainda aparecer na forma como se estabelecem as relações entre os agentes na elaboração e implementação do conhecimento, a exemplo, os saberes.

As contribuições teóricas sobre a organização tecnológica do trabalho, estabelecidas por Mendes Gonçalves (1992; 1994), são ampliadas por Merhy

(1997) quando ele traz a possibilidade do “auto-governo” dos trabalhadores para gerar mudanças no processo de trabalho a partir das intersubjetividades. A tecnologia em saúde classificada em dura é o instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; leve-dura refere-se aos saberes profissionais, bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e os de demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho; e por fim a tecnologia leve é aquela que se produz no trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário.

Dessa forma, seguindo a lógica teórica dos autores referenciados conclui-se que em cada período histórico, o “objeto de trabalho”, no caso a necessidade humana, se configura de uma maneira diferente. Assim, também, os produtos e os instrumentos de trabalho tem especificidades em cada época.

3.3 A ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

Alguns autores passaram a analisar a enfermagem enquanto uma prática social, utilizando esta vertente de estudo como uma parcela do trabalho em saúde que estabelece relações sociais na produção de serviços (ALMEIDA; ROCHA, 1986; SILVA, 1986; ROCHA, 1987; ALMEIDA; ROCHA, 1997).

No século XIX, ocorreu a introdução do pensamento social na saúde em alguns países europeus como França, Alemanha e Inglaterra, o que se denominou de Medicina Social (NUNES, 1996). O social dentro do campo da saúde provocou uma ruptura com os modelos de investigação que reduziam as relações de causa e efeito a uma causa única e estritamente biológica.

Donnangelo (1975); Donnangelo e Pereira (1979) e Mendes Gonçalves (1992; 1994), consideraram a categoria “trabalho” para entender o processo saúde-doença e as práticas de saúde em sociedade. Os corpos biológicos não são mais o único objeto de estudo da prática médica; e para melhor compreensão e resolução do processo saúde-doença, variáveis relativas à estrutura política, econômica e ideológica da sociedade, devem ser consideradas. Desta maneira, é também possível apreender as formas como a

enfermagem e as demais práticas em saúde, institucionalizadas, reproduzem as relações sociais mais amplas determinando patologias, tecnologias e formas diferenciadas de atendimento.

A enfermagem é a profissão da área de saúde que tem como essência o cuidado ao ser humano, seja ele individualmente, na família ou na comunidade. No século XIX, a enfermagem institucionalizada com a organização do setor saúde e das práticas médicas alcança sua inserção na esfera pública. E a partir deste século ela adquire o mesmo caráter de racionalidade e tecnologia que domina toda a esfera produtiva da sociedade por meio da fundamentação no conhecimento científico. Contudo, não pode separar-se de seus aspectos da sensibilidade, da afetividade e da intersubjetividade dispostos no cotidiano da prática, pelo fato de ter o cuidado como a sua essência. Além disso, junto com a racionalidade científica, as questões étnicas, de gênero, religiosas e éticas, também variam conforme a cultura (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

A enfermagem é responsável, por meio do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde. Em alguns países inclusive no Brasil o enfermeiro atua nas indústrias, empresas e na prevenção de acidentes de forma muito significativa. Trabalha também em equipes de planejamento e administração e na gestão de políticas de saúde. Contudo, a qualificação do pessoal de enfermagem e suas atividades diferem bastante de um local para outro. Ressalta-se que, as influências da realidade política, da economia e da cultura estão presentes na natureza e na prática da enfermagem em todo o mundo, e essa realidade difere de país para país, de região para região (OMS, 1997).

Em todo o mundo a enfermagem constitui o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde. É o grupo profissional mais amplamente distribuído e que tem os mais diversos papéis, funções e responsabilidades. Nas últimas décadas, de 80 e 90, é notável uma mobilização da enfermagem dando suporte à área de APS, na reorganização do setor saúde em várias regiões do mundo. Os enfermeiros provêm cuidados a indivíduos, famílias e comunidades que incluem promoção à saúde, prevenção de doenças,

tratamentos a pacientes crônicos, agudos, reabilitação e acompanhamento de doentes terminais. Na assistência domiciliar, seu trabalho direciona-se para a atenção materno-infantil, gravidez de risco, prematuridade, doenças crônicas e pacientes terminais (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Na APS, principalmente na Saúde da Família o profissional visa atender o paciente integralmente, atentando para todas as suas necessidades. Para tanto, as equipes devem repensar o processo de trabalho, adotando novas metodologias, instrumentos de trabalho e conhecimentos. O enfermeiro gerente da assistência de enfermagem nesta área deve ser o gerador de conhecimento, por meio do desenvolvimento de competências e inovações à equipe, definindo responsabilidades (BENITO; BECKER, 2007).

O trabalho em equipe na saúde e na enfermagem foi concebido como processo grupal, no qual um conjunto de sujeitos trabalha coletivamente e a partir de objetos de trabalho comuns, de acordo com objetivos e metas também comuns. Apresentam inter-relações ou interações entre os profissionais, processos comunicativos eficientes e articulação interdependente das ações dos diversos profissionais envolvidos. Considera-se que nas diversas áreas profissionais e nas distintas categorias da enfermagem exista uma conexão de saberes, portanto elas são interdependentes e complementares, embora cada uma das áreas tenha suas especificidades enraizadas no seu próprio saber técnico, nos seus instrumentos de trabalho e no seu exercício (PEDUZZI; CIAMPONE, 2011).

O trabalho do enfermeiro nas equipes de Saúde da Família e em todos os níveis da assistência é de substancial relevância, ela tem sido de fundamental importância para o fortalecimento deste modelo assistencial, no entanto este papel vem sendo submetido a impasses e desafios com relação aos espaços de atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho, relações interdisciplinares, políticas salariais, acesso a qualificação e indefinição de vínculo empregatício (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2004).

Assim, de acordo com o contexto histórico a Enfermagem e a equipe multiprofissional disposta na saúde da Família irão caracterizar seu processo de trabalho neste âmbito. Portanto, é importante que mesmo no século XXI, a profissão possa revisitar a sua prática profissional, almejando à (re) adequação

do seu papel enquanto transformadora de uma dada realidade de saúde do país.

3.4 ESTADO DA QUESTÃO: BUSCANDO BIBLIOGRAFIAS

Como anteriormente descrito, a proposta do processo de trabalho em saúde vem sendo debatida há décadas e está inserida dentro do campo de estudos das práticas de saúde. Posterior aos estudos de Donnangelo e Mendes Gonçalves a partir da análise do processo de trabalho médico sistematizou os elementos que formam o processo de trabalho em saúde.

Na atualidade este campo de estudos possui uma dimensão bastante abrangente de referências, com base nas quais pode-se estabelecer um quadro de abordagem teórico-conceitual para o desenvolvimento de estudos específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde tanto como objeto de estudo quanto como ferramenta da gestão em saúde.

Na revisão da literatura, buscou-se identificar a produção teórica nacional e internacional em bases de dados *online* que trata o tema do presente estudo. Com base nesse recorte selecionou-se a bibliografia que apresenta concepções, características e tendências sobre o tema e também aquela que explicita a abordagem teórica e metodológica utilizada.

Realizou-se busca bibliográfica na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (*BIREME*) com o cruzamento da palavra “processo”, com os descritores “trabalho”, “enfermagem” e “saúde da família”. Na busca recente, de julho de 2012, identificaram-se 82 resumos dos quais foram selecionados 21. Com base na inclusão de artigos publicados em periódicos e na exclusão de dissertações e teses, pela dificuldade de obterem-se exemplares na íntegra, mesmo por meio de comutação entre bibliotecas acadêmicas, além do critério já referido, da literatura que toma o processo de trabalho da enfermagem em saúde da família.

Realizou-se ainda na mesma base de dados *LILACS* a busca bibliográfica com a palavra chave “processo de trabalho”, e os descritores “enfermagem” e “saúde da família”, da qual retornaram 42 resumos, entre eles

foram selecionados 19 resumos, porém todos eram repetições dos 21 selecionados na busca/estratégia anterior. Por isso, chama-se a atenção para os critérios de estabelecimento dos descritores nas publicações, e a não classificação da palavra chave “processo de trabalho” como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Também se fez uma busca bibliográfica na base de dados *LILACS* com o cruzamento da palavra “processo”, com os descritores “trabalho”, “enfermagem” e “atenção primária”. Identificaram-se 33 registros, dos quais apenas três eram de interesse com base nos critérios anteriormente descritos, no entanto, eram repetições em relação à primeira forma de busca.

Quanto à produção internacional na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, com os descritores “*working*”, “*process*”, “*nursing*” e “*family health*”, obtiveram-se 14 registros. Apenas um estava dentro dos critérios de seleção, porém já estava incluído na seleção da primeira busca uma vez que é um artigo publicado em periódico nacional disponível na base de dados internacional.

Em busca mais recente, em dezembro de 2012, na base de dados *MEDLINE*, utilizando-se os descritores “*work process*” and “*nursing*” and “*primary care*”, retornaram quatro artigos, dentre os quais três estavam com textos completos disponíveis, contudo, nenhum deles contribui para o presente estudo, visto que, não abordavam concepções, características e tendências sobre o tema deste trabalho.

Neste referencial teórico conceitual, também são usadas outras publicações, que não foram selecionadas a partir de busca eletrônica *online*, mas tratam do tema estudado e já eram do conhecimento da autora, incluindo-se teses e dissertações.

Na literatura nacional observa-se a produção teórica sobre o tema a partir de meados dos anos 1990, sobretudo de publicações que apresentam concepções e características, o que permite a melhor compreensão da prática da enfermagem no país, embora a maior parte da produção identificada até então não esclareça as concepções sobre o processo de trabalho como seu objeto de estudo.

Observou-se a ausência de definição de termos e de concepções sobre o tema com abordagem secundária inserida em outros temas. Alguns dos

artigos selecionados tratam do processo de trabalho dos enfermeiros em áreas bem específicas. São raros os artigos que apresentam uma concepção clara e bem delimitada de processo de trabalho, mesmo os que o tomam como objeto de reflexão.

Dentro dos estudos selecionados fez-se a observação do uso dos termos “Programa” ou “Estratégia” Saúde da Família. Em sua maioria encontrou-se o termo “Programa”. Alguns já fizeram uso do termo “Estratégia”, e outros optaram por termos mais gerais como “Saúde da Família” e “Atenção Básica à Saúde”. Faz-se essa observação propositalmente, pois o título do presente estudo faz referência ao termo “Programa de Saúde da Família”.

Até, aproximadamente 1998, o PSF possuía uma política de atenção básica voltada para populações excluídas do consumo de serviços. A partir desse período, o “Programa” tornou-se “Estratégia” sendo então considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Portanto, desde o ano de 2006, a ESF é, então, definida como estratégia prioritária para a Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2006). Porém muitas referências ainda fazem uso do termo “Programa”, até mesmo no site oficial do governo utiliza-se “Programa” para designar a “Estratégia”. Assim, permanece aqui o termo “Programa”, mas considera-se a importância da valorização, também, do termo “Estratégia” em atuais publicações.

Além disso, foram identificados limites e deficiências a partir dos estudos vistos até aqui, tais como: carência da produção internacional sobre o tema; produção científica limitada e pouca clareza conceitual sobre o tema. A maior parte da produção identificada não esclarece as concepções sobre o processo de trabalho como objeto. São poucos estudos empíricos que demonstram a concepção dos profissionais sobre o seu próprio processo de trabalho. As discussões são superficiais sobre a influência dos fatores externos, tal como a administração política, e da relação usuário-enfermeiro, além da falta de propostas para os resultados encontrados nos estudos.

Contudo, dos estudos selecionados vários analisaram as possibilidades e os limites do processo de trabalho do enfermeiro na equipe do PSF mostrando a sobrecarga de atividades. Essa sobrecarga de trabalho causa para o profissional um desgaste, físico, psíquico e cognitivo. É possível constatar ainda que a organização e divisão do trabalho estão fundadas na

produtividade, na cobrança repetida, na racionalização extrema. Esse modo de organização do trabalho coloca os trabalhadores diante do desafio de cumprir metas, participar das reuniões e ao mesmo tempo atender os imprevistos (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007; ASSIS et al. 2011; JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011)

O processo de trabalho é desempenhado pelos trabalhadores para o alcance das metas em Saúde da Família, a formação de vínculo, o bem estar da comunidade e a organização do trabalho. Os elementos do processo de trabalho em saúde são investigados sobre o desenvolvimento de atividades específicas tal como o acolhimento, sendo ele uma atividade complementar nas ações de trabalho decorrentes da interação. Para Cardoso et al. (2011) os enfermeiros na Saúde da Família se reconhecem como a principal força de trabalho promotora do acolhimento neste âmbito. Sobretudo para Takemoto e Silva (2007), o acolhimento apenas favorece o atendimento da demanda espontânea e representando um pronto-atendimento para as queixas agudas, sendo não mais do que uma nova forma de recepção.

Os enfermeiros vêm incorporando em seu processo de trabalho novos aspectos da proposta da Saúde Coletiva que ainda necessitam de maior implementação tal como o acolhimento, visto que o processo saúde-doença é ainda o norteador das ações na atenção básica, tendendo para o cuidado que tem a doença como objeto de trabalho (BARBOSA DE SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004). Esses profissionais atuam usando a lógica da prática clínica, individual, curativa (ERMEL; FRACOLLI 2006).

Segundo Egrý et al. (2009), os instrumentos utilizados para o reconhecimento das necessidades de saúde da população no âmbito da ESF são inapropriados. Muito embora, o enfermeiro seja o profissional que deveria estar melhor instrumentalizado diante da família (EGRY; FONSECA, 2000). Para transformação desta lógica é necessário que a atenção em saúde seja focada no sujeito, individual e coletivo, desencadeando processos geradores para a ação integral além de processos de educação nos serviços tal como a educação permanente de modo que instrumentos adequados possam intervir nas necessidades de saúde dos indivíduos (ERMEL; FRACOLLI, 2006; SCHIMIT; LIMA, 2004).

As atividades de educação permanente são concebidas pelos enfermeiros como uma ação que tem por fim a qualificação do processo de trabalho (COSTA, et al. 2010). Existe preocupação por parte dos enfermeiros quanto a necessidade de um preparo profissional específico. As dificuldades no desenvolvimento de ações tais como: conciliar atividade de assistência e gerenciamento, a falta de capacitação para o gerenciamento e atuação junto aos grupos populacionais específicos está relacionada ao contato muito superficial com a temática, quando não a inexistência de tal assunto em seu processo formativo para atuar como enfermeiro generalista (XIMENES; NETO; SAMPAIO, 2008; HIGARASHI et al. 2011).

Enfermeiros entendem que pelo fato da enfermagem ser um curso com formação universitária generalista, o profissional está qualificado para integrar e fomentar os princípios de saúde vigentes ativamente em um campo muito amplo (BACKES et al. 2010). Porém, essa visão da formação generalista do enfermeiro acaba deixando de lado sua atuação em temas específicos da Saúde Coletiva tais como a gerência da equipe e a assistência integral à família. Sendo assim, o preparo dos profissionais contribuiria para o estabelecimento de abordagens próprias.

Em face dessa importante abordagem questiona-se a atuação generalista do enfermeiro na Saúde da Família, uma vez que nos estudos encontrados os próprios profissionais relatam sua preocupação com relação ao seu preparo profissional para tal atuação que abrange todas as fases do ciclo de vida humana. E embora exista na Saúde da Família uma equipe multiprofissional o enfermeiro é o profissional responsável pela gerência, além das atividades que lhe são próprias dentro da diversidade de situações encontradas em seu trabalho portanto, não é difícil de chegar ao diagnóstico de sobrecarga.

A formação generalista do enfermeiro constitui-se um fator de potencialidade para o mercado de trabalho favorecendo sua inserção. No entanto, é necessário estabelecer uma relação de qualidade com o usuário dos serviços, considerando-o na sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, além da aceitação da diversidade proveniente da heterogeneidade brasileira. Para isso são necessários instrumentos tecnológicos de tecnologias leves (CUBAS, 2011).

A ESF é complexa e bastante abrangente no que tange às políticas públicas e o cumprimento de metas, mas, a mera existência de políticas públicas e metas não são condições suficientes para garantir uma atenção adequada voltada para todos os tipos de demandas populacionais em saúde da família. Segundo Cubas (2011) as metas deveriam ser pactuadas a nível local, posto que haveria mais conhecimento da realidade de seu território por parte do profissional, de sua capacidade e das necessidades a serem enfrentadas. Desse modo, a organização das práticas se daria de forma democrática e participativa e a pactuação das metas estaria de acordo com o conceito de ABS.

A implementação destas políticas só será alcançada quando estratégias articuladas viabilizem ações que considerem o preparo adequado dos profissionais para atuar junto a esta clientela. Segundo, Cubas (2011) as metas impostas exigem um conhecimento profundo dos princípios do SUS, que não serão operacionalizados se não houver processos de ensino, trabalho e educação permanente aderentes a elas. Desta maneira, destaca-se a necessidade de investimentos em capacitação/treinamento dos profissionais para atuar junto aos diversos níveis do ciclo de vida humana para os quais a atuação em Saúde da Família é direcionada, bem como o empenho/vontade/iniciativa dos próprios profissionais, sendo esta uma das formas de mudanças apontadas para a melhoria da qualidade no atendimento.

O trabalho da enfermagem na Saúde da Família merece um olhar mais focalizado. Seu trabalho está muito voltado para ações gerenciais de dentro da unidade e sua atuação assistencial está limitada pela dinâmica da unidade. Para mudar é essencial o trabalho integrado e articulado da equipe multiprofissional do qual as ações estejam voltadas para um objetivo comum com a mesma finalidade (MARQUES; SILVA, 2004; JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011; KAWATA et al. 2011).

Para a reversão deste quadro, a finalidade do trabalho desses profissionais deve se alinhar à possibilidade de mudanças e aquisições nos comportamentos saudáveis da população assistida, tanto individuais quanto coletivos. Deste modo, o processo de trabalho de enfermagem, será legitimado ou superado pela prática profissional de acordo com o período histórico e

ideológico vigente que só será transformado quando agregar novos significados. (SILVA et al. 2004; CEZAR-VAZ et al. 2009).

Assim, para mudar o processo de trabalho é necessário cuidado integral aos usuários, bem como a necessidade de cuidar dos profissionais, visto que o excesso de trabalho e, principalmente, a dificuldade em conviver e buscar resolver problemas têm causado desgastes nos profissionais (OLIVEIRA, TUNIN; SILVA, 2008). Para Matumoto, et al (2011) as discussões dos casos representam também um espaço para apoiar as ansiedades inerentes ao processo de trabalho na Saúde da Família para que os próprios trabalhadores possam mutuamente tornarem-se capazes de amparar e cuidar deles mesmos e dos usuários do serviços que atuam. Deste modo, incorporando à sua prática a necessidade de incluir ou aceitar a face coletiva, em seus processos de cuidado, devido às sucessivas aproximações com o social usando o diálogo e desenvolvendo posturas acolhedoras.

A produção identificada na literatura nacional parte da premissa de que o trabalho em Saúde da Família quando assumido de forma integral e resolutiva é uma ação complexa, uma vez que exige dos profissionais uma série de atributos e recursos tecnológicos bem diversificados e complexos, bem como um processo de trabalho que tenha como objetivo a qualidade das ações desenvolvidas. Desta forma, o trabalho em Saúde da Família permite uma atuação na perspectiva da integralidade da saúde portanto, conferindo melhor qualidade aos serviços prestados à população.

Em suma, as características correlatas referidas pelos diversos autores da literatura nacional estudada e selecionada permitem configurar um conjunto comum e amplo de características do processo de trabalho em Saúde da Família. Contudo, cabe ressaltar que essas características não se manifestam igualmente em todas as situações do processo de trabalho em questão, dada a individualidade do ambiente dos estudos e da personalidade dos profissionais estudados.

4 MATERIAL E MÉTODO

São apresentados a seguir o tipo de estudo; o campo de estudo; delimitação dos sujeitos; a coleta de dados; a análise de dados e aspectos éticos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa (MINAYO, 2006), na linha de pesquisa Gestão em Serviços de Saúde, pois o objeto em estudo é constituído por processos de trabalho cuja complexidade e dinâmica só poderão ser compreendidas de forma abrangente por meio da abordagem qualitativa.

Esta abordagem se apresenta como uma alternativa possível para captar o objeto de estudo em um dado momento sócio-histórico. Busca-se identificar por meio das falas dos enfermeiros que atuam na Saúde da Família, suas concepções sobre seu processo de trabalho.

Com base no objeto e nos objetivos do estudo, que se referem às concepções dos enfermeiros sobre o processo de trabalho em Saúde da Família, optou-se pela pesquisa qualitativa, por preocupar-se com os aspectos da realidade na qual se está conduzindo o estudo, aspectos que não são apenas quantitativos. Ela implica em considerar/valorizar o sujeito de estudo como afirma Minayo (2006, p. 22) “gente em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados”. Assim, tem-se em vista que as relações dos processos e dos fenômenos não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Desse modo, busca-se aqui equilíbrio entre objetividade e subjetividade², presentes no grupo social em estudo.

Para o estudo, realizou-se o levantamento de todas as Unidades de Saúde da Família da cidade de Alfenas, sul de Minas Gerais. Após autorização

² Segundo Abbagnano (1998), toma-se aqui os seguintes conceitos: “Objetividade: Em sentido objetivo: caráter daquilo que é objeto. “Subjetividade: Caráter de todos os fenômenos psíquicos, enquanto fenômenos de consciência, que o sujeito relaciona consigo mesmo e chama de “meus”.”

pela Secretaria Municipal de Saúde e envio e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP-UNIFAL), estabeleceu-se o primeiro contato com os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família. A pesquisadora apresentou-se pessoalmente portando uma carta convite (Apêndice C), que explicava os objetivos e métodos do projeto em questão à população³. Com os enfermeiros que aceitaram participar do estudo foi realizada uma entrevista, utilizando-se um roteiro prévio semi-estruturado. Este roteiro é um importante componente da realização da pesquisa qualitativa, posto que articula a entrevista estruturada, que pressupõe perguntas previamente formuladas, com a entrevista aberta ou não-estruturada, em que o informante aborda livremente o tema proposto (MINAYO, 2006).

De acordo com Minayo (2006) a entrevista é uma conversa dirigida por um roteiro contendo questões detalhadas ou conduzida por questões orientadoras, e que tem a finalidade de obter dados de duas naturezas: os que se referem a fatos objetivos e vivências concretas da realidade; e os que se referem ao nível mais profundo da realidade, que podem ser as atitudes, os valores, os sentimentos e as opiniões. Ainda segundo esta autora, a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, visto que ela possibilita que a fala revele condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ela transmite, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, por meio de um “porta-voz”, as concepções de determinados grupos.

Entende-se então que a entrevista vai muito além do que uma simples coleta de dados, a situação é de interação, visto que as informações obtidas por meio das falas dos sujeitos entrevistados podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações entre o entrevistado e o entrevistador, assim essa deve ser tomada como uma interação social que está sujeita à mesma dinâmica conflitiva das relações sociais existentes na sociedade considerando-se que cada entrevistado pode se expressar de modo diferenciado nos aspectos positivos e negativos da realidade (MINAYO, 2006).

Posto que a coleta de dados se constitui de uma interação social entre pesquisador e voluntários, que nestes casos ambos são profissionais

³ População: um grupo ou casos em que a amostra em um projeto de pesquisa é selecionado (LIAMPUTTONG, 2009).

graduados em enfermagem, a visão de mundo da pesquisadora está presente e implicada em todo o processo da pesquisa, desde a concepção inicial do problema de pesquisa, passando pela construção do objeto com base no quadro teórico, até o resultado, ora, isso não exime a pesquisadora da objetividade, coerência e consistência teórico-metodológica (MINAYO, 2006).

Foram elaboradas perguntas norteadoras elaboradas a partir dos objetivos do estudo e do problema de pesquisa anteriormente explicitados. Essas perguntas foram aplicadas pela pesquisadora (APÊNDICE E).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

A coleta de dados no presente estudo foi conduzida nas Unidades de Saúde da Família do Município de Alfenas - MG.

O município de Alfenas situa-se no sul do Estado de Minas Gerais, pertencente à mesorregião do Sudoeste Mineiro e microrregião de Furnas. A população recenseada é de 73.774 habitantes. A população rural do município é de 4.599 pessoas, ou seja, 6% do total de habitantes, segundo censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

O município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal⁴ (Brasil, 1997b) de Saúde desde 1998. Ele é responsável pelo processo de gestão de todo o sistema, com a opção pela ESF como eixo estruturante da ABS, compreendendo além da rede básica de saúde e das ações de Saúde Coletiva, todo o processo de organização e regulação dos demais níveis de atenção à saúde.

Classificado como sede macrorregional, microrregional e polo assistencial, ou seja, é autossuficiente em cuidados de APS, Atenção Secundária de Saúde e Atenção Terciária de Saúde. Ele é um dos 13 polos de Macrorregionais e um dos 75 polos de Microrregionais do Estado de Minas Gerais. O município conta hoje com uma complexa rede de serviços de saúde, além de duas Universidades, sendo uma federal e a outra privada que também oferecem extensões educacionais na área de saúde à população.

⁴ De acordo com a NOB/96 e regulamentações posteriores. (Portaria nº 1882, de Dezembro de 1997).

O estado de Minas Gerais possui um total de 31.090, ou 12,29% estabelecimentos cadastrados na base *online* DATASUS (Banco de dados do Sistema Único de Saúde), sendo o segundo estado com maior número de estabelecimentos cadastrados. O município de Alfenas é hoje o 30º colocado da lista de relação de estabelecimentos cadastrados no Estado, com 162 cadastros.

O serviço de saúde municipal dispõe hoje de dois postos de saúde; 17 centros de saúde/unidade básica; 12 policlínicas; três hospitais gerais, sendo um filantrópico, um universitário e um privado; 67 consultórios isolados; 47 clínicas/centros especializados; três unidades de apoio diagnóstico e terapia; cinco farmácias; duas unidades de vigilância em saúde; duas secretarias de saúde, sendo uma Municipal e a outra Estadual, e um centro de atenção psicossocial. Embora, não referenciado na base de dados consultada, o município também conta com um serviço de assistência especializada e DST/AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e um centro de convivência psicossocial.

Dos 17 centros de saúde/unidade básica 13 são equipes de Saúde da Família cadastradas no sistema. As 13 unidades possuem equipes de Saúde da Família do tipo Modalidade I, com equipe de Saúde Bucal Modalidade I.

A equipe de Saúde da Família Modalidade I, com a equipe de Saúde Bucal Modalidade I, é composta pelos seguintes profissionais: Médico da ESF ou Generalista; Enfermeiro; Auxiliar de Enfermagem da ESF ou Técnico de Enfermagem da ESF; Agentes Comunitários de Saúde (até 12 ACS); Cirurgião Dentista; e Auxiliar em Saúde Bucal.

No total existem 91 agentes comunitários de saúde cadastrados no sistema e 100 credenciados pelo Ministério da Saúde, distribuídos nas 13 unidades. E os outros quatro são ambulatoriais, dos quais dois são de esfera administrativa privada de natureza beneficente sem fins lucrativos⁵.

O município ainda conta com uma equipe NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Modalidade I, para atender à demanda das 13 unidades, composta pelos seguintes profissionais: Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física;

⁵ <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 25/07/2012.

Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra. Essa modalidade pode ser vinculada de 08 a 20 Equipes Saúde da Família (BRASIL, 2011).

No Quadro 1 são apresentadas as equipes de Saúde da Família existentes no município.

Quadro 1 - Distribuição das unidades/equipes de Saúde da Família na rede básica de atenção à saúde do município de Alfenas-MG, 2012, segundo equipes existentes, sede própria⁶, natureza da organização e esfera administrativa.

Unidade de saúde	Equipes existentes	Sede própria	Natureza da organização	Esfera administrativa
<i>PSF Boa Esperança</i>	1	Sim	Administração direta da saúde	Municipal
<i>PSF Itaparica</i>	1	Sim	Administração direta da saúde	Municipal
<i>PSF Jd. Nova América</i>	1	Sim	Administração direta da saúde	Municipal
<i>PSF Primavera</i>	1	Sim	Administração direta da saúde	Municipal
<i>PSF Jd. São Cralos</i>	1	Sim	Administração direta da saúde	Municipal
<i>PSF Recreio</i>	1	Sim	Administração direta da saúde	Municipal
<i>PSF St^a. Clara/Pinheirinho</i>	1	Sim	Administração direta da saúde	Municipal
<i>PSF Santos Reis</i>	1	Sim	Administração direta da saúde	Municipal
<i>PSF Unisaúde</i>	1	Sim	Administração direta da saúde	Municipal
<i>PSF Vila Betania</i>	1	Sim	Administração direta da saúde	Municipal
<i>PSF Vila Formosa</i>	1	Sim	Administração direta da saúde	Municipal
<i>PSF Zona Rural</i>	1	Não	Administração direta da saúde	Municipal
TOTAL	13			

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br>. Julho de 2012.

⁶ Considera-se aqui como sede própria o espaço físico de referência ao território de abrangência.

4.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram todos os profissionais enfermeiros portadores de diploma de graduação em enfermagem que durante o período de coleta de dados estavam efetivamente engajados em Unidades da Saúde da Família de Alfenas, tanto por sua experiência quanto por seus conhecimentos técnico-científicos sobre o objeto de estudo de que se trata essa pesquisa, os quais aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) elaborada pela autora (APÊNDICE D).

Os entrevistados foram os trabalhadores de 13 equipes de Saúde da Família, locados nas 13 unidades de Saúde da Família da rede básica de Alfenas. A opção por se trabalhar com o conjunto dos enfermeiros se deu pelo fato de na prática dos serviços de saúde a coordenação das unidades de Saúde da Família é exercida exclusivamente pelos enfermeiros em todas as 13 Unidades existentes no município.

Optou-se por realizar o estudo neste município, visto que, ele vem apresentando bons resultados na proporção de cobertura populacional estimada em ESF. No ano de 2011, Alfenas apresentou 60,79% para esta cobertura, sendo que para os outros municípios também classificados como de médio porte a proporção foi de 55,9%. Aliás, o município tem implantado a ESF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde Bucal, perfil que se assemelha a maioria dos municípios nacionais hoje. Outrora, nenhum estudo sobre este tema foi realizado no município.

Os mesmos foram designados enfermeiros na Saúde da Família ou gerentes das unidades, pois os próprios entrevistados se referem ao cargo que ocupam de maneiras diferentes – coordenador ou gerente.

Na apresentação dos resultados e discussão, os entrevistados são representados por uma letra do alfabeto: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L e M, as quais foram distribuídas aleatoriamente para cada sujeito do estudo.

4.4 A COLETA DE DADOS

Para a obtenção do material empírico foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada as quais foram gravadas e posteriormente transcritas em forma de texto. A produção do material empírico foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2012, sendo que anterior a esta etapa da pesquisa, foi realizado um primeiro contato com os possíveis participantes para convidá-los a participar explicando brevemente sobre o objetivo do estudo. O convite (APÊNDICE C) foi aceito pelos 13 enfermeiros lotados nas 13 Unidades existentes no município, foi agendada uma data de acordo com a disponibilidade do participante.

Os 13 entrevistados concordaram em registrar as entrevistas por meio da gravação. As entrevistas foram realizadas única e exclusivamente pela pesquisadora do presente estudo.

No desenvolvimento desta investigação a opção foi pela realização da entrevista semi-estruturada pela qual os depoentes são convidados a produzir sobre o objeto de estudo uma reflexão individual, uma recordação do que já fora vivido ou o que se vive.

Foi construído um roteiro da entrevista (APÊNDICE E), destinado aos enfermeiros participantes, sendo ele organizado em três partes. A primeira visou a localização do sujeito entrevistado, de onde falava, qual é o seu cenário. A segunda parte versou sobre a identificação dos sujeitos da pesquisa, buscando estabelecer quem falava, ou seja, buscou-se a identificação de aspectos mais gerais que caracterizavam estes trabalhadores. A terceira parte procurou entender os aspectos relacionados ao desenvolvimento do trabalho na Saúde da Família nos seus aspectos assistenciais e organizativos, sobre a concepção acerca da Saúde da Família e de seu próprio processo de trabalho na Saúde da Família (conteúdo, modo de realização, instrumentos/ferramentas de trabalho, finalidades).

Na realização das entrevistas foram utilizados roteiros (APÊNDICES D e E). O formulário semi-estruturado de questões norteadoras (APÊNDICE E) foi aplicado pela autora do estudo e as falas foram gravadas em *MP3 player* após leitura e assinatura do TCLE por parte do sujeito do estudo, assegurando a privacidade, o anonimato e sigilo absoluto sobre as declarações prestadas,

atendendo à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997 a).

As respostas obtidas das entrevistas semi-estruturadas foram gravadas por meio de dois dispositivos de áudio para a garantia de gravação caso houvesse falha em um deles. Apenas os arquivos de um dos dispositivos foram utilizados para as transcrições, selecionaram-se os 13 arquivos do dispositivo com melhor qualidade de áudio. As gravações tiveram tempo de duração entre 25 minutos e 24 segundos (menor tempo de gravação) e 65 minutos e 40 segundos (maior tempo).

As gravações foram preferencialmente realizadas no próprio ambiente de trabalho dos enfermeiros entrevistados. Excepcionalmente duas entrevistas foram realizadas fora da respectiva Unidade de trabalho. Devido à reforma de uma das Unidades, os profissionais estavam provisoriamente instalados em um local inapropriado, onde não havia sala para o enfermeiro, neste caso a entrevista foi realizada na Unidade de Saúde da Família mais próxima desta, seguindo sugestão do próprio enfermeiro. No outro caso, o enfermeiro foi entrevistado na sede da Secretaria Municipal de Saúde, conforme a preferência dela. Neste último caso, a equipe de Saúde da Família não possui sede própria (QUADRO 1).

As narrativas foram transcritas integralmente e a análise dos relatos verbais dos profissionais enfermeiros realizou-se por meio da análise de conteúdo (MINAYO, 2004). Posteriormente, estas declarações foram analisadas em razão das respostas obtidas. Para a análise dos resultados, as Unidades em questão foram devidamente codificadas por números e os sujeitos por letras, ambos de modo aleatório, para a garantia do anonimato, da privacidade e do sigilo destes.

A abordagem desse estudo foi fundamentada nas seguintes questões norteadoras: Como você entende o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família; e, Fale sobre suas atribuições/atividades junto à equipe de trabalho do Programa Saúde da Família e no atendimento à clientela.

4.5 A ANÁLISE DOS DADOS

A narrativa oriunda das entrevistas com o conjunto dos enfermeiros foi analisada segundo a Análise de Conteúdo, especialmente a técnica de Análise Temática, na qual foram descobertos os núcleos de sentido, cuja frequência ou presença considera-se com relevante significado⁷ para o objeto analítico em questão (MINAYO, 2006).

Liamputtong (2009, p.341) traz o seguinte conceito de Análise Temática “é a identificação de temas através de uma leitura cuidadosa dos dados.” E a palavra tema a mesma autora define: “um agrupamento de dados emergentes da pesquisa e ao qual o pesquisador dá um nome”.

Segundo Bardin (1995, p.105) a análise temática consiste “em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Iniciou-se a análise dos dados com a leitura flutuante dos depoimentos, o que em pesquisa qualitativa chama-se de processo de impregnação. Posteriormente, procedeu-se a leitura repetida e em profundidade de cada um dos depoimentos, sintetizando o que se buscou identificar o que no conjunto, permitiu estabelecerem-se relações entre os depoimentos e os pressupostos iniciais.

Utilizou-se a análise do tipo frequência e quantitativa em que a unidade de registro escolhida é o objeto, qualquer objeto citado pelo entrevistado e que faça sentido na entrevista. O tema foi a unidade de registro escolhida para a regra de recorte, a frequência para a enumeração, e as categorias para a classificação, estes são os itens que compõem a codificação dos depoimentos, segundo Bardin (1995).

Para a categorização procedeu-se ao isolamento dos elementos que caracterizam o objeto de estudo e posteriormente a repartição deles dando certa organização às mensagens, o que para Bardin (1995) são as respectivas

⁷ Significado: dimensão semântica do procedimento semiológico, a possibilidade de um signo (aquilo que parece revelar alguma coisa), referir-se ao seu objeto (ABBAGNANO, 1998).

etapas do processo estruturalista de categorização: o inventário e a classificação.

As leituras e análise foram realizadas em função do contexto em que se produziram, foram considerados a política de saúde e o modelo de atenção à saúde do município estudado, visto que ambos estão relacionados com a organização dos cenários.

Considerando as etapas para a operacionalização da análise temática, especificadas por Bardin (1995): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação; a análise do material permitiu a confirmação das seguintes categorias temáticas: “A construção do processo de trabalho” e “O trabalho propriamente dito”.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo as recomendações estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 1997 a), que trata das diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto desta investigação foi submetido à avaliação do CEP-UNIFAL, obtendo sua aprovação para a realização do estudo (ANEXO A).

Em conformidade com a Resolução 196/96, este estudo foi guiado pelos quatro princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 1997 a).

O projeto foi autorizado pela instituição exterior (Prefeitura Municipal de Alfenas-MG) com a apresentação do objetivo geral do estudo ao representante da Secretaria Municipal de Saúde do município, que avalia os trabalhos de pesquisa no contexto local. Portanto, o acesso ao campo de estudo se deu por meio de negociação com a gestão local e apenas após obtenção de anuência (APÊNDICE B).

Durante as entrevistas na relação pesquisador-participante, buscou-se a beneficência, vivenciada durante o processo de coleta de dados, visto que, esta interação está na base do processo de construção do conhecimento e se apoia na participação e disposição dos participantes em expressar opiniões e reflexões sobre o tema proposto, especialmente no enfoque qualitativo (GONZALEZ REY, 2002).

Este estudo teve finalidades práticas e acadêmicas, e foi desenvolvido de forma independente no processo de pós-graduação *Stricto sensu* do qual a pesquisadora participou, como parte do processo de dissertação.

Ressalta-se a seleção de procedimentos notoriamente conhecidos no meio acadêmico e sua utilização pautada na ética em pesquisa, com a devida utilização do TCLE. Os participantes foram informados sobre a realização da pesquisa (seus possíveis usos e finalidades), sobre o caráter não-obrigatório de sua participação e sobre o caráter sigiloso das informações sobre sua pessoa (anonimato com relação a identidade).

Além disso, os participantes foram informados sobre o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, bastando apenas informar aos pesquisadores sobre sua desistência. A pesquisadora esteve acessível a qualquer momento aos participantes, disponibilizando um número de telefone, endereço para correspondência e endereço eletrônico.

O estudo não causou nenhum efeito nocivo ou constrangimento aos pesquisados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentam-se os resultados e a discussão da pesquisa com base no referencial teórico e conceitual adotado e nos autores que estudam o objeto de que trata esta investigação, bem como questões a ele relacionadas.

Optou-se por apresentar os resultados e as discussões entrelaçados para manter a coerência com a opção teórico-metodológica adotada nesse estudo.

Considerando os objetivos da pesquisa os resultados são apresentados em duas seções. Inicia-se pela descrição dos cenários e o perfil dos profissionais entrevistados, e segue-se com a análise das concepções dos mesmos sobre o seu processo de trabalho e as atividades referentes a ele.

5.1 CENÁRIO E PERFIL DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES ESTUDADAS

Neste tópico apresenta-se parte dos resultados por meio de quadros, médias e porcentagens, como operações estatísticas simples, pois, considera-se que *“os quais condensam e compõem em relevo as informações fornecidas pela análise”* (BARDIN, 1995, p. 95), assim a apresentação de dados é mais facilmente assimilada.

5.1.1 Conhecendo os Cenários

A apresentação do cenário deu-se por meio da confirmação do endereço das unidades, relação da população adscrita (número de pessoas ou famílias), e atual situação do mapeamento e atualização de região de abrangência.

Os endereços foram confirmados por 12 (92%) das entrevistadas, somente em uma entrevista não foi confirmado, pois, conforme apresentado anteriormente (Quadro 1) uma das unidades não possui sede própria. Esses endereços não serão demonstrados visto que, é um dado apenas de

confirmação para a pesquisadora e sua demonstração poderia ferir o respeito ao anonimato com relação a identidade das participantes deste estudo.

Quanto a população adscrita, quatro (31%) dos participantes foram assertivos nesta relação; outros quatro (31%) eliminaram alguns algarismos do número real [demostrado no quadro por: número real (...)]; dois (15%) acrescentaram o termo “*mais ou menos*” ao número informado [demostrado por: número informado (\pm)]; outros dois (15%) acrescentaram o termo “*um pouco mais*” ao número informado [demostrado por: número informado (+)] (QUADRO 2).

Já com relação ao mapeamento da área e sua atualização sete (54%) afirmaram ter conhecimento da área e que eles estavam atualizados; quatro (31%) relataram que os mesmos estavam em fase de recadastramento e atualização da área; e dois (15%) não tem conhecimento atual da área, e estão desatualizados (QUADRO 2).

Quadro 2 – Cenário dos serviços de saúde segundo os profissionais entrevistados quanto à população adscrita, mapeamento e atualização.

Unidade	População adscrita	Mapeamento	Atualização
1	3950 (\pm)	Sim	Sim
2	3800 (+)	Sim	Sim
3	3838	Sim	Sim
4	4000 (...)**	Em processo	Em processo
5	3400 (...)	Sim	Sim
6	4100 (+)	Sim	Sim
7	900*	Sim	Sim
8	2970**	Em processo	Em processo
9	4115**	Não	Não
10	3000 (...)**	Em processo	Em processo
11	6100 (\pm)**	Em processo	Em processo
12	2480	Não	Não
13	2980 (...)**	Sim	Sim

*Número informado de famílias.

**Referem-se ao mapeamento à atualização realizados anteriormente.

Fonte: Do autor.

Para a adscrição da clientela recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias com o limite máximo de 4.000 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local. As equipes devem realizar o cadastramento das famílias da área de abrangência e levantar indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos (BRASIL, 2011).

A adscrição populacional de cobertura da equipe da Saúde da Família, segundo os profissionais entrevistados, está dentro dos parâmetros estabelecidos pelo MS acima referido, apenas em uma equipe a quantidade de pessoas foi além do estabelecido. Este fato pode estar relacionado a recém-inauguração da unidade, que se encontrava em fase de cadastramento da população. O termo “em processo” foi utilizado para designar essa situação.

Além desta, outros três (23%) também se encontravam na mesma situação, “em processo”. No entanto, era de atualização e recadastramento. Nestes casos os entrevistados justificaram que foram recentemente trocados de unidades pela coordenação (Secretaria Municipal de Saúde), ou seja, houve uma troca de unidades entre estes enfermeiros.

As falas seguinte destes enfermeiros explicam tal situação:

“[...] como eu estou aqui já faz um mês, eu não tenho isso atualizado porque a gente tem que fazer um diagnóstico situacional. O que é o diagnóstico situacional? Tem que contar toda a população, a faixa etária, sócio cultural e isso eu tinha lá no outro PSF onde eu trabalhava, eu tinha, eu fiz o diagnóstico de lá. Daqui eu não fiz ainda. Aí eu tenho que andar em cada micro-área para ver o perfil e chegar num perfil geral da população. Eu até vou fazer isso sim, mas não tenho isso. A outra enfermeira, acho que não fez. [...] aqui era outra enfermeira aí como mudou a unidade. [...] tem que atualizar. E essa atualização é importante porque a gente sai, a gente entra, né.” (Enf. “D”).

“[...] está, ainda, em fase de cadastramento. Vai aumentar esse número de dois mil novecentos e setenta, porque as meninas deram entrada no prazo de dois meses para terminar essa fase de recadastramento...” (Enf. “H”).

“estou acabando de fazer... resolvendo a ficha de cadastro. Então até agora só falta fazer o consolidado de número de pessoas e famílias que eu tenho no bairro. Não fechei ainda. Que eu mandei organizar essa semana... semana passada. Então eu não tive tempo de

consolidar os dados. Mas se eu não me engano, tem três mil e pouco”. (Enf. “J”).

Neste estudo utilizou-se a palavra mapeamento para designar esta função acima relatada, que é o cadastramento da população adscrita. Pela referência citada acima observa-se que a adscrição e o cadastramento, bem como sua atualização são ações imprescindíveis em Saúde da Família, e funções interdependentes. Estes também influenciam no planejamento e na organização adequada nas ações de saúde e no processo de trabalho dos profissionais de saúde, por isso foram aqui citados e de alguma forma avaliados.

À população rural o serviço de Saúde da Família é ofertado de modo revezado em apenas uma vez por semana a cada comunidade devido a extensão territorial da área rural pelos profissionais: médico, enfermeiro, dentista e agentes de saúde bucal. Os agentes comunitários de saúde são moradores da comunidade rural, e estes ficam responsáveis pelo contato com a população durante toda semana, por meio das visitas. Estes agentes ficam encarregados pela transmissão de informações aos outros profissionais quando estes últimos estão presentes na comunidade.

Neste caso, há dificuldade ao acesso a saúde pelos usuários, pois não há uma estrutura física ideal para o exercício das funções profissionais de cada um, e por isso, a continuidade das ações de prevenção e promoção de saúde por parte dos profissionais graduados e investidos em tais funções é prejudicada. Infelizmente esta é uma realidade nacional, dada à extensão territorial o acesso aos serviços de saúde é limitado em certas áreas, em especial a rural.

O seguinte relato ilustra a situação:

“[...] a gente não leva muita estrutura física quase nenhum ponto tem uma estrutura montada, mas o que para a gente aqui na cidade é pouco, porque assim, os outros PSF, tem vários PSF's ai com estrutura formada, sala de triagem, sala para o médico, sala para o enfermeiro, então é uma estrutura muito bem montada. Aí o rural não tem nada. Então o que para eles, o que para nós parece pouco o que a gente consegue levar para a população é muito. Porque para eles lá é difícil o acesso, muitos... então, chove e eles não conseguem sair de lá e a gente vai até lá. Não tem horário de condução, de ônibus, nada para estar vindo para a cidade, então a gente está indo para lá. Tem o agente comunitário que facilita muito a vida deles. Acredito que o agente facilita até mais do que nós como médico e enfermeiro.

Porque o agente está lá todo dia, mora na área. Consegue resolver e adiantar muita coisa para eles. Então eu acho que precisaria mais é uma estrutura física mais estruturada, uma estrutura física que nós não temos. Tem lugar que a gente atende na igreja, então não tem água para beber, às vezes, não tem banheiro. A gente tem que ficar improvisando, pede para um, vai... então a estrutura física ela é bem importante e a gente não tem isso”. (Enf. “M”).

Quanto ao acesso a saúde, em especial a Saúde da Família, a estimativa da população coberta pela equipe da saúde da família no município é de 44.850 pessoas com cobertura populacional estimada de 60,37%. Com relação ao PACS o município possui uma estimativa de cobertura de 52.325 pessoas e 70,43% de cobertura populacional estimada. Estas proporções são inferiores ao do Estado, que são 70,29% e 73,46% respectivamente⁸.

Encontra-se tanto no relato da profissional quanto na comparação das proporções de cobertura populacional que há uma necessidade de abrangência da cobertura populacional das equipes e dos agentes comunitários de saúde no município. A importância de um local adequado também foi frisada no mesmo relato, isto resultaria em melhor qualidade as práticas ofertadas a população. Assim, vê-se a necessidade de investir na expansão da cobertura populacional, no acesso a população rural, e em estruturas onde se possa promover a continuidade das ações de Saúde da Família, enquanto proposta da atual estratégia de reorganização do modelo assistencial no país.

5.1.2 Apresentação dos sujeitos do estudo

Entre os 13 enfermeiros entrevistados, a configuração é predominantemente feminina, pois 100% dos profissionais entrevistados eram do sexo feminino. Ao perfil etário da população entrevistada verifica-se a idade média de 39,1 variando entre 25 e 52 anos, (54% está na faixa entre 30 e 49 anos, 31% até 29 anos e 15% com 50 ou mais) apontando para uma população heterogênea, porém predominantemente mais “madura”.

Esses valores corroboram com o estudo realizado por Machado (2000) que analisou o perfil de médicos e enfermeiros de Saúde da Família no país, no qual foi observado que 90,91% dos enfermeiros que nela atuam são do sexo feminino. Acrescenta-se ainda que essa é uma característica peculiar da

⁸ <http://dab.saude.gov.br> . Acesso em: 29/07/2012.

profissão, que é composta quase que exclusivamente de mulheres. Ao analisar os dados sobre faixa etária, o estudo mostra que os enfermeiros do PSF em sua maioria 58,69% estão na faixa entre 30 a 49 anos, e 36,58% com até 29 anos, aproximadamente o encontrado neste estudo.

Formados no respectivo curso de enfermagem há 13,7 anos em média com uma variação entre 3 e 27 anos, ou seja, oito (62%) deles possuem mais de nove anos de profissão. Os mesmos estão no serviço em que exercem a função de enfermeiro no PSF há 7,5 anos em média, distribuídos entre o mínimo de um e o máximo de 15 anos, ou seja, sete (54%) tem nove ou mais anos na referida área, e seis (46%) possui menos de nove na área. Este dado é contrário à pesquisa sobre perfil dos enfermeiros e médicos em Londrina (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005) por exemplo, a atuação de mais da metade dos enfermeiros, nessa área, era de menos de nove anos, e 46% dos enfermeiros tinham mais de nove anos de tempo de profissão.

Todos os entrevistados relataram ter experiência no trabalho em Saúde da Família. Os relatos foram de experiências anteriores em Saúde da Família e alguns já possuíam experiência em outros serviços ou em outro eixo de atenção a saúde. Apenas dois (15%) relataram não terem experiência em outras áreas da saúde. Nos dois casos a primeira e única experiência foi em Saúde da Família, e uma delas relatou que o atual emprego é sua primeira experiência profissional na área de saúde como enfermeiro (QUADRO 3).

Quadro 3 – Perfil dos gerentes dos serviços de saúde entrevistados quanto ao sexo, tempo de formado, tempo na função e outras áreas de experiências anteriores.

Unidade	Sexo	Tempo de formado (anos)	Tempo na função (anos)	Outras áreas de experiências
1	f	15	15	Docência, hospitalar e clínica
2	f	27	6	Ambulatório e hospitalar
3	f	13	9	Hospitalar
4	f	4	3	Supervisão de estágio
5	f	15	13	Hospital CTI
6	f	6	4	–
7	f	3	1	Hospitalar e supervisão de estágios
8	f	3	2	–
9	f	6	5	Clínica
10	f	25	9	Hospitalar
11	f	19	11	Hospitalar e ambulatórios
12	f	15	11	Indústria e hospitalar
13	f	27	9	Clínica psiquiátrica

Portanto, 11 (85%) dos entrevistados já possuíram outros empregos antes de ingressar na atual função de enfermeiro da Saúde da Família. Este dado é consonante ao daquela pesquisa realizada por Machado (2000), em que 77,17% já possuíram outros empregos, antes de ingressar na Saúde da Família.

De acordo com Mishima (2003), essas experiências tanto pessoais quanto profissionais proporcionam ao profissional diferenciadas ferramentas para atuação na saúde da família, considerando como ferramentas a utilização de tecnologias leves, leves-dura e dura no trabalho em saúde. Essa autora utiliza o termo tecnologias para designar os saberes que os profissionais detêm durante sua prática, neste sentido a maturidade profissional torna a prática mais adequada em técnicas, em humanização, e na produção de cuidado.

Quanto a área de especialização, encontrou-se coerência com a área de atuação na Saúde da Família, 12 (92%) dos entrevistados possuem pelo menos uma especialização, somente um (8%) ainda não possui certificado de curso de pós-graduação, seis (46%) estavam inseridos em curso de

especialização no momento da coleta de dados, nove (69%) possuem especializações relacionadas à área de Saúde da Família, quatro (31%) relacionadas à Saúde Pública, quatro (31%) relacionadas à área de Gestão, três (23%) estavam realizando a Especialização em Saúde da Família no período da entrevista, dois (15%) em Enfermagem do Trabalho, sendo uma em andamento, um em Educação em Saúde, um em Gerontologia, um em Centro de Terapia Intensiva, um na área de docência, ainda em andamento.

Encontrou-se que sete (54%) dos entrevistados possuem duas ou mais especializações. Certifica-se que quanto maior o tempo de formados maior o número de especializações (QUADRO 4).

Quadro 4 – Perfil profissional dos entrevistados segundo tipo de vínculo empregatício, outros vínculos e especialização.

Unidade	Vínculo empregatício	Outros vínculos	Especialização
1	CLT	Não	Educação em saúde; Atenção básica em saúde da família; Gestão da clínica; e Enfermagem do trabalho (em andamento).
2	Efetivo (concurso)	Não	Saúde da Família
3	CLT	Não	Saúde da Família
4	CLT	Sim	Saúde Pública; Gestão e saúde pública; e Programa Saúde da Família (em andamento).
5	CLT	Não	Saúde pública e gestão; e Saúde da família.
6	CLT	Não	Gerontologia
7	CLT	Não	Gestão das clínicas; Programa Saúde da Família; e Docência (em andamento).
8	CLT	Não	Saúde da Família (em andamento).
9	CLT	Não	Saúde da família.
10	CLT	Não	Programa Saúde da Família; e Centro de Terapia Intensiva.
11	CLT	Não	Saúde pública com ênfase em PSF; e Programa Saúde da Família.
12	CLT	Sim	Enfermagem do trabalho; e Programa Saúde da Família (em andamento).
13	CLT	Não	Saúde pública com ênfase em PSF; Atenção a clínica na atenção primária; e Saúde da família (em andamento).

Este perfil se diferencia daquele realizado na pesquisa de Machado (2000). Nela 43,13% dos enfermeiros têm até quatro anos de formados e

35,49% dos enfermeiros fizeram alguma especialização. De forma comparável, eles se habilitaram em maioria (40,03%) na área de Saúde Pública. Contudo, ressalta-se que esta pesquisa foi realizada há 10 anos, e que nesses 10 anos muito foi investido em Saúde da Família, especialmente em capacitação e educação permanente para os profissionais que nela atuam, além de cursos gratuitos de pós-graduação (QUADRO 3).

É interessante o comentário de um dos entrevistados a esse respeito:

“[...] a gente tem muita liberdade de estar fazendo cursos, o governo federal mesmo disponibiliza muito curso pela... a distância para quem é dos profissionais da rede, para quem está cadastrado na saúde pública. Então, atualmente eu estou fazendo um pelo governo federal que é em tuberculose a distância, então neste conceito é excelente. Você pode fazer “n” cursos e se capacitar em “n” atualizações, capacitações tem muito. Vai de cada profissional se tem interesse ou não. Mas nesta questão eu acho muito bom. Eu mesma já fiz um monte de cursos.” (Enf. “D”).

O relato, de certa forma, expressa a preocupação do enfermeiro em se capacitar e estar atualizado para atuar na sua prática profissional. É notável o movimento de busca de capacitação para o trabalho, e também a maior possibilidade de acesso a formação e capacitação.

Dos cursos manifestados pelos entrevistados são todos *Lato sensu*. Nenhum deles relatou ter cursado ou estar cursando algum curso *Stricto sensu*, apesar de, durante a conversa informal de apresentação de interesses e objetivos deste estudo algumas manifestaram interesse em realizar uma pós-graduação *Stricto sensu*.

Observou-se também que duas (15%) relataram realizar atividades de ensino como, supervisão de estágios e aulas para cursos técnicos. Percebe-se interesse em realizar cursos *Stricto sensu* por parte desses profissionais, mas conforme aquela pesquisa realizada por Machado (2000) que apenas 1,45% dos enfermeiros que atuam na Saúde da Família têm mestrado e/ou doutorado.

A ausência desse tipo de pós-graduação para os profissionais deste estudo pode estar relacionada à apenas recente oferta dele na região estudada⁹. Contudo, no país de um modo geral nos cursos *Stricto sensu* são oferecidas vagas em menores quantidades, eles se localizam em sua maioria

⁹ O curso de mestrado por meio do qual se realiza este estudo, foi recentemente aberto, no ano de 2011.

em capitais e metrópoles, além disso, são cursos que exigem um grau maior de dedicação do aluno. Por isso tudo, considera-se a dificuldade dos enfermeiros que atuam durante 40 horas semanais na saúde da Família em município interiorano, com vínculo contratual, no qual dependem da autorização da coordenação municipal de saúde para realizarem um curso *Stricto sensu* (QUADRO 4).

O seguinte comentário de um dos enfermeiros entrevistados sobre o apoio da coordenação dos serviços a realização de cursos exemplifica a situação descrita acima:

“[...] não. Eu só estou fazendo por conta e risco meu. Eu que quis, eu que fui. Geralmente são as aulas no sábado ou à noite, que não interfere no trabalho. Mas para a gente sair é mais complicado. Não é liberado facilmente, não. É bem mais complicado. Se eu quisesse fazer, financeiramente tiver que pagar, pode esquecer porque a prefeitura não arca, não. Até, vamos supor, um curso legal de uns três dias fora daqui. Pode esquecer. Quem vai fazer é a coordenação, que interessante, não vai estar em contato com o paciente.” (Enf. “A”).

Quanto ao tipo de vínculo empregatício, apenas um (8%) dos entrevistados relatou ser efetiva no serviço, ou seja, realizou concurso público pela Prefeitura Municipal para efetiva ocupação do cargo público. Os outros 12 (92%) relataram possuir vínculo empregatício do tipo CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) que, segundo os mesmos, é feito por uma gestão compartilhada entre a Prefeitura Municipal e a Santa Casa de Misericórdia do Município (instituição filantrópica). Essa situação, segundo 12 (92%) dos entrevistados foi recentemente atualizada, anterior a ela o tipo de vínculo era contratual temporário apenas com a Prefeitura Municipal.

O tipo de contrato citado pelos entrevistados das equipes, temporário, dificulta o estabelecimento de vínculo do profissional com o serviço e a população atendida. Nestes casos há uma facilidade de utilização política na concessão desses cargos, permitida por essa forma de contrato, podendo existir uma forma de barganha político partidária bastante reconhecida em Municípios de pequeno porte. Portanto, aos gestores sanitários cabe a implementação de políticas que visem assegurar transparências nas relações contratuais aos trabalhadores da saúde na ESF e reduzir a alta rotatividade desses profissionais (OPAS, 2003).

Seguem relatos de três dos entrevistados sobre o tipo de vínculo empregatício:

“[...] agora passou para CLT, tem dois anos”. (Enf. “C”).

“Antes era contrato, agora é pela CLT. Por enquanto, estou esperando o resultado. Os que forem contratados... Eles me chamaram para cá. Estou esperando a Santa Casa pela Gestão Compartilhada por tempo... É CLT agora”. (Enf. “L”)

“... nós somos contratados por uma nova modalidade [...] que a gente tá pela Santa Casa, e a Santa Casa contrata a gente, né? Contrata pela Santa Casa. Na verdade, quem administra é a prefeitura [...] chamam de Gestão Compartilhada. Na verdade é uma terceirização, né? Mas deram outro nome.” (Enf. “N”).

Este fato não é realidade apenas do município no qual a pesquisa foi conduzida. É considerado de abrangência regional e nacional, conforme os autores Girardi e Carvalho (2003), a implantação da Saúde da Família no país ocorreram novas perspectivas de trabalho e modalidades de contratação. Com isso, alterou-se o perfil do mercado de trabalho nesta área, aumentando mais de 20% de empregos no setor público.

Entre as modalidades de contratação sugeridas pelo MS para as equipes da Saúde da Família consta também o contrato celetista, que deve revestir-se das garantias e dos direitos jurídico trabalhistas de cada profissional contratado no serviço, nesta modalidade. Contudo, de acordo com Girardi e Carvalho (2003) quase 2/3 dos empregos gerados na estratégia não se revestiram dos graus de formalização e institucionalidade das relações de trabalho típicas do setor público e do mercado de trabalho privado formal, uma vez que desconsideraram não apenas direitos trabalhistas consagrados, como também ameaçaram a própria continuidade da prestação de serviço com qualidade.

Segundo, Machado (2000), quanto ao perfil de médicos e enfermeiros da Saúde da Família, foi encontrado que cerca de 60% destes profissionais não possuíam garantias jurídicas de direitos trabalhistas e que mais de 40% dos médicos e enfermeiros do país foram incorporados por meio de contratos temporários. Além disso, quanto à situação de estar em regime celetista, a pesquisa também mostrou que quase metade dos profissionais referiu que

essa situação constituía-se um fator estressante e de instabilidade que, portanto afeta a qualidade do serviço prestado por tais profissionais.

Em todas as Unidades deste estudo a carga horária estabelecida para o trabalho do enfermeiro é de 40 horas semanais, dado em consonância com as responsabilidades propostas para a ABS em sua Portaria 648 de 2006. Quanto à vinculação a outros serviços, além da atuação de enfermeiro em Saúde da Família, apenas um (15%) relatou possuir mais outro tipo de vínculo empregatício. Este dado em pesquisa nacional é superior ao encontrado no município, sendo de 25,80% dos enfermeiros trabalham também em outros vínculos além do PSF (MACHADO, 2000).

Existem diferenças quanto à inserção no trabalho em Saúde da Família, alguns aspectos são comuns ao grupo de entrevistados, visto que sete (54%) relataram ter sido inseridos no serviço por meio de processo seletivo. O restante relatou ter sido por intermédio/convite de alguém três (23%), por concurso público dois (15%), e por oportunidade um (8%).

“Eu sempre me identifiquei com saúde pública, sempre gostei de saúde pública. Eu acredito na saúde pública, eu acredito que a prevenção ainda é a melhor forma, ainda é mais barato dentre os tratamentos. Então, assim que eu formei eu logo prestei um concurso e tive oportunidade de já estar indo trabalhar.” (Enf. “I”).

“Então eu sempre tive a visão de que enfermeiro tem que trabalhar em hospital, na graduação eles sempre forçam isso né? Enfermeiro tem que trabalhar em clínica e tal, mas aí depois que eu me formei, eu vi que as oportunidades de trabalho eram mais focados na saúde pública. As opções que a gente tem de trabalho. Então assim, isso foi a opção a princípio que eu achei no mercado foi a saúde pública, que hoje o governo está investindo muito na saúde pública. Então as oportunidades são maiores na saúde pública”. (Enf. “D”).

“No início foi oportunidade. Igual eu falei eu trabalhava no hospital até 13h e surgiu essa oportunidade de complementar a carga horária até ali para as 6h no PSF, então foi por oportunidade. E depois eu, quando tive essa opção, trabalhei na área hospitalar, trabalhei na saúde pública, eu me identifiquei mais na saúde pública. Aí eu continuei na saúde pública.” (Enf. “M”).

Os relatos dos entrevistados expostos anteriormente deixam claro que a Saúde da Família é um novo campo de trabalho em saúde, e a proposta é investir neste campo. Portanto, há uma confiança neste modelo, bem como em suas propostas.

Vários foram os fatores que levaram os entrevistados a trabalhar na saúde da Família. Desde a identificação/aptidão/afeição a Saúde Pública, por estar mais próximo do usuário estabelecendo vínculos com a comunidade e por acreditar na proposta de reorganização da saúde por meio dos ideais da Saúde da Família, até questões mais estratégicas como maior salário, flexibilidade da carga horária contando com final de semana e feriados livres, e por surgimento da oportunidade de emprego.

Seguem os seguintes relatos sobre isso:

“No início, era o salário. Porque eu lembro que quando eu comecei na prefeitura, era assim, o salário meu era 500 e dos enfermeiros que trabalhavam no PSF era 3 vezes mais, e a gente fazia praticamente o mesmo serviço”. (Enf. “B”).

“Desafio de conhecer o que é o programa da saúde da família, né, na época, e por recurso financeiro. O lado financeiro falou muito também. Que na época eu trabalhava no hospital e comecei a trabalhar em hospital e PSF, entendeu? Quando eu comecei”. (Enf. “J”).

Esta visão indica além da estratégia de busca de maior salário o desconhecimento dos ideais que formulam a proposta de reorganização da Saúde por meio da Saúde da família, uma vez que esta é uma nova forma de trabalho, diferente daquela que já existia.

Para Santos, Soares e Campos (2007), o trabalho na Saúde da Família configura-se como uma nova relação entre os trabalhadores, uma outra feição do objeto, um espaço privilegiado para fazer diferente denotando também uma idealização de seu perfil profissional. Em estudo realizado pelas autoras também verificou-se a atração pela remuneração e pelo regime de trabalho, corroborando com os resultados do presente estudo.

Segundo Mishima (2003) para a maioria dos trabalhadores a Saúde da Família é uma interrogação, por não se ter claro o que caberia a cada profissional e quais as atividades a serem desenvolvidas. Ora, apenas uma questão era concreta: “[...] a Saúde da Família é um trabalho diferente onde o trabalhador busca conhecer a realidade da família [...]”. Para esta atuação o profissional deve voltar seu conhecimento para a prevenção, promoção da saúde, da qualidade de vida dos usuários. Neste contexto a perspectiva do profissional deve ser diferente daquela de um âmbito hospitalar, onde a

assistência é dada a um paciente específico, sem considerar o cenário onde se dá o cotidiano do mesmo.

Há também uma visão de maior possibilidade de respeito e reconhecimento ao usuário no trabalho prestado a ele. Este caminho pode ser uma fonte de satisfação, visto que existe uma forma de mudar o modo de produção do trabalho estando mais próximo e mais interativo, e por isso, visando ser mais resolutivo (MISHIMA, 2003).

“Por acreditar que eu poderia barrar o sofrimento maior de uma pessoa. Toda vez que eu estava no hospital, dentro de uma UTI, que eu via uma pessoa sofrendo muito, e ela não precisaria estar ali naquela situação, por isso que eu optei ir para o PSF. Mas com o longo dos anos, a gente vê que não é bem assim, não. O buraco é bem mais embaixo. A gente não tem o poder de mudar os outros, né? O máximo que você pode fazer é orientar. Mas cabe a cada um querer seguir ou não.” (Enf. “A”).

Embora seja predominante entre os entrevistados a visão de uma nova proposta de reorganização da saúde por meio da Saúde da Família, há também uma contrariedade ao estar inserido nela, dada a dificuldade em acreditar que a Saúde da Família pode atender aos anseios da população assistida.

Santos, Soares e Campos (2007) verificaram que à medida que era relatado o cotidiano de trabalho os atrativos de maior remuneração e regime de trabalho mais flexível foram colocados em xeque, visto que, o resultado do trabalho realizado é quase sempre a tensão entre a realidade social e de saúde encontrada nos territórios e as metas impostas não dão conta dos problemas trazidos pela população. Deste modo, a situação do território é vista como complexa ou penosa, produzindo sensação de impotência.

Portanto, este grupo de entrevistados é composto por diferentes inserções e motivações ao trabalho em Saúde da Família. Estas diferenças do conjunto afetam o modo de organização de seus trabalhos, que por sua vez está inserido em um modelo político de organização assistencial à saúde.

5.2 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, SEGUNDO A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

As concepções dos enfermeiros sobre o processo de trabalho em saúde da Família são analisadas sob o entendimento de concepção, como já dito no primeiro capítulo deste trabalho, como *“todo ato do pensamento que se aplica a um objeto [ou] mais especificamente ainda, operação que consiste em apoderar-se de ou formar um conceito”*. Conceitos são: *“noções gerais que definem as classes de objetos dadas ou construídas, e convindo de maneira idêntica e total a cada um dos indivíduos que formam essas classes, podendo-se ou não separá-las delas”* (LALANDE, 1999, p. 181-182).

Considerando que o esquema de etapas do processo de trabalho em saúde, desenvolvido por Mendes Gonçalves (1992, 1994) representa aqueles elementos que são absolutamente essenciais para o desenvolvimento do trabalho, portanto é comum a todas as profissões da área de saúde, ele é tomado aqui como balizador das análises e interpretações das concepções que os enfermeiros das Unidades estudadas expressam sobre o objeto. Desta forma, a categorização das concepções dos enfermeiros sobre o seu processo de trabalho foi definida com base nas características do referencial teórico adotado.

O quadro teórico, a revisão de literatura e os procedimentos de análise do material empírico permitiram a construção de duas categorias em que se agruparam as concepções dos enfermeiros e seis subcategorias integradas as duas primeiras categorias, organizadas do seguinte modo:

- **A construção do processo de trabalho:**
 - Vigilância e promoção da saúde;
 - Adequações para o trabalho;
 - O trabalho em equipe;
 - Uma ação complexa;
- **O trabalho propriamente dito:**
 - Atribuições no trabalho;
 - Subordinação do trabalho;

A primeira concepção reúne as características referentes as etapas do processo de trabalho em saúde tomadas como referencial teórico neste trabalho.

O **objeto e a finalidade** do processo de trabalho dos enfermeiros entrevistados na Saúde da família significam prevenir doenças e promover saúde em todos os relatos, portanto classificada como vigilância e promoção da saúde, conforme seguem os depoimentos descritos:

“É um trabalho de promoção, prevenção, né... De... Da saúde da família, no PSF... De Saúde da Família, você trabalha com promoção e prevenção. O que eu entendo é isso, a gente não deixa a doença acontecer. A gente tem que prevenir a doença”. (Enf. “F”).

“O processo de trabalho da equipe da Saúde da Família é voltado para casos de prevenção. A gente trabalha mais na busca ativa dos pacientes, para tentar prevenir doenças”. (Enf. “H”).

“O alvo nosso é a população e a gente quer atender a população e principalmente na prevenção, que o principal foco do PSF, a gente evitar que as pessoas tenham doenças maiores, com as doenças de base dela, descobrir essa doença o mais cedo possível e resolver o problema da população mesmo”. (Enf. “M”).

Nesta perspectiva, o objeto de trabalho apontado é a assistência prestada. Esta visão foi identificada predominantemente entre os entrevistados e diz respeito à finalidade do trabalho mais do que ao objeto em si. Na literatura são encontradas duas correntes teóricas sobre o objeto de trabalho da enfermagem, uma adota o paciente/cliente como objeto de trabalho, e outra, que define o cuidado como tal.

Nessa discussão, os autores Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001) refletem sobre o cuidado como objeto epistemológico da enfermagem, ou seja, objeto do processo de construção de conhecimento; mas, também, como ação do agente transformador, em que o cuidado é o trabalho em si e, neste trabalho de cuidar, o objeto é o próprio ser humano portador de carência de saúde.

O processo de trabalho em Enfermagem tem como objeto o cuidado demandado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades. A Enfermagem é uma ciência e uma prática que se faz a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida, que são providos por seus

profissionais, embora para alguns o objeto de trabalho seja o corpo biológico desses indivíduos (SANNA, 2007).

Entende-se então que o objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado ao ser humano, porém nestes casos foi lembrado o objeto já vinculado as ações da ESF que visa justamente a prevenção de doenças por meio da vigília, do atendimento, do controle, da escassez de complicações, e a promoção de saúde por meio da educação em saúde e do vínculo com a comunidade. Esta visão de objeto segue a tendência das ações da Estratégia, visto que, de acordo com Felli e Peduzzi (2011) atualmente a transformação do objeto de trabalho em saúde e enfermagem pode se dar tanto na perspectiva da promoção como da prevenção e/ou recuperação da saúde.

Um estudo realizado por Schimith e Lima (2004), constatou-se que o objeto de trabalho do enfermeiro na equipe de Saúde da Família foi a necessidade coletiva dos usuários, e que quando o enfermeiro fala da finalidade da Saúde da Família e dele próprio na Saúde Pública, existe uma eleição das atividades de prevenção e promoção.

Embora o objeto de trabalho do enfermeiro identificado pelas autoras acima não convirja com o do presente estudo. A finalidade e a visão de que a unidade básica deve ter suas funções ampliadas para atender integralmente aos problemas de saúde de uma população, realizando não só a prevenção e promoção, mas também o atendimento clínico ampliado são compartilhadas em ambos os estudos.

Quanto as necessidades para o exercício, relacionada aos **instrumentos** para a execução do processo de trabalho em saúde, reuniram-se várias características que envolvem instrumentos físicos: estrutura física da unidade adequada para a realização do trabalho, em quatro depoimentos; recursos humanos, conferindo a valor da equipe completa, em dois depoimentos; e ainda os que não são físicos: estar inserido no contexto familiar, ou seja, proximidade com a comunidade adscrita, em três depoimentos; ter conhecimentos para executar as ações, em dois depoimentos; e planejamento e avaliação das ações e dois depoimentos.

“Eu preciso de uma nova unidade, né? Estrutura física mesmo. Eu acho que a estrutura física ajuda. Você estar direcionando o seu trabalho dentro da unidade. Porque às vezes você tem que estar trocando sala com médico, não tem uma sala de espera ideal para você fazer um bom acolhimento, sabe? Então a gente começa a

improvisar. Então quando você tem uma estrutura física, eu acho que isso facilita o trabalho de toda equipe”. (Enf. “J”).

“Eu preciso conhecer a população, vou estar trabalhando, saber as particularidades. Cada área tem uma particularidade, cada área de abrangência é de um jeito”. (Enf. “H”).

“[...] uma equipe completa. E se possível, dois auxiliares por equipe. Um espaço físico adequado. Então, eu acho que é isso que eu preciso. Uma equipe completa [...]”. (Enf. “B”)

“Olha, a gente vê que você tem que ter muito conhecimento. Muito mesmo. Eu vejo que quando você forma, você está sendo capacitada para exercer a profissão que você escolheu, capacitada”. (Enf. “A”).

“[...] pra desenvolver esse processo do trabalho, eu tenho que ainda conciliar melhor o tempo, porque eu tenho que ter tempo planejado, eu tenho que avaliar, fazer avaliação, tem que ter planejamento [...]”. (Enf. “C”).

Observou-se que a relação de depoimentos sobre as necessidades dos instrumentos físicos é maior do que a de não físicos. Isso que evidencia que os profissionais concebem os instrumentos de trabalho como condições para o trabalho.

A estrutura física da unidade de saúde e os recursos humanos são elementos próprios do processo de trabalho, são condições para a execução do mesmo, ora, não são instrumentos de trabalho, visto que o enfermeiro inserido na ESF exerce atividades fora da unidade de saúde, tal como as visitas domiciliares.

Por outro lado, os depoimentos que dizem respeito aos instrumentos não físicos vão ao encontro do que Pires (2008) apresenta, envolvendo o saber em saúde, o saber específico de cada profissão. Estes saberes fazem parte do grupo de tecnologia leves em saúde encontrada na execução do trabalho vivo em saúde, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo.

De acordo com Merhy (2002), existem dois tipos de trabalhos, o trabalho vivo e o trabalho morto, o primeiro refere-se ao que está em processo, em ação na dimensão do cotidiano. Já o trabalho morto situa-se em todos os produtos-meios inseridos no processo de trabalho e que são resultados de um trabalho anterior, assim como conhecimentos adquiridos e equipamentos.

Ressalta-se que Mendes Gonçalves (1994) trouxe para o este campo de análise, os conceitos de “tecnologias materiais” para os instrumentos e

“tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico usados na produção da saúde.

De outro modo, o trabalho em equipe faz referência à **força de trabalho** dentro do processo de trabalho em saúde da família, encontrada em seis dos depoimentos dos enfermeiros entrevistados. Faz-se aqui referência aos **agentes** executores do trabalho.

Nesta etapa são identificadas as características de um trabalho realizado em equipe, um trabalho que depende dos outros profissionais inseridos na ESF. As falas dos enfermeiros denotam uma forte característica do trabalho em Saúde da Família, o trabalho em conjunto.

Os seguintes depoimentos servem de exemplos para tal concepção:

“Você não trabalha sozinho, você é uma equipe, eu faço parte de uma equipe, então eu não consigo trabalhar sozinha, eu tenho que articular com a minha equipe. Eu articulo, eu tenho que trabalhar com médico, em parceria com o médico, com técnico, com os agentes, então você tem um elo muito forte com a equipe [...]” (Enf. “D”).

“Eu aqui, a gente depende da equipe inteira, você entendeu? Desde o serviços gerais, dos agentes, porque... o auxiliar, principalmente, “né”, porque se não tiver, sobrecarrega [...] eu acho que todo mundo depende de todo mundo aqui, “né”. Os agentes... A gente depende dos agentes, porque se os agentes não estiverem dentro da cadeia de passar as informações pra gente, a gente não sabe o que está acontecendo, porque cada agente tem a sua micro área”. (Enf. “B”).

“Se a equipe não estiver engajada o trabalho não sai bem feito [...] o PSF é um relógio onde tem que estar tudo engrenado”. Se não estiver tudo engrenado, não vai funcionar”. (Enf. “F”).

A concepção de trabalho em equipe está vinculada a de processo de trabalho e evoluindo ao longo dos anos, visto a necessidade do homem de adicionar esforços para alcançar objetivos de forma conjunta tornando-se mais fácil e atendendo as exigências do processo de produção moderno. No trabalho em equipe na Saúde da Família tem-se a divisão de responsabilidades do cuidado entre os profissionais da equipe, em que cada um contribui com sua especialidade de forma a contribuir para a qualidade da prestação das ações de saúde. Desta forma, a concepção integral do cuidado estimula a ação interdisciplinar nas práticas, valorizando as diversas disciplinas contribuindo para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Contudo, segundo Almeida e Mishima (2001), se não houver interação entre os profissionais das equipes de Saúde da Família, tem-se o risco de ofertar a mesma prática fragmentada, desumana e centrada no enfoque biológico individual com diferente valoração social dos diversos trabalhos. Portanto, para uma eficiente forma de estruturação, organização de trabalho em equipe é necessário um compartilhamento de tarefas e de cooperação para o alcance de objetivos comuns, mesmo que entre disciplinas diferentes.

O trabalho como uma ação complexa categorizada como o produto final do processo de trabalho tanto para o profissional quanto para o usuário é a última etapa do processo aqui analisada. Nesta etapa são divididos dois núcleos balizadores para a compreensão do que está relacionado ao produto final para o profissional entrevistado, o primeiro é o trabalho de produção e o segundo é a divergência entre produção e consumo do trabalho.

No núcleo **produto final para o profissional** encontrou-se a característica: um trabalho complexo com muitas atribuições, em 10 depoimentos. De acordo com a exemplificação da fala de três deles:

“[...] acho ele bem complexo. Porque nós temos um leque muito grande de várias atividades, sabe? Então é um processo bem árduo. [...] no PSF o leque é muito grande. Então o teu conhecimento, ele tem que ser muito grande, porque você atende desde o nascimento até antes da morte mesmo, que eu falo”. (Enf. “A”).

“São muitas atribuições para enfermeiro dentro do campo do PSF. Então assim, a gente fica por conta da gerência, quando o auxiliar está de férias você assume a postura do auxiliar, quando o recepcionista sai de férias você assume a posição do recepcionista, e fora isso, todas as áreas, que é a gerência com os agentes, que são os seus cuidados com suas gestantes, com seus idosos, com seus hipertensos, seus diabéticos, com seus recém nascidos. Então o processo de trabalho do PSF em si ele é bem puxado. Digamos assim”. (Enf. “I”).

“[...] você tem que fazer 'n' funções que nem é da sua alçada. A gente acaba fazendo por falta de recursos humanos, colocar um tempo hábil dentro das unidades, então assim, isso aí começa a desgastar muito, né? A falta de recursos humanos dificulta muito, né?”. (Enf. “J”).

Considera-se que estes profissionais entrevistados caracterizam como desgastante o processo de trabalho na Saúde da Família. Esta visão pode ser uma consequência da falta de recursos humanos e também das atividades impostas pelas metas do próprio Programa Saúde da Família que demandam

tempo para organização e atualização de dados nos sistemas informatizados. Além das metas para a Saúde da Família existem também os problemas trazidos pelos usuários de acordo com sua individualidade e particularidade, mas, para estes problemas os profissionais são desprovidos de um protocolo de atendimento acabando em um trabalho de esforços, porém pouco resolutivo.

Em conformidade outras autoras identificaram potenciais de desgaste para o trabalhador, advindos da própria organização do trabalho na Saúde da Família. Para as autoras o enfermeiro da ESF possui uma acentuada expectativa que têm de solucionar os problemas trazidos pela população e do serviço de saúde, contudo sem fazer crítica da impossibilidade de oferecer respostas aos problemas, para os quais o modelo talvez não possua meios e instrumentos de trabalho precisos. Deste modo, ao fazer um pouquinho de tudo e funções que não lhe cabem o enfermeiro acaba deixando suas atribuições específicas (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

No núcleo **produto final para o usuário**, do ponto de vista dos enfermeiros entrevistados observa-se que alguns caracterizam o consumo do processo de trabalho como algo inverso aos seus objetos/objetivos, esta característica é citada por três dos enfermeiros entrevistados.

“[...] que a gente ainda trabalha com uma população curativa, não preventiva, “né”?!. Ah, o que eu entendo é isso, que a gente... que a proposta do PSF é sempre prevenção, “né”, mas é... a população, “né”, são muito... é doença, “né”?! Eles só pensam na doença, então a parte é curativa. Então eu acho que a grande dificuldade de trabalhar com o Programa de Saúde da Família é isso: fazer entender que a gente trabalha com prevenção e não o curativo, “né”?! Mas, isso é difícil”. (Enf. “B”).

“Promover, prevenir, né, essa questão é muito bonita, mas chega na hora de você passar isso pras pessoas é bem difícil, bem diferente que você pensa. Até as pessoas entender que é prevenção, que você tá fazendo, prevenindo doença, o que que é isso pra eles, né? Não é fácil não”. (Enf. “N”).

“[...] então você acaba fazendo só trabalho curativo, curativo, curativo, e o que não é a proposta do PSF. Então você tem que trabalhar assim, você não consegue fazer o que você tem que fazer, que é promoção, que é prevenção, é para você fazer realmente aquela parte de ter tempo para grupos, ter tempo para bate papo...” (Enf. “E”).

Este dado mostra que há um sentimento de antagonismo na identificação das reais necessidades e carências da população assistida pelos profissionais. Visto que é reafirmada a visão do objeto e finalidade como a prevenção de doenças e promoção de saúde. Estas últimas são ações que formam a base da Saúde da Família e que, portanto são impostas como a direção que estes profissionais devem seguir para o trabalho.

O trabalho do enfermeiro na Saúde da Família tem sido pouco transformador da realidade dos usuários. Contudo, existe uma contribuição na melhora do perfil epidemiológico da população, visto que suas ações são bastante voltadas para a vigília do estado de saúde dos usuários. Assim, mesmo que os enfermeiros se esforcem na realização de procedimentos a população usuária do serviço permanece com as mesmas queixas, levando ao mesmo uma sensação de trabalho desgastante e impotente (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

Na segunda categoria empírica **o trabalho propriamente dito** têm-se as atividades exercidas pelos enfermeiros nas unidades de saúde da Família. Estas são divididas em processos operacionais, processos gerenciais e processos educativos, que fazem referências respectivamente aos cuidados diretos, cuidados indiretos e a educação em saúde.

As atividades relatadas pelos entrevistados nestes processos são consideradas como os instrumentos de fato utilizados pelos enfermeiros na execução de seu trabalho e, portanto descreve-se aqui a frequência com que estes instrumentos são encontrados nas falas durante as entrevistas.

Nesta categoria os entrevistados relataram sua atuação no trabalho em Saúde da Família assim como seguem os relatos descritos abaixo:

“Eu faço consulta de pré-natal... A gente trabalha em grupo, em grupo de tabagismo, em grupo da gestante, tem o grupo da ginástica, alongamento, caminhada, o que mais... Agora a gente vai entrar agora lá... [...] a gente vai fazer uma oficina terapêutica lá, com os idosos. A gente vai fazer também umas palestras, a gente vai ter que procurar fazer um trabalho depois do serviço, porque a noite que a gente consegue pegar eles... O que mais eu faço... Eu faço consulta de enfermagem... Eu faço o exame preventivo, que, está parado agora um pouco, faço pré-natal também... O que mais que eu faço... A gente faz reunião com a equipe, a gente faz a capacitação com os agentes, cada mês a gente fala um tema, ou a gente sai para... Por que... É... A gente dá a capacitação de um tema, por exemplo, esse mês agora aqui a gente vai falar sobre a dengue, aí a gente vai

capacitar o paciente e o paciente sai, o paciente não, o agente comunitário, sai para a prevenção da dengue.” (Enf. “F”).

“[...] a gente realiza consultas de enfermagem, visitas domiciliares. A gente faz... é... temos... Faço os grupos também, participo junto com os grupos. [...] Eu faço reunião também com os agentes comunitários. Sempre que precisa a gente faz. Faço reunião com a equipe também. É... Nossa, é muita coisa... Acompanhamento de gestante, todas as gestantes. Acompanhamento das crianças, nós fazemos. É... Assistência domiciliar a gente faz. Fazemos curativos domiciliares, fazemos injeções. [...] Todos, todos os serviços de enfermagem a gente faz em domicílio e aqui dentro da unidade também. Então, a gente faz tudo, né? A gente faz atendimento individual se for preciso, faz abordagem de idosos se for preciso, a gente faz o serviço de inspeção quando é preciso. Sabe? A gente... Por exemplo, tem que fazer visita pra agente comunitário, a gente faz. Então é meio... Meio multifunção que o enfermeiro exerce, sabe?” (Enf. “L”).

“[...] a enfermeira do PSF, ela não ganha muito mais do que deveria, né? Não só de coordenação da equipe. Nós somos o gerente e a gente ocupa muito tempo como gerente de unidade. Eu ultimamente então, o teto é de quase 90%, que eu estou por conta de... das atividades de... administrativas. Tudo está por minha conta, né, eu to na frente, eu estou no lugar da auxiliar, da Auxiliar Administrativa. E nisso eu me via de igual... quarta-feira eu sou administrativa, eu sou enfermeira, sou auxiliar, eu tenho que correr aqui, correr ali e correr aqui, entendeu? Então, é difícil. A... de coordenação da equipe o que que eu faço? Olho de manhã, a gente chega, eu vou ver qual é a produção deles, o que... como é que foi o dia anterior, se teve algum problema, fico pegando no pé, muito chato. Eu tenho que olhar a Folha do Ponto, eu tenho... ô pessoal! Olha... agora, vamos sair, né, coordenar o trabalho deles, é... tentar levá-los pra... para um curso que nós temos lá nas quintas-feiras, temos um curso lá na saúde, tentar estimulá-los a estudar um pouquinho, certo? É... treinamento, faço muito pouco, né? A gente quase não tem treinado. Treinamento que eu falo é que tem que pegar, fazer uma educação continuada, eu gosto mais de jogar pelos meninos do Unifal, eles tem mais interesse, né?” (Enf. “N”).

Dentro destas atividades referidas pelos enfermeiros entrevistados percebeu-se que a atividade de acolhimento além de ter uma frequência grande (está presente em onze dos treze depoimentos) ela também possui um destaque maior em relação as outras atividades. Como nos seguintes depoimentos:

“[...] o acolhimento, que a gente tem o orgulho de falar que é... o meu PSF, ele... meu não, nosso. Ele sempre tenta acolher o melhor que pode. Então é o acolhimento, são as consultas...” (Enf. “E”).

“Então, as minhas atividades que eu mais faço no dia a dia é acolhimento, e dentro do acolhimento tem os procedimentos. Então você vive com isso: acolhimento e procedimento”... (Enf. “I”).

“[...] visita domiciliar, toda quarta, segunda e quarta a tarde; preventivo toda terça-feira o dia todo e acolhimento todo o dia de

manhã tem acolhimento e todo o dia a tarde tem acolhimento [...] então eu faço acolhimento, dou abertura para a pessoa contar o caso delas, falar o que está acontecendo tudo". (Enf. "G").

Diante disso considera-se que o acolhimento é uma atividade bastante presente no processo de trabalho na Saúde da Família. Os enfermeiros ao exercerem esta atividade estabelecem maior contato com o usuário, visto que por meio dela é possível escutar, dialogar, aconselhar, orientar, educar e assim cuidar. Além disso, é sabido que o acolhimento é a base para um atendimento humanizado e o caminho para o acesso aos serviços de saúde.

Os resultados encontrados corroboram com os estudos de Takemoto e Silva, (2007); e Oliveira, Tunin e Silva, (2008), nos quais relatam que o acolhimento tem se caracterizado como um espaço para o diálogo entre profissional e usuário, onde ambos estão comprometidos com a resolução dos problemas. Verifica-se que, mesmo que a demanda apresentada não possa ser solucionada no momento da escuta, o usuário tem garantido uma orientação ou encaminhamento, ampliando assim o acesso à recepção das unidades e de humanização dela. Contudo, deve-se atentar para o acolhimento não se configurar apenas como um atendimento da demanda espontânea caracterizando-se como um pronto-atendimento. Assim, o acolhimento visa também transformar o processo de trabalho ou construir relações entre trabalhadores e usuários sendo solidários e compromissados com a identificação e satisfação das necessidades de saúde.

Assim como o acolhimento outra atividade também foi bastante relatada pelos entrevistados dentro do contexto de atividades assistenciais tal como: visitas domiciliares. O quadro abaixo¹⁰ (Quadro 5) apresenta a divisão do trabalho por núcleos, categorias e atividades:

¹⁰ O quadro apresenta as atividades identificadas nas falas dos entrevistados, sendo este um dos objetivos deste estudo, porém não se objetivou discutir cada atividade relatada, e sim os três tipos de competências identificadas e a frequência com que estas atividades eram relatadas. Discute-se aqui apenas as ações que apresentaram maior frequência dado o destaque delas pelos entrevistados.

Quadro 5 – Divisão do trabalho por competências operacionais, gerenciais e educativas.

Núcleos	Processos operacionais	Processos Gerenciais	Processos Educativos
Categorias	Atividades assistências	Atividades Gerenciais	Atividades Educativas
Atividades (frequência)	Acolhimento (11) Visitas (11) Consulta de enfermagem (6) Vacinação (5) Curativos (5) Triagem (4) Pré-natal (4) Teste do pezinho (3) Preventivo (3) Medicações (3) Puericultura (2) Mutirão (1) Campanhas (1)	Coordena a equipe (9) Recursos humanos (8) Administração de recursos materiais (7) Coordenação de horários (4) Fechamentos (4) Atualização de programas (4) Cadastramentos (1)	Grupos operativos (9) Orientações (5) Ed. continuada (4) Treinamentos (3) Supervisão de alunos (2)

As visitas domiciliares foram lembradas com frequência possivelmente pelo fato de ser a ação mais popularmente conhecida dentro da Saúde da Família. Embora não seja objetivo deste estudo verificar se esta ação é de fato desenvolvida, compara-se este resultado ao de uma pesquisa realizada no município para avaliar o processo de trabalho na APS no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na qual encontrou que 87% dos usuários que participaram do inquérito relataram não terem recebido a visita da enfermagem no último ano (GOMES; GRACIANO, 2010).

Realizada ou não a visita domiciliária é considerada um oportuno instrumental para a enfermagem em saúde coletiva dentro das ações da Saúde da Família. Contudo, a finalidade desta ação é intervir no processo saúde-doença da família, com destaque para seus membros em sua totalidade (EGRY; FONSECA, 2000). Deste modo, as visitas domiciliares são justamente destacadas dada a sua importância dentro contexto.

Quanto aos processos gerenciais observa-se que os entrevistados referenciaram atividades voltadas mais para a administração dos recursos materiais e humanos bem como a coordenação da equipe e seus horários, atividades com teor gerencial bastante explícito necessárias para o funcionamento da unidade de saúde. No entanto, fechamentos, atualização de

programas e cadastramentos que são atividades das quais o planejamento das práticas tanto do enfermeiro quanto dos outros profissionais inseridos na unidade de Saúde da Família foram menos referenciados. Assim, tem-se a visão de que para os entrevistados as condições de trabalho são mais necessárias do que as próprias ferramentas do trabalho em si.

Ademais, se as ações dos profissionais da unidade de Saúde da Família fossem planejadas e organizadas de acordo com as necessidades de sua população adscrita utilizando-se os dados gerados pela própria equipe, a administração dos recursos e da equipe seria prevista e, portanto dispensariam menor concentração de esforços pelo enfermeiro e equipe.

A esse respeito, Dantas Tahara e Ferreira (2001), sobre a prática gerencial do enfermeiro em unidades básicas de saúde, observam que os enfermeiros realizam atividades básicas para o desenvolvimento dos serviços nas UBS sendo responsáveis pela administração de recursos materiais e humanos. As autoras também descrevem que a prática gerencial deve ser planejada, visto que, elas observaram que ela acontece de maneira imprevista e dinâmica, geralmente voltada para o controle da realização de tarefas e busca de solução para os problemas já ocorridos. Talvez esta também seja a realidade da prática dos entrevistados no presente estudo.

Já em processos educativos, observou-se uma quantidade inferior de atividades relatadas pelos entrevistados, foram bastante lembrados os grupos operativos. Estes grupos são ações programadas e/ou impostas dentro da Saúde da Família. Geralmente eles são direcionados aos hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos para um trabalho em conjunto visando alcançar os objetivos em grupo. Deste modo, verifica-se a intenção de atingir um grupo de pessoas por meio das ações coletivas, embora estas sejam ofertadas a um grupo reduzido de indivíduos que já utilizam os serviços devido à sua cronicidade ou ciclo vital em que se encontra. Assim, acaba-se por não envolver todos os indivíduos do território adscrito.

O reduzido relato de processos educativos pode estar ligado à sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, a gerência e coordenação da unidade, as reuniões, a escassez de recursos materiais e humanos. Contudo, estes motivos não deveriam interferir na efetivação do trabalho educativo em saúde. As atividades educativas dependem muito do interesse e empenho dos

profissionais que atuam na Saúde da Família. É sabido que a realização das atividades educativas ocorrem por meio de palestras e orientações quando a doença já está instalada, e também no instante em que a população procura a unidade em busca da assistência, como é o caso da gestação. Por tudo isso, é necessário que os profissionais se interessem por uma educação em saúde mais efetiva e resolutiva, integrando aos grupos todos os indivíduos de seu território de abrangência (ROECKER; MARCON, 2011).

A subcategoria subordinação do trabalho traz os depoimentos de como são organizados os atendimentos à população. Quanto às atividades desenvolvidas no âmbito coletivo, verifica-se que estas são quase em sua totalidade, realizadas segundo as normatizações do MS. Isso implica na diminuição das ações individuais, visto que para o alcance de metas estipuladas causa um “engessamento” da produção de trabalho pelo profissional fazendo com que ele reduza a interação com o usuário o que pode atrapalhar a investigação diagnóstica. Os depoimentos de seis enfermeiros mostraram que a oferta do atendimento está vinculada ao cumprimento de modelos já estabelecidos pelo MS.

“Além de toda a portaria que regulamenta o serviço, a coordenação do PSF que estipula as atividades que vão ser feitas ao longo do ano. Mas, a gente segue mais as portarias do PSF mesmo”. (Enf. “H”).

“[...] é de acordo com a demanda, olha pra você vê... tem uma coordenação, o PSF segue de acordo com o ministério, as linhas guias, o Plano Diretor, então já tem normatização que vai ser seguida, mas, estamos aqui... outras coisas também precisa, eu tenho que adequar a minha realidade, às vezes não consigo seguir fielmente aquilo, tenho que adequar onde estou, mas é assim...” (Enf. “C”).

“Por exemplo, às vezes você não está planejando fazer alguma atividade, mas a secretaria pede que você faça, então... mas a maioria sou eu mesma. Assim, é o que preconiza o próprio Ministério da Saúde, as linhas guias, consulta de enfermagem, o grupo, ou, dependendo da situação, nós mesmas ou a própria secretaria”. (Enf. “E”).

A esse respeito observa-se que a atenção ofertada ao usuário está se distanciando do princípio da integralidade do cuidado ao usuário que devido à aproximação dos profissionais da ESF com a população poderia ser mais resolutiva, sendo este um dos seus objetivos. No entanto, como está explícito nas falas dos profissionais entrevistados a maior parte das atividades

realizadas provém das normativas estabelecidas pelo MS, e estas são normalmente exigidas pelas Regionais de Saúde, que apesar de serem planejadas por regiões elas não levam em consideração a individualidade dos sujeitos para as suas necessidades reais de saúde.

As limitações na apreensão do processo de trabalho dos enfermeiros das equipes de ESF por onde se conduziu o presente estudo são evidentes a partir do momento que os profissionais participantes dele relataram o quão subordinados estão ao cumprimento de normas e rotinas o que impermeabiliza a visão de todo processo e fragmenta os elementos do seu processo de trabalho. Ademais, a diversidade de necessidades para o exercício profissional em Saúde da Família identificada em relação aos instrumentos do processo de trabalho demonstra a carência de pensamentos críticos-reflexivos acerca das tecnologias de saúde necessárias na APS. Sem esses, é praticamente impossível mudar a direção das ações coletivas de saúde, uma vez que sua compreensão é imprescindível na busca da qualidade da assistência prestada.

Este dado foi também observado por outros autores como uma organização seguindo a lógica de trabalho racionalizada e agilizada para o cumprimento de metas numéricas, tornando-se um grande conflito nas práticas dos serviços de Saúde da Família, que de um lado é determinado pelas planilhas e protocolos e de outro pela necessidade de atender rotineiramente a uma multidão de problemas não previstos no planejamento das ações. Para estes autores os trabalhadores (enfermeiros da Saúde da Família) são muito mais expostos ao desgaste do que ao fortalecimento do trabalho como um novo modelo de atenção (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

Assim, considera-se que apesar das metas e protocolos estipulados dentro da Saúde da Família serem ferramentas para melhor organização dos serviços, esses elementos não devem rivalizar com o pensamento crítico-reflexivo que os profissionais necessitam ter diante dos vários problemas que os usuários levam até eles. Os objetivos impostos dentro da Saúde da Família são um dos caminhos por onde os profissionais devem conduzir suas práticas e não o único. No entanto é o mais seguido e por isto, obviamente, é o que deve ser alvo de maior avaliação de resolutividade em saúde.

6 CONCLUSÕES

São apresentadas considerações sintetizadas das questões apresentadas e discutidas a partir dos dados empíricos. As mesmas são relacionadas ao objetivo do estudo e seus pressupostos iniciais.

Um dos pressupostos deste estudo foi a relevância do tema para o meio científico e sua contribuição para a avaliação da prática profissional. Este pressuposto foi confirmado por meio das buscas bibliográficas, uma vez que foi possível verificar a preocupação dos autores sobre a temática e sua divulgação.

O segundo pressuposto foi que a ESF proporcionou ao enfermeiro maior espaço para sua prática profissional na APS e, portanto deve ser mais valorizada por estes profissionais. Este pressuposto foi confirmado uma vez que os profissionais entrevistados relataram gostar do campo da Saúde Pública, por terem mais oportunidades e até mesmo carga horária de trabalho e salários mais satisfatórios.

Apesar de terem um maior espaço neste âmbito de trabalho os enfermeiros caracterizam as atividades exercidas nele como desgastantes. Além disso, relatados sobre a inserção no trabalho em Saúde da Família mostraram que alguns deles não buscaram o trabalho por identificação e sim por outros motivos também relacionados à motivação, o que ainda comprova que o perfil do profissional deve ser considerado na área da saúde uma vez que a produção de trabalho se concretiza nas interações entre o profissional e o usuário do serviço.

O terceiro pressuposto diz respeito sobre o planejamento e desenvolvimento de ações do enfermeiro para atender as necessidades com resolubilidade organizando o processo de trabalho em saúde. Este pressuposto foi parcialmente confirmado pelas interpretações das falas dos entrevistados. Os entrevistados relataram sobre situações que ainda necessitam de reorganização de seus processos de trabalho, tal como o atendimento sem planejamento de atividades com foco na doença e não na sua prevenção e promoção de saúde.

E o último pressuposto foi que os desafios vividos na Saúde da Família podem estar ligados à falta de organização do processo de trabalho em saúde

e incompreensão das propostas de reorganização do mesmo e das competências profissionais, além da ingerência, que talvez seja o original problema que derivam esses outros. Este pressuposto foi também parcialmente confirmado, pelas falas dos entrevistados. Pelo discurso dos entrevistados observa-se que a organização o processo de trabalho se dá de acordo com as normas do MS e não conforme as necessidades de saúde da população, ora nos serviços estudados. Raramente as atividades são planejadas pelos enfermeiros e o processo de trabalho é pouco estruturado em objetivo, objeto, agentes, instrumentos, produto. As atividades seguem uma sequência lógica e automática talvez já estruturada no consciente destes profissionais, e isso não permite que ele veja o todo dentro do processo e o individual na sua assistência.

Pode-se identificar pelas falas dos participantes do estudo que de fato a falta de gerência é um dos maiores problemas vividos na ESF. A coordenação da equipe ou a falta dela, bem como a administração de recursos humanos e materiais e ainda as atividades burocráticas acabam por sobrecarregar o enfermeiro da Saúde da Família. Essas atividades dependem dentre outros fatores da contribuição dos demais membros da equipe, portanto não é uma falta de gerência do enfermeiro, mas sim da equipe.

O objetivo geral deste estudo foi identificar as concepções dos sujeitos sobre o seu processo de trabalho no âmbito da Saúde da Família. E da fala dos sujeitos foi possível encontrar conteúdos que identificam o sistema de elementos que constitui o processo de trabalho em saúde concebido por Mendes Gonçalves (1992,1994). Assim, pode-se perceber o movimento organizacional do enfermeiro na tentativa de alcançar seus objetivos dentro da produção do cuidado.

Sobre esses elementos são tecidas as seguintes considerações:

Nos serviços o objeto e a finalidade já são definidos e por isso se constituem como um modelo de assistência onde os recursos fornecidos, as normatizações e a disponibilidade para atender determinado tipo de clientela já estão estabelecidos. Esses aspectos são positivos e negativos para o profissional que atua nestes serviços. Positivos porque ao se inserir no serviço mesmo aquele profissional sem nenhuma experiência neste âmbito saberá como exercer seu trabalho organizando suas atividades de acordo com as

normas e rotinas estabelecidas. No entanto, negativamente este profissional ao se deparar com situações problemas dos usuários que não constam nas normas ele sentirá maior dificuldade para resolver tal situação e assim demandará maior tempo.

Aos instrumentos, tanto os físicos como quanto os não físicos são necessários e devem ser considerados como tecnologias de trabalho de modo que trabalho vivo e trabalho morto componham um mesmo campo de ação. O cuidado em Saúde da Família, sobretudo requer leveza, tecnologias leves de trabalho, para que se possa estabelecer a equidade, a acessibilidade e a integralidade. Requer ainda o acolhimento verdadeiro do usuário pelo produtor do cuidado e a variedade de ações sobre os diversos problemas trazidos pelo mesmo.

O profissional vive situações que interferem em seu processo de trabalho tal como o reconhecimento do seu trabalho, sua concepção nele, o seu local de trabalho, sua preparação e satisfação, inserção motivação e tudo isso irá influenciar no modo de agir do profissional no estabelecimento de tecnologias para atuar sobre os problemas e na sua resolução. É necessário que o enfermeiro compreenda os meios disponíveis para a execução da sua produção e os utilize para produzir uma assistência de qualidade, visto que são eles que valorizam o saber da profissão.

O produtor do cuidado acima de tudo deve ser humano e exercer sua força de trabalho apoiado numa inter-relação pessoal com usuários e equipe. O trabalho em equipe na ESF é fundamental para o alcance dos objetivos. Contudo, se faz necessário redefinir no cotidiano das responsabilidades e competências das equipes entrelaçando suas especificidades. O trabalho em saúde deve ser entendido como um trabalho coletivo, que apesar das especificidades de conhecimentos e de práticas profissionais, faz parte de um conjunto que resulta na assistência à saúde de seres humanos.

Por último, o produto final do trabalho não pode ser previamente conhecido. A averiguação pelo profissional do problema do usuário precede o produto final do trabalho e por isso o profissional que segue à risca o modo de produção perde a integridade de seu cuidado. Ademais, o trabalho da enfermagem é um processo dinâmico que se constrói pela interação entre as pessoas e o meio em que estão inseridas. O processo de trabalho ideal exige

uma flexibilização das normas e rotinas dos serviços, posto que seu objetivo é o cuidado integral ao usuário bem como a resolução dos seus problemas

Os objetivos específicos foram atingidos. Foi possível caracterizar os cenários quanto a população adscrita bem como os sujeitos quanto ao sexo, faixa etária, tipo de vínculo empregatício, tempo de trabalho no PSF, se existiam outros tipos de vínculos empregatícios e especialidades profissionais de cada um dos participantes. Ainda foi possível discorrer sobre as competências assistências, gerenciais e educativas deles. As competências de pesquisa não foram mencionadas em nenhum momento das entrevistas. O fato desses profissionais participarem do presente estudo já é um dado que se insere no campo das pesquisas contudo, existe uma necessidade de estimular os mesmos a realizarem pesquisas em seu próprio âmbito de trabalho, visto que as atividades de pesquisa são importantes tanto para avaliação da qualidade das práticas como da necessidades de saúde da população; além de contribuir para o fortalecimento do pensamento crítico e resolutivo dos profissionais, de modo independente.

Desta maneira, o trabalho propriamente dito abrange um amplo campo de atuação. No entanto, ele não pode ser o gerador de sofrimentos e desgastes para o profissional. Assim, o profissional deve estar pronto para exercer o cuidado de si próprio e do usuário, para tanto é necessário que o profissional invente o seu trabalho, cada um à sua maneira.

Assim, a reflexão torna-se imprescindível para a prestação de uma assistência de qualidade. Apreender o produto final do trabalho implica em aspectos que envolvem a preocupação com a assistência. Por sua vez, a reflexão do trabalho será possível quando houver o domínio do processo de trabalho, no qual as ações sejam intencionadas à finalidade de cuidar integralmente superando o que é estabelecido pelo MS e ainda definindo qual seu objeto do trabalho a partir das reais necessidades de saúde dos usuários de saúde. Enfim, o trabalho na ESF é essencial para consolidar o SUS e possui um forte apelo social capaz de aproximar o profissional da comunidade.

6.1 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

À medida que se constatou os elementos constituintes do processo de trabalho pelos entrevistados observou-se um trabalho com produção ainda bastante distante do que regem os princípios do SUS.

O presente estudo conduz a uma reflexão sobre a produção das ações de saúde dos enfermeiros na ESF despertando para uma necessidade de rever como estão sendo organizados os serviços para alcançar a tal almejada integralidade da assistência em saúde. Ao mesmo tempo ele é um estímulo para pensar em como agir dentro dos princípios do Sistema.

Neste estudo foi possível identificar a relação existente entre os elementos do processo de trabalho e a produção de cuidado resultante. A resolutividade, ou não, da atenção básica pode ser refletida por meio do relato de produção do trabalho pelos enfermeiros.

6.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo limitou-se à apenas uma técnica de coleta de dados. Teria sido importante se houvesse uma extensão maior do tempo, a execução deste trabalho estava prevista para dois anos, agregar à técnica de coleta de dados a observação participante. Isso permitiria que pesquisadora pudesse estar mais presente no processo de trabalho do enfermeiro e também dos outros profissionais da equipe. A atuação em Saúde da Família se dá de forma interdisciplinar, e isso tem influências nos processos de trabalho de todos os profissionais que nela atuam, bem como o produto de trabalho ofertado à população. O estudo também encontra limites ao não aprofundar a discussão sobre a influência dos fatores externos, decorrentes do contexto político e cultural sobre o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família estudadas. Também, não se aprofunda ao nível da relação usuário-enfermeiro e sua importância para o processo de trabalho.

6.3 SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

Mediante as referências consultadas e os resultados alcançados sugere-se ser indispensável estabelecer sistemas organizados de processos de trabalho em saúde, especialmente na enfermagem no âmbito da Saúde da Família visando alcançar os objetivos estabelecidos e garantir a qualidade da produção. Para tanto, recomenda-se a discussão desse tema durante a formação do profissional, aprofundando o conhecimento nesta linha de estudos. Sugere-se ainda o estímulo nos espaços de participação política das categorias profissionais de enfermagem e interação dentro do trabalho dos profissionais já inseridos em instituições quer sejam de Saúde, Ensino e Pesquisa.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 21 ed. São Paulo : Martins Fontes, 1998.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface comunicação, saúde, educação**, n. 9, p. 150-153, 2001.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M.. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 dez. 2012.

ASSIS, W. D. et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64; n. 1, p. 38-46, jan./fev., 2011.

BACKES D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17; n. 1 p. 223-230, 2012.

BARBOSA DE SOUSA, K. K.; FERREIRA FILHA, M. O.; SILVA, A. T. M. C. A práxis do enfermeiro no programa saúde da família na atenção à saúde mental. **Cogitare Enferm**; v. 9, n. 2, p. 14-22, jul./dez. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W. G.; MARTINS, J. L. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os Enfermeiros. **Cogitare enferm**; 2004. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1713/1421>>.

Acesso em: 12 abr. 2012.

BENITO G. A. V.; BECKER L. C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 312-6, mai./jun. 2007.

BICHUETTI, J. **Crisevida**. Outras lembranças. Coleção Esquizoanálise e Esquizodrama. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, abr. 1997a.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS-NOB 1/96**. Publicada em 06/11/1996. Brasília, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica-Programa Saúde da Família: a implantação da unidade de Saúde da Família (caderno 1)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde- DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=31&NomeEstado=MINAS%20GERAIS>. Acesso em: 25 jul.2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica-DAB**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/>. Acesso em: 29 jul.2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Política Nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARDOSO, L. S. et al. Percepção da equipe de enfermagem no acompanhamento do processo de trabalho no Programa Saúde da Família. **Invest Educ Enferm**. v. 29, n. 3, p. 391-399, 2011.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.531-542, 2009.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na saúde da família: uma abordagem qualitativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 4, p. 915-922, 2009.

COSTA, V. et al. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Invest Educ Enferm**. v. 28, n. 3, p. 336-344, 2010.

CUBAS, M. R. Desafios para a enfermagem no alcance das metas da Atenção Primária. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 2, p. 1758-1762, 2011.

DANTAS, T. C. C. D; TAHARA, A. T. S. T; FERREIRA, S. L. A prática gerencial de enfermeiras em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**. [Internet]. 2001. [Acesso em: 30 de set. 2011]; v. 14, n. 1, p. 57-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300079>.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

_____. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

EGRY, E. Y. et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, n. 2, p. 1181-1186, 2009.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n.3, p. 233-239, set. 2000.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539. 2006. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 12 jan. 2011.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1-12, 2011.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p.101-108, jul./dez. 2005.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 157-190.

GOMES, L. T. S.; GRACIANO, M. M. C. **Avaliação em saúde: o processo de trabalho na Atenção Primária de Alfenas sob a ótica do usuário**. 2010. 56 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Enfermagem. Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2010.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios** / Tradução: Marcel A. Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

HIGARASHI I.H. et al. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3. p.375-380, jul./set. 2011.

IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/window.htm?1>. Acesso em: 22 jun. 2012.

JONAS, L. T.; RODRIGUES, H. C.; RESCK, Z. M. R. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Rev. APS**. v. 14, n. 1, p. 28-38 jan./mar. 2011.

KAWATA, L. S. et al. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial . **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 2, p. 349-355, 2011.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F.; RAMOS, F. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto Contexto Enferm**. v.10, n. 1, p. 32-49, 2001.

LIAMPUTTONG, P. **Qualitative Research Methods**. 3 ed. Australia & New Zealand. Oxford University Press. 2009.

MACHADO, M. H. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS, 2000.

MARQUES, D.; SILVA, E.M. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF);v. 57, n. 5, p. 545-550, set./out.2004.

MATUMOTO, S. et al. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 3, p. 603-610, 2011

MENDES, E. V. A implantação dos sistemas integrados de serviços de saúde. In: VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F.; MENDES, E. V.; MAMEDE, S. **Apostila da disciplina modelos de atenção à saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP)**. Ribeirão Preto, 2001; p. 41-60/mimeo/.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: **CEFOR**; 1992.(Cadernos CEFOR – Textos 1). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 1992.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família**. 2003. 153 p. Departamento de Enfermagem

Materno-Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.55- 69, 1996.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Informe sobre a reunião de trabalho**: Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: OPAS, 2003.

PEDUZZI, M. **O enfermeiro no PSF**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2000.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2011, p.105-119.

PIRES, D. A. B. Estrutura objetiva do trabalho em saúde. IN: LEOPARDI, M. T.; et al. **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

PIRES, D. E. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Annablume; 2008.

ROBERTO NETO, A. et al. Avaliação crítica da estrutura do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino do Ministério da Saúde do Brasil. **Femina**, São Paulo, v. 29, n. 8, p. 555-560, set. 2001.

ROCHA, P. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília; v. 61, n. 1, p. 113-6, jan./fev. 2008.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

ROCHA, S. M. M. **Puericultura e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: O Significado e a Práxis dos Enfermeiros. **Esc Anna Nery**; v. 15, n. 4, p. 701-709, out./dez. 2011.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. (org). **Saúde do adulto**: Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996; p. 29-47.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, abr. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2012.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo **Rev Esc Enferm USP**; v. 41 (Esp), p. 777-781, 2007.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 252-256, abr./jun 2009.

SILVA, A. T. M. C. et al. Work of nursing in the family health program of and its relation with the non-institucionalization. **Online Brazilian Journal of Nursing**

[online] v. 3, n. 3 dez. 2004. Disponível em:<www.uff.br/nepae/objn303silvaetal.htm>. Acesso em: 31 ago 2011.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nursing practice around the world**. Geneva, 1997.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília. v. 61, n. 1, p. 36-45, jan./fev. 2008

ANEXO A
Anuência do Comitê de Ética em Pesquisa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063




COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que o projeto intitulado "PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO EM UNIDADES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal-MG, recebendo o parecer **APROVADO**, conforme registro em Ata da 90ª. Reunião, de 07 de novembro de 2011, protocolo N^o. 178/2011.

Alfenas, 08 de novembro de 2011.


Profa. Dra. Máisa Ribeiro Pereira Lima Brigagão
Coordenador do CEP

APÊNDICE A
Carta de solicitação de autorização

Alfenas, 25 de agosto de 2011.

Prezada Senhora,

Solicitamos à V.Sa. autorização para realização de uma pesquisa intitulada "Processo de Trabalho da Enfermagem em Atenção Primária: Estudo em Unidades do Programa Saúde da Família", de autoria da Enfermeira Lidiege Terra Souza e Gomes, sob orientação do Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior e Co-Orientação da Prof^a. Dr^a. Zélia Marilda Rodrigues Resck. Essa pesquisa possui como objetivo geral conhecer o processo de trabalho da enfermagem nas Unidades do Programa Saúde da Família, segundo o relato de seus sujeitos, a ser desenvolvida entre outubro de 2011 a abril de 2013, em unidades de saúde da atenção primária mais especificamente, nas Unidades do Programa Saúde da Família, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG. como Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL. Asseguramos que a identidade dos participantes da pesquisa será mantida em sigilo e que após a realização do estudo, os resultados serão divulgados. Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,



Enfermeira Lidiege Terra Souza e Gomes
Mestranda em Enfermagem da UNIFAL

À Sua Senhoria a Senhora
Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues
Secretária Municipal de Saúde de Alfenas-MG

PIP

Amorim, Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues
Coord. de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

APÊNDICE B
Termo de concordância

DECLARAÇÃO

Declaro, a requerimento de parte interessada e para fins julgados necessários que autorizo a realização da pesquisa intitulada "Processo de Trabalho da Enfermagem em Atenção Primária: Estudo em Unidades do Programa Saúde da Família", de autoria da Enfermeira Mestranda Lidiege Terra Souza e Gomes, sob orientação do Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior e Co-Orientação da Prof^ª. Dr^ª. Zélia Marilda Rodrigues Resck.

Declaro ainda, estar ciente que esta pesquisa possui como objetivo geral conhecer o processo de trabalho da enfermagem nas Unidades do Programa Saúde da Família, segundo o relato de seus sujeitos, a ser desenvolvido entre outubro de 2011 a abril de 2013. Para tanto será desenvolvida nas unidades de saúde da atenção primária mais especificamente, nas Unidades do Programa Saúde da Família, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG, como Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL.

Alfenas, 25 de agosto de 2011.

PI/P
Amanda V. T. C. Mareli
Coord. de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde



Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues
Secretária Municipal de Saúde de Alfenas-MG

APÊNDICE C

Carta de apresentação dos objetivos

Alfenas, de Janeiro de 2012.

Prezado(a) Senhor(a) Enfermeiro(a) da Unidade de Saúde da Família,

Considerando que todo profissional deve resgatar conceitos de valores para sua aplicação na prática, o presente trabalho se insere na temática do processo de trabalho da enfermagem em Unidades de Saúde da Família é um importante meio para estabelecer uma comunicação entre a teoria e a prática, e conhecer novos conceitos que estejam embasados nelas, visando contribuir para o subsídio de futuras propostas de intervenções que permitam a identificação das necessidades dos seus sujeitos, além do preenchimento de lacunas no conhecimento á esse respeito. O principal objetivo deste estudo será conhecer o processo de trabalho da enfermagem nas Unidades do PSF, segundo o relato de seus sujeitos, em Alfenas-MG.

Participam do projeto pesquisadores da Universidade Federal de Alfenas-MG, inseridos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Para este estudo foram selecionadas as Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Alfenas-MG. Em cada Unidade será entrevistado o profissional enfermeiro. É com satisfação que informamos que este serviço faz parte da amostra do estudo e, assim, gostaríamos de convidar-lhe para participar do projeto.

Nos termos do artigo 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto apesar de envolver a participação direta de seres humanos como sujeitos de pesquisa, preservará todos os aspectos éticos da legislação supra-citada. A pesquisa já foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG, com autorização do órgão externo ao qual nos dirigimos primeiramente, a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Alfenas.

Esta carta (convite) é um primeiro contato que estabelecemos para que possa proceder com agendamento prévio da entrevista. Cada participante deverá assinar no dia da entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, indicando sua decisão em participar do estudo como voluntário.

Finalmente, gostaríamos de informar que a entrevistadora é aluna de pós-graduação em curso na área de enfermagem e que está devidamente treinada.

Esperamos poder contar com a sua colaboração no projeto que certamente em muito contribuirá para aprimorar nossos conhecimentos, auxiliando na implementação de políticas públicas voltadas para uma melhor assistência tanto para o profissional quanto para o usuário. Informamos que a tabulação da pesquisa será "fechada", ou seja, sem qualquer identificação dos entrevistados.

Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos referentes à pesquisa que se fizerem necessários.

Atenciosamente,



Enfermeira Lidiege T. S. e Gomes

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Alfenas-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Centro
Cep 37.130-000 Alfenas / MG
Tel: (35) 3299-1392
lidiege@yahoo.com.br

APÊNDICE D

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da Pesquisa: “Processo de Trabalho da Enfermagem em Atenção Primária: Estudo em Unidades do Programa de Saúde da Família”.

Esta pesquisa tem como responsável o Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior, a Prof^a. Dr^a. Zélia Marilda Rodrigues Resck e a aluna de Mestrado Lidiege Terra Souza e Gomes que fará o convite para participação no estudo, a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a obtenção do consentimento pelo voluntário.

Pesquisadores: Lidiege Terra Souza e Gomes, Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior e Prof^a. Dr^a. Zélia Marilda Rodrigues Resck.

Justificativa para a realização da pesquisa: é sabido que todo profissional deve resgatar conceitos de valores para sua aplicação na prática. Assim, o presente trabalho de avaliação qualitativa do processo de trabalho da enfermagem em Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) é um importante meio para estabelecer uma comunicação entre a teoria e a prática evidenciada, e identificar novos conceitos que estejam embasados nelas. Ademais, ele é também um subsídio para futuras propostas de intervenções que permita a identificação das necessidades dos seus sujeitos.

Objetivo: identificar o processo de trabalho da enfermagem nas Unidades do PSF, segundo o relato de seus sujeitos, em Alfenas-MG.

Metodologia: será gravada uma entrevista por meio da aplicação de um roteiro semi-estruturado e posterior análise e descrição dos relatos verbais dos sujeitos.

Métodos alternativos para obtenção da informação: não existem métodos alternativos.

Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis: não há desconfortos e riscos previsíveis.

Benefícios esperados: os benefícios advindos do estudo estão intimamente relacionados à busca de conhecimentos para entender mais profundamente o processo de trabalho da enfermagem no âmbito da atenção primária, nas Unidades do PSF.

Forma de acompanhamento e assistência ao sujeito: os pesquisadores envolvidos no estudo estarão à disposição do voluntário para esclarecer quaisquer dúvidas.

Forma de contato com os pesquisadores e com o CEP: o voluntário poderá encontrar a aluna e/ou os professores na UNIFAL. Também estão disponíveis os seguintes telefones: 35-3299-1381 (Sala do Prof. Sinézio); 35-3299-1392 (Secretaria do Programa de Pós-graduação em Enfermagem); 35-8849-6275 (Lidiege); ou e-mail: lidiege@yahoo.com.br; sinezio@unifal-mg.edu.br.

Garantia de esclarecimento: o voluntário tem garantia de que receberá resposta ou esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa ainda que isso possa afetar a vontade do indivíduo em continuar participando. Qualquer dúvida ou problema, por favor, comunicar-nos com a maior brevidade possível.

Garantia de recusa à participação ou de saída do estudo: a decisão de fazer parte desta pesquisa é voluntária. O voluntário pode escolher se quer ou não participar, assim como poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou punição.

Garantia de sigilo: as pesquisadoras asseguram a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos no estudo.

Garantia de indenização e/ou reparação de danos: não há danos previsíveis decorrentes deste estudo, e desta forma não há previsão de indenização.

Garantia de entrega da cópia: o voluntário/responsável receberá uma cópia deste documento.

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa escreva para o **Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro CEP 37130-000, Alfenas/MG. Prédio O, sala 409 B. Tel: (35) 3299 1318. Website: <http://www.unifal-mg.edu.br/comiteep/>; e-mail: comite_etica@unifal-mg.edu.br

SUA ASSINATURA INDICA QUE VOCÊ DECIDIU PARTICIPAR DO ESTUDO COMO VOLUNTÁRIO, QUE LEU E ENTENDEU TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA EXPLICADAS.

Nome do pesquisador/ RG

Assinatura do pesquisador

Nome do voluntário/ RG

Assinatura do voluntário

APÊNDICE E
Roteiro de entrevista

- 1 Código da entrevista _____
- 2 Data da entrevista _____ / _____ / _____

I. IDENTIFICAÇÃO DO CENÁRIO:

- 3 Nome da Unidade:

- 4 Endereço:

- 5 População adscrita:

II. IDENTIFICAÇÃO DO VOLUNTÁRIO:

- 6 Sexo: 1. () Feminino. 2. () Masculino.
- 7 Idade:

- 8 Tempo de Formado (a):

- 9 Especialização (mínimo de 360 horas):

- 10 Vínculo empregatício:

- 11 Carga Horária Semanal:

- 12 Tempo de trabalho em PSF:

- 13 Possui outros vínculos? Se sim, quais?

III. CONCEPÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- 14 Como você entende o processo de trabalho no Programa de Saúde da Família?

- 15 Fale sobre suas atribuições/atividades junto à equipe de trabalho do Programa de Saúde da Família e no atendimento à clientela.