

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE O
PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CHARLES SOUZA SANTOS

JEQUIÉ/BA
2012

CHARLES SOUZA SANTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE O
PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery

**JEQUIÉ/BA
2012**

Santos, Charles Souza.
S234 Representações sociais de enfermeiros sobre o
processo de trabalho em saúde da família/Charles Souza
Santos. - Jequié, 2012.
98 f. il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado-Programa de pós-graduação em
Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste
da Bahia, 2012. Orientador Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery.

1. Enfermeiro e o PSF – Assistência, compromisso,
responsabilidade, sobrecarga e trabalho 2. Programa de
Saúde da Família (PSF) – Enfermagem I. Universidade
Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 614.5993

SANTOS, Charles Souza. **Representações Sociais de Enfermeiros sobre o Processo de Trabalho em Saúde da Família**. 2012. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (Área de Concentração em Saúde Pública). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Prof. DSc. Eduardo Nagib Boery

Doutor em Enfermagem

Professor da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Orientador e Presidente da Banca Examinadora

Prof^a. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela

Doutora em Enfermagem

Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof^a. DSc. Denise Cristina de Oliveira

Doutora em Enfermagem

Professora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Jequié/BA, _____ de _____ de 2012.

*Ao meu pequeno filho **Arthur** presente mais precioso da
minha vida. Para você, amor sincero...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **DEUS**, pelo dom da perseverança e por permitir que maravilhas aconteçam em minha vida. Viver pra mim é Cristo, sou sempre abençoado por ti, Senhor!

Aos meus pais **Cleuza** e **Valdívio** (*in memoriam*) pelo exemplo de vida e por dedicarem todo o seu trabalho em busca da nossa felicidade. Obrigado mainha e painho, seus ensinamentos e o amor verdadeiro foram essenciais para a minha vitória.

A minha esposa, amiga, companheira e sempre presente **Geisa** pela compreensão, motivação e partilha dos desafios vencidos. Amo-te demais!

Aos meus irmãos **Lazinho**, **Flávia**, **Verinha** e **Moreno** pelo apoio incondicional e por saber com quem posso contar em qualquer momento da vida.

Ao núcleo **Santana**: **Rene**, **Abelardo** e **Thaís** por contribuírem com esta alegria dando suporte durante a minha ausência.

Aos meus sobrinhos fonte de alegria e energia inesgotável: **Matheus**; **Julia**; **Bruna** e **Daniel** que transformam os meus dias em eternas brincadeiras!

A toda minha **grande família** que apoiou todos estes passos em busca dos saberes que permearam o campo da enfermagem.

Aos meus **amigos** que estão sempre na torcida pelo sucesso profissional e pessoal e que certamente compartilham com entusiasmo este momento de felicidade.

Ao orientador, **Prof. DSc. Eduardo Nagib Boery**, pela condução aos conhecimentos sobre o trabalho da enfermagem dando-me autonomia, desenvoltura e coragem para enfrentar todos os desafios encontrados. Obrigado pela convivência e experiência compartilhada.

A **Profª DSc. Alba Benemerita Alves Vilela** pela disponibilidade e interesse em colaborar com sua vivência na condução de todo este processo e por apresentar a Teoria das Representações Sociais.

A **Profª DSc. Denise Cristina de Oliveira** que aceitou prontamente o convite para compor esta banca examinadora trazendo contribuições relevantes para o aperfeiçoamento deste estudo.

Aos **professores e funcionários** do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem e Saúde da UESB que promoveram todas as condições possíveis para colaborar com os nossos desafios.

Aos colegas de turma do mestrado: **o crème de la crème**; que dividiram incertezas e compartilharam expectativas frente ao novo caminho percorrido. Somos privilegiados e merecemos esta vitória.

Ao **Conselho Regional de Enfermagem da Bahia – COREN**, em especial a subseção de Jequié, que permitiu a participação neste programa entendendo a necessidade de qualificação da equipe de enfermeiros que compõe o Departamento de Fiscalização.

Aos **colegas** que contribuíram para a construção deste estudo desde a seleção do mestrado até este momento muito obrigado.

A **Secretaria de Saúde do Município de Jequié** que cedeu o campo de pesquisa, em especial aos enfermeiros do PSF que gentilmente aceitaram participar deste trabalho.

Sou eternamente grato a **todos** que de alguma maneira contribuíram para a construção desta vitória. Muito obrigado!

SANTOS, Charles Souza. **Representações Sociais de Enfermeiros sobre o Processo de Trabalho em Saúde da Família**. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, 2012. 98p.

RESUMO

Estudo das representações sociais de enfermeiros sobre o processo de trabalho em saúde da família. Teve como objetivo geral: conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro no PSF e os objetivos específicos: apreender as representações sociais do enfermeiro sobre sua prática no Programa de Saúde da Família e identificar os enfrentamentos para desenvolver o processo de trabalho no PSF. Trata-se de uma pesquisa com caráter qualitativo, descritivo e exploratório com base na Teoria das Representações Sociais em sua dimensão processual conceituada por Jodelet e complementada pela dimensão estrutural proposta por ABRIC – a Teoria do Núcleo Central. Participaram deste estudo 20 enfermeiros que atuam no PSF da zona urbana do município de Jequié assumindo funções de assistência e gerência na unidade. A coleta de dados foi realizada nas unidades de saúde da família por meio dos instrumentos entrevista semiestruturada e a Técnica de Associação Livre de Palavras. Os dados provenientes da técnica foram submetidos ao processamento no software EVOC versão 2003 logo após categorização semântica dos vocábulos enquanto que a entrevista transcrita literalmente foi analisada pela aproximação da técnica de análise do conteúdo. Através da análise de conteúdo emergiram (1) uma classe temática; (3) categorias e (11) subcategorias. Os resultados da técnica evidenciaram os elementos estruturais das representações sociais tendo como constituintes do núcleo central as palavras: assistência; compromisso; responsabilidade; sobrecarga e trabalho. Os resultados mostraram que os enfermeiros possuem as seguintes representações sociais: o processo de trabalho no PSF significa trabalhar em equipe; lidar com famílias; trabalhar na prevenção; é um trabalho normativo. O processo de trabalho no PSF é constituído por três dimensões: assistencial; gerencial e educativa e ainda apresenta os enfrentamentos: ausência de planejamento; sobrecarga de trabalho; tempo insuficiente e visão curativista. Diante destas representações foram elencadas as estratégias de avanço para a reorganização do processo de trabalho do enfermeiro no PSF: redistribuir as atividades administrativas com foco na gestão participativa; aumentar o número de enfermeiros nas equipes de saúde da família; implantar o NASF no município de Jequié; trabalhar na perspectiva das Linhas de Cuidado em Redes de Atenção à Saúde; estabelecer o processo de enfermagem aplicado à família; qualificar os profissionais por meio da formação e manutenção da CIES e aumentar a cobertura populacional do PSF em Jequié.

Palavras-chave: Enfermagem, Trabalho, PSF.

SANTOS, Charles Souza. **Representations of Nurses on the Working Process in Family Health**. Thesis [MA]. Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié, BA, 2012. 98p.

ABSTRACT

This Study, about nurses' social representations of their work process in family healthcare, had as general objective: to get acquainted with the work process developed by nurses at the FHP. Its specific objectives were: to understand the social representations of nurses about their practice at the Family Health Program (FHP) and to identify struggles in their work process development at the FHP. It is a qualitative exploratory and descriptive survey based on the Social Representations Theory in its structural dimension proposed by Abric: the Central Nucleus Theory. The study included 20 nurses who work in the urban area of the FHP Jequié, assuming management and assistance functions in the unit. Data collection was performed in family health units through FWA instruments - Free Word Association test - and semi-structured interview. The data from the FWA underwent processing in EVOC version 2003 software, after semantic categorization of words while the literally transcribed interview was analyzed through the content analysis technique. FWA results showed the structural elements of the social representations which had as core constituents the words assistance; engagement; responsibility; overburden and work. Through content analysis emerged (1) a class issue, (3) categories and (11) subcategories. Results showed that nurses have the following representations: work process at FHP means teamwork; dealing with families, working on prevention, and it is a normative work. FHP work process PSF consists of three dimensions: health care, management and education and also features struggles: lack of planning, work overburden, insufficient time and healing vision. Given these representations, strategies were listed to enhance the reorganization of FHP nursing work: redistribute administrative activities focusing on participative management; increase the number of nurses in family health teams; deploy NASF in the Jequié municipality; work towards Helplines in Health Care Networks; establish the applied nursing process for the family; qualify professionals through training and maintenance of CIES and increase population coverage by FHP in Jequié.

Keywords: Nursing, Work, Family Health Program.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Resumo da Análise de Conteúdo Temática das entrevistas dos participantes do estudo. Jequié/BA, 2012	53
Tabela 02: Atribuições da Assistência de Enfermagem no PSF	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Distribuição das unidades de saúde da família do município de Jequié, ano de implantação e localização, 2012	42
Quadro 02: Caracterização dos enfermeiros que atuam no PSF do município de Jequié/BA, 2012	51
Quadro 03: Credenciamento e Implantação do Programa de Saúde da Família Setembro de 2012	79

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Adaptada do Texto de Franco e Junior. Integralidade da Assistência à saúde: a organização das Linhas de Cuidado, 2004	62
Figura 02: Espelho padrão de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no PSF seguindo o critério da Resolução COFEN 293/04	78
Figura 03: Quadro de quatro casas ao termo indutor: processo de trabalho no PSF. RANG: 03; Frequência Mínima: 03 e Frequência Média: 04	83
Figura 04: Resumo das representações sociais de enfermeiros sobre sua prática no PSF no município de Jequié, Bahia, 2012	87

LISTA DE SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
ACD	Atendente de Consultório Dentário
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipe de Saúde da Família
EVOC	Ensemble de Programmes Permettant Analyses des Evocation
FTC	Faculdade de Tecnologia e Ciências
IRA	Insuficiência Respiratória Aguda
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
RN	Recém Nascido
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS/PF	Sistema de Informação em Saúde do Planejamento Familiar
SUS	Sistema Único de Saúde.

TALP	Teste de Associação Livre de Palavras.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
THB	Técnico de Higiene Bucal
TRS	Teoria das Representações Sociais
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	16
1.1 COMPREENDENDO O OBJETO DE ESTUDO	17
CAPÍTULO II – REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 ESTRUTURA POLÍTICA INSTITUCIONAL DO SUS	24
2.2 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF	28
2.3 A TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL E O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF	34
CAPÍTULO III – MATERIAL E MÉTODO	39
3.1 TIPO DE ESTUDO	40
3.2 CAMPO DE ESTUDO	41
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	43
3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	43
3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	45
3.5.1 Entrevista Semiestruturada	45
3.5.2 Técnica de Associação Livre de Palavras	46
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	47
CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	50
4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	52
4.2.1 Significados do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF	53
4.2.2 Constituição do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF	64
4.2.3 Enfrentamentos do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF	75
4.3 ELEMENTOS ESTRUTURAIS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF	81

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
5.1 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NO PSF	87
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICES	99
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100
APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	103
APÊNDICE C: TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS – TALP	103
ANEXOS	105
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	106
ANEXO B: COMUNICAÇÃO INTERNA	108

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Tirarás da terra com trabalho penoso o teu sustento todos os dias de tua vida. Comerás o teu pão com o suor do teu rosto, até que voltes à terra de que foste tirado; porque és pó, e pó te hás de tornar.

(Gênesis 2, 17-19)

1.1 COMPREENDENDO O OBJETO DE ESTUDO

A relação homem/conhecimento aconteceu (e continua acontecendo) durante a história por meio de sucessivas mudanças no pensamento epistemológico, sempre inovando e transformando os saberes em seus diversos campos de estudo. Não que as descobertas propiciaram caminhos diferentes daqueles existentes sobre o conhecimento construído, mas certamente estas mudanças implicaram (e implicam) em apontar novas perspectivas para o crescimento do homem e sua relação com o mundo, com o outro e consigo mesmo.

É nesta premissa de compreender as mudanças e os paradigmas da ciência que tentaremos discutir, em particular, o processo de trabalho do enfermeiro no Programa de Saúde da Família - PSF com vistas a pesquisar e possivelmente identificar novos saberes na práxis da enfermagem.

O trabalho é uma atividade exclusivamente humana, obtido pela articulação entre a atividade orientada para um determinado fim, os objetos de trabalho e os meios ou instrumentos. O processo de trabalho extingue-se no produto e o produto passa a constituir um valor de uso (MARX, 1982).

O processo de trabalho compreende ações específicas que colaboram para atingir um objetivo utilizando os meios ou ferramentas adequadas para a construção do produto final. No âmbito da saúde podemos dizer que as ações estão relacionadas com o saber/fazer e o conhecimento científico de cada profissional; o objetivo é o de estabelecer equilíbrio no processo saúde-doença do indivíduo e da coletividade; as ferramentas ou os meios seriam as inovações tecnológicas (tecnologias leve, leve-dura e dura) e enquanto que o produto final ficaria compatível com a satisfação das necessidades de saúde de cada sujeito ou de uma determinada população.

Entendemos o trabalho em saúde como um modo de trabalhar específico, em que o consumo se dá imediatamente no momento da produção. Sendo assim, temos a construção de um espaço intercessor nos momentos assistenciais da produção de serviços de saúde entre usuários e trabalhadores, em que ambos vêm instituindo necessidades e modos capturados de agir, num jogo de encontro e negociação de

necessidades, o que determina uma maior autonomia no agir dos trabalhadores e equipes (MERHY, 1997).

O processo de trabalho em saúde possui peculiaridades, pois não estamos lidando com qualquer objeto que pode ser manipulado, tratado e construído a bel prazer do trabalhador; estamos frente ao sujeito homem com suas diversas necessidades imbuídas de subjetividades que dificilmente o trabalhador de saúde poderá satisfazer.

Ao considerar a enfermagem enquanto trabalho em saúde entendemos que a sua finalidade a priori é articular e desenvolver o cuidado dentro de uma organização científica, ética e dinâmica onde o sujeito é o principal foco de atenção oferecendo-o as condições favoráveis e possíveis para o equilíbrio no processo saúde-doença.

O enfermeiro tem basicamente quatro atividades essenciais que norteiam a sua profissão: assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa. No cotidiano de trabalho, estas atividades não podem ser desenvolvidas separadamente, pois a intersecção entre elas é um fator importante para prestar assistência de enfermagem de forma segura e livre de riscos à população (SPAGNOL, 2005).

Estas dimensões do processo de trabalho do enfermeiro são desenvolvidas em sua maioria no Sistema Único de Saúde – SUS que surgiu com o intuito de transformar as práticas de saúde existentes no Brasil superando o modelo assistencial biomédico/tecnicista e buscando ações de prevenção e promoção da saúde individual e coletiva. O SUS reveste-se de importância no quadro sanitário brasileiro não somente como estrutura de organização institucional da área da saúde e modelo de atendimento à clientela, mas especialmente pela mudança impressa nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer a assistência à saúde no país (BRASIL, 1990).

No âmbito do SUS, o processo de trabalho dos enfermeiros caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações que apresentam maior proximidade com os usuários e, normalmente, representa o maior quantitativo de profissionais nas instituições, o que tem trazido à inserção da profissão na atenção pública à saúde grande visibilidade importância social e política. Destaca-se ainda como característica do processo de trabalho dos enfermeiros no contexto nacional atual a freqüente assunção de cargos de direção e de gerência nas instituições de saúde, em diferentes níveis governamentais,

imprimindo características próprias à gestão e ao desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2007).

Ao caminhar por estas dimensões durante a trajetória profissional conseguimos compreender a importância do enfermeiro na formulação das práticas voltadas para o cuidado integral quando da realização do seu trabalho seja ele no âmbito hospitalar, saúde coletiva ou na instituição de ensino.

O despertar para este estudo ocorreu no primeiro momento durante atuação na dimensão da assistência como enfermeiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e enfermeiro do Programa de Saúde da Família nos municípios de Jaguaquara e Gongogi respectivamente. Nesta ação o enfermeiro necessita conhecer além dos saberes específicos da enfermagem (o cuidado sistematizado por meio do processo de enfermagem); entender sobre o funcionamento e organização do Programa de Saúde da Família (PSF) que surgiu em 1994 como uma grandiosa proposta de incremento da descentralização do Sistema Único de Saúde e efetivação da Atenção Primária à Saúde - APS no Brasil.

O PSF em sua criação teve como objetivo desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do sujeito, de sua família e comunidade, mediante atendimento por equipes de saúde no nível de APS (GOYA, 2007). O enfermeiro além de executar atividades assistenciais, exerce a coordenação da equipe de saúde passando a organizar o processo de trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional no PSF.

Na prática organizativa da equipe de saúde no território, tem sido cada vez mais premente, a inclusão de um trabalhador gerente, que gerencie este devido processo e organização do trabalho, que passa por um novo padrão de qualidade, como consequência das transformações oriundas de experiências de integração, tanto por suas “implicações organizacionais, em relação à necessidade de interrelação entre diferentes serviços, como em relação às modificações introduzidas nos conteúdos técnicos do trabalho”. Sendo que, essas alterações vêm dar respostas às “necessidades originadas no interior do processo de trabalho que, ao modificar-se, ‘exigem’ novos modelos gerenciais que possam instrumentalizar sua operação” (VANDERLEI, 2005).

Na dimensão gerencial, no município de Gongogi, ao coordenar a Atenção Básica e ser responsável pelas equipes de saúde da família evidenciamos dificuldades

na implantação das ações gerenciais que permeiam as atribuições no âmbito municipal. O município é por excelência, o ente federado privilegiado para tratar diretamente a questão saúde por estar mais próximo da realidade, extremamente diversificada, da população do país tanto em questões culturais quanto na profundidade dos problemas a serem enfrentados, o que requer estratégias particulares para cada caso, ou para cada região (BRASIL, 2000).

Com isso foi imprescindível buscar mais conhecimentos sobre a Política Nacional de Atenção Básica e, por conseguinte, compreender as transformações na história das políticas de saúde no Brasil dando ênfase ao movimento da Reforma Sanitária que culminou com a implantação de um novo modelo assistencial voltado para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. A este respeito vemos que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2007).

Já como docente na Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC campus de Jequié veio à oportunidade de conhecer como o ensino se relaciona com o serviço, em particular na disciplina de administração em enfermagem que apesar de elencar as características inerentes ao enfermeiro gerente não conseguia oferecer ao estudante uma prática condizente com a realidade local ou meios pedagógicos que relacionasse o ensino-serviço. Desta maneira concordamos com Bezerra quando diz que:

Ademais, a graduação, por meio de disciplinas de Administração aplicada à Enfermagem, deve preparar os graduandos para a atuação gerencial, oferecendo possibilidades de se desenvolverem do ponto de vista teórico, como oportunidades para o exercício prático, contribuindo de diferentes maneiras para a aquisição e desenvolvimento das competências gerenciais do enfermeiro. Todavia, os graduandos não desenvolvem plenamente essas competências durante a formação. Já como profissionais, deverão assumir compromisso pessoal e com a sociedade de continuarem estudando para as aperfeiçoarem, continuamente (BEZERRA, 2003).

Por compreender estas dimensões de atuação da enfermagem e também atuar em diferentes momentos em cada uma delas que despertamos para esta temática no sentido de apreender as representações sociais dos enfermeiros sobre sua prática profissional no Programa de Saúde da Família – PSF.

O Programa de Saúde da Família necessita de trabalhadores voltados para uma gerência participativa com foco nos usuários/clientes/pacientes para concretizar os princípios e diretrizes do SUS. Por isso discutir o processo de trabalho do enfermeiro em suas dimensões permitirá o fortalecimento do modelo tecnoassistencial à saúde voltada para a resolutividade dos problemas de saúde em nível individual e coletivo.

Os enfermeiros que atuam no PSF possuem suas próprias convicções (crenças, informações, opiniões e atitude) sobre o processo de trabalho que desenvolvem neste setor e que precisa ser desvelada com a intenção de re(construir) sua práxis frente aos modelos assistenciais de saúde vigente no SUS. Desta maneira a Teoria das Representações Sociais - TRS, proposta por Abric em sua abordagem estrutural, serve como suporte teórico-metodológico para realização deste estudo na medida em que oferece condições para apreender o que os enfermeiros sabem e como desenvolvem o processo de trabalho no PSF.

Para Abric (2000), a representação é um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou a uma situação. É determinada ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua história, sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social.

As representações sociais podem, então, ser definidas como formas de conhecimento socialmente elaboradas e partilhadas, possuindo orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um determinado conjunto social. A representação de um dado objeto não se constrói isoladamente; articula informações que, na relação com os outros, a experiência com aquele objeto aportou ao sujeito (JODELET, 2001).

A partir do momento em que desvelamos o processo de trabalho do enfermeiro no PSF estamos contribuindo para a concretização de um modelo tecnoassistencial de vigilância em saúde cujo objetivo principal é transpor o modelo biomédico, com foco

na doença e na centralização das ações no setor saúde. Este estudo também favorece a discussão sobre a postura do enfermeiro apresentando o seu significado frente à situação de gerenciamento do cuidado, fortalecendo o Programa de Saúde da Família e oportunizando uma estratégia de reorganização ao acesso, e a resolutividade dos problemas de saúde em nível individual e coletivo.

Diante disto e para delimitar o objeto de estudo foram formuladas as questões norteadoras:

Quais representações sociais os enfermeiros construíram sobre sua prática no programa de saúde da família?

Como se desenvolve o processo de trabalho do enfermeiro no Programa de Saúde da Família – PSF?

Quais são os enfrentamentos do enfermeiro para desenvolver o processo de trabalho no PSF?

E para desvelar estas questões formamos os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL

- Conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro no PSF.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aprender as representações sociais do enfermeiro sobre sua prática no Programa de Saúde da Família.
- Identificar os enfrentamentos do enfermeiro para desenvolver o processo de trabalho no PSF.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho não é a satisfação de uma necessidade, mas apenas um meio para satisfazer outras necessidades.

(Karl Marx)

2.1 ESTRUTURA POLÍTICA INSTITUCIONAL DO SUS

A estrutura político-institucional do sistema de saúde no Brasil compreendida pelos princípios e diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde possibilitou uma atuação dos profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, voltada para o controle de causas, risco e danos à saúde individual e coletiva.

Esta nova configuração do SUS, iniciada na década de 80 sendo impulsionada pelo movimento da Reforma Sanitária, prevê uma série de atividades em nível local (município) que buscam um maior acesso aos serviços de saúde com resolutividade e eficiência para combater os diversos agravos à saúde.

No Brasil, ao ser formulada a proposta de mudança do sistema que foi incorporada ao conjunto de princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira, sistematizada no documento apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES à Comissão de Saúde da Câmara de Deputados, em 1979 (CEBES, Saúde e Democracia), adotou-se a perspectiva que fundamentava os sistemas de saúde baseados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, ao tempo em que se propunha a constituição de uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada de serviços (PAIM, 1997).

A partir das intervenções da reforma sanitária o sistema de saúde no Brasil iniciou a ruptura com modelos assistenciais de saúde (biomédico e campanhista) tendo como marco histórico a VIII Conferência Nacional de Saúde delineando a conjuntura política e social do novo sistema de saúde – o SUS. Este sistema por sua vez foi regulamentado pelo arcabouço jurídico: a Constituição Federal 1988 em seu art. 196; as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 ambas de 1990 que embasaram os princípios e diretrizes do SUS culminando com o processo de descentralização da saúde para os municípios.

O Sistema de Saúde no Brasil tem uma trajetória político ideológica, que reflete o desenvolvimento histórico, econômico e político da sociedade brasileira. Iniciado com o Sanitarismo Campanhista, na década de 1930, esse sistema organizou-se no enfoque médico assistencial privatista, instituído a partir da década de 1960, e após sucessivas críticas feitas pelo Movimento Sanitarista, na década de 1990 foi criado o

Sistema Único de Saúde - SUS, atualmente em vigência no país, pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (SOUZA; FILHA; SILVA, 2004).

No SUS encontramos os diversos modelos assistenciais de saúde que convivem paralelamente e com objetivos diferentes dificultando a acessibilidade, a integralidade e o acolhimento às pessoas que usam os serviços prestados por este sistema.

Entende-se por modelos assistenciais de saúde as combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 1999).

Para Campos (1989) modelo assistencial deveria ser conceituado o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las. Para Castro e Westphal (2001) o entendimento de modelo assistencial diz respeito à forma como estão organizados os serviços de saúde em um determinado espaço, com uma população definida, e como aqueles, com processos de trabalho diferentes, relacionam-se entre si e ainda quais são os “produtos” resultantes dos seus processos de trabalho e como esses “produtos” são distribuídos entre a população.

O sistema de saúde no Brasil convive sob a lógica de dois modelos assistenciais complementares: o modelo médico-assistencial privativista e o modelo sanitarista. O primeiro volta-se para a demanda espontânea sob a forma de atenção individual e curativa, privilegiando a assistência médico hospitalar, e enquanto o segundo enfrenta problemas de saúde pública por meio da realização de campanhas pontuais, programas especiais centralizados e ações de vigilância epidemiológica e sanitária desarticuladas (PAIM, 1999).

Estes modelos de atenção vigentes no Brasil caracterizam um sistema de saúde pouco resolutivo, incapaz de promover a integralidade, a acessibilidade aos cidadãos, por oferecerem uma prática fragmentada e limitada frente aos problemas e as necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade. Diante desta situação é preciso inovar na busca da efetividade e resolutividade dos serviços de saúde e entre as principais propostas de mudanças na organização das práticas de saúde na busca de um

modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, encontra-se a vigilância da saúde, que propõe uma transformação do saber e das práticas sanitárias por meio da redefinição do objeto, da reorientação do processo de trabalho e da reorganização dos serviços de saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

A Vigilância da Saúde é um novo modelo assistencial dotado de algumas características básicas: intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações preventivas e de promoção; atuação intersetorial e sobre o território; intervenção sob a forma de operações. Em resumo, nesta concepção a vigilância representa a possibilidade, ainda não concretizada, de organizar processos de trabalho em saúde em um território delimitado para enfrentar problemas por meio de operações montadas em diferentes períodos do processo saúde-doença. Além disso, essa vertente aponta a necessidade de mudança do processo de trabalho com a incorporação de outros sujeitos, gerentes de serviços, técnicos e representantes de grupos organizados da população (DE SETA; DELAMARQUE, 2010).

Nesse sentido, a inserção da enfermagem com a produção de seu processo de trabalho organizado, sistematizado e direcionado para o gerenciamento do cuidado propõe uma redefinição das ações profissionais para a concretização deste modelo assistencial tendo em vista as mudanças nas concepções tanto dos usuários/pacientes como dos gestores e inclusive profissionais de saúde que constituem os sujeitos transformadores do sistema de saúde.

Desta maneira a descentralização do SUS principalmente no nordeste do país, iniciou com a ideia de implantação do PSF como instrumento modificador das práticas de saúde até então centradas na doença e na fragmentação do saber/fazer saúde. A fragmentação do processo de trabalho em saúde proporcionou e ainda continua influenciando na práxis dos profissionais de saúde contrariando as inovações e as possibilidades de ampliação das atividades voltadas para a integralidade e resolutividade do setor saúde. Com isso a proposta do PSF surge como um fator desencadeador de diversas ações na tentativa de descentralização e concretização do modelo assistencial em Vigilância da Saúde.

Em busca de um modelo assistencial voltado para a vigilância da saúde o SUS lançou como estratégia de organização da demanda e da atenção primária o Programa de Saúde da Família – PSF. O Programa Saúde da Família, concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, é a principal resposta ofertada pelos órgãos governamentais no âmbito da assistência, para superar a crise do modelo atual de atenção à saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

Com esse modelo de atenção a saúde das famílias, almeja-se uma nova forma de organização do trabalho, pautada no vínculo, na humanização, no acolhimento e na parceria com outras instituições e outros setores. Contudo, sabe-se que se constitui grande desafio trabalhar com essas dimensões para atender às necessidades das famílias. Isso demanda o desempenho de novas práticas, sobretudo aquelas que enfatizam as ações de prevenção e de promoção da saúde, e as de gestão, que favoreçam maior participação tanto dos trabalhadores quanto dos usuários (SHIMIZU; REIS, 2011).

O PSF funciona com a definição do processo de territorialização e a população adscrita compreendida por 4.000 hab. no máximo sendo recomendados 3.000 hab., facilitando as ações da equipe multiprofissional composta por no mínimo de 01 enfermeiro, 01 médico, 01 auxiliar de enfermagem e 04 a 06 Agentes Comunitários de Saúde – ACS (BRASIL, 2006).

O PSF é uma estratégia do Ministério da Saúde - MS, *“que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua”*; cujo objetivo é a reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente em hospitais (BRASIL, 2000).

Através do PSF o MS pretende priorizar a atenção básica, reorganizando-a e revertendo a forma atual de prestação de assistência à saúde. Ainda é predominante no país o modelo assistencial caracterizado *“pela prática hospitalocêntrica”* e individualizada, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolutividade, gerando alto grau de insatisfação para todos os participantes do

processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (MARQUES; SILVA, 2004).

Desta forma, propõe-se uma mudança no paradigma da saúde, não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção à saúde (MARQUES; SILVA, 2004).

2.2 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF

A conjuntura política do SUS definida com a tentativa da implantação do PSF como instrumento modificador das práticas de saúde visando construir um conjunto de ações voltadas para promoção, prevenção dos agravos à saúde individual e coletiva necessita de um processo de trabalho que promova a interação sujeito/profissional de saúde/gestor tendo a participação do enfermeiro como articulador desta relação em busca da resolutividade nos serviços de saúde.

A enfermagem constituída no trabalho em saúde tem por finalidade estabelecer o processo do cuidado baseado em teorias científicas que determinam e/ou influencia na construção das intervenções de acordo com as necessidades do indivíduo considerando a integralidade, o acolhimento e a resolutividade. Durante seu processo histórico, entretanto, a enfermagem foi caracterizada e associada a cuidados paliativos do senso comum e voltados para o curativismo; influenciada pela fragmentação do saber proposto pelas diversas especializações e acabou por se distanciar de seu objeto de trabalho: o cuidar integral das pessoas. Pires (1998, p. 253) diz que:

A enfermagem, como todos os trabalhos humanos, também foi e tem sido influenciado pelas inovações tecnológicas, o que tem favorecido sua especialização, fragmentando seu saber. Isto tem feito com que a enfermagem se distanciasse do seu objeto de trabalho, o homem, tanto no âmbito da assistência individual quanto na assistência coletiva. Fragmentando seu saber a enfermagem perdeu a noção do todo, do ser humano integral, inserido numa família, numa comunidade.

Nesse sentido, a enfermagem buscou durante sua história modificar sua lógica de atenção à saúde na medida em que o SUS precisava de profissionais com a ideia de trabalho coletivo. Estas inovações da enfermagem possibilitaram a sua inserção nos diversos campos de atuação uma vez que o seu trabalho, ainda que fragmentado, buscou se adaptar as perspectivas das mudanças no setor saúde. O modelo proposto pelo PSF requer dos profissionais um pensamento coletivo e interdisciplinar e o enfermeiro é um dos profissionais de saúde que passou a compreender e vivenciar esta coletividade com mais afinco.

No trabalho em equipe proposto pelo PSF, tanto a enfermagem como os outros trabalhos têm uma grande oportunidade de recuperar a visão da totalidade do trabalho, considerando que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo. O trabalho na saúde é coletivo pela assistência prestada ser parcelada em diversas atividades e exercida por vários profissionais da saúde (PIRES, 1998).

O enfermeiro assumiu durante a evolução do SUS uma postura de articulação, gerenciamento e garantiu com isso a sua relevância histórica nas mudanças promovidas pelas diretrizes e princípios da saúde. Desta maneira os profissionais enfermeiros precisam encontrar novos saberes e utilizar dos melhores instrumentos para gerenciar o cuidado dentro da estratégia de saúde da família.

O enfermeiro surge então como instrumento de trabalho vivo, que utiliza das tecnologias leves na sua práxis tanto assistencial quanto gerencial. As tecnologias leves são tecnologias de relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho (MERHY, 2002). A utilização destas tecnologias nos processos gerenciais do enfermeiro pode interferir na produção do cuidado. O grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado é o de utilizar as relações enquanto tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E, através dessas mesmas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e os valorizar (trabalhadores e usuários) como potentes para intervirem na concretização do cuidado (ROSSI; LIMA, 2005).

A utilização das tecnologias leves contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a

um corpo físico. Esse objeto exige dos profissionais da saúde, especialmente do enfermeiro, uma capacidade diferenciada no olhar a ele concedida a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível (ROSSI; LIMA, 2005).

No âmbito do PSF acontecem às relações do processo de trabalho em saúde entre trabalhadores (equipe de saúde) e usuários dos serviços (clientela adscrita) e deste encontro surgem às tentativas de resolução das necessidades de saúde e solidificação do SUS. Entendemos o trabalho em saúde como um modo de trabalhar específico, em que o consumo se dá imediatamente no momento da produção. Sendo assim, temos a construção de um espaço intercessor nos momentos assistenciais da produção de serviços de saúde entre usuários e trabalhadores, em que ambos vêm instituindo necessidades e modos capturados de agir, num jogo de encontro e negociação de necessidades, o que determina uma maior autonomia no agir dos trabalhadores e equipes (MERHY, 1997).

O trabalho em saúde

é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua produção. [...] O produto é indissolúvel do processo que o produz, é a própria realização da atividade. O trabalho em saúde envolve um trabalho profissional, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir o indivíduo ou grupo com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação (PIRES, 2006).

Neste contexto incluímos o trabalho do enfermeiro que ganhou notoriedade ao desvelar suas dimensões de atuação (assistencial, gerencial, ensino e pesquisa) que muito colaborou e continua colaborando para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, inclusive no PSF, ao defender um modelo assistencial que articula as ações de promoção, prevenção e reabilitação no âmbito individual e coletivo por meio de serviços assistenciais e de vigilância em saúde.

O exercício da enfermagem regulamentado pela Lei 7.498/86 e decreto 94.406/87 define as atribuições dos profissionais de enfermagem e determina as atividades privativas do enfermeiro que engloba as dimensões assistencial e gerencial

em especial, a consulta de enfermagem e a coordenação da assistência de enfermagem nos serviços de saúde.

O decreto 94.406/87 em seu art. 8º diz: Ao enfermeiro incumbe privativamente: ... “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem”... “consulta de enfermagem”.

A constituição do processo de trabalho do enfermeiro em dimensões mostra a versatilidade da enfermagem e ainda a sua importância na reformulação das práticas profissionais no PSF. No que diz respeito à dimensão assistencial tem-se a consulta de enfermagem como principal instrumento do trabalho uma vez que é durante este momento que o profissional enfermeiro consegue por meio do processo de enfermagem, conhecer e se aproximar das reais necessidades de saúde do indivíduo.

A dimensão gerencial, por sua vez, permite articular a atividade da equipe de enfermagem atribuindo as funções de acordo com sua competência técnica e distribuindo as atividades para evitar a sobrecarga de trabalho. Ainda nesta dimensão o enfermeiro objetiva ampliar a ideia da equipe para o trabalho coletivo de forma complementar e interdependente.

Ao ser feito um recorte dos processos de trabalho em saúde, direcionando o olhar especificamente para os processos gerenciais do enfermeiro, pode-se reconhecer um universo de ações desse profissional que transita na interface constante entre a produção propriamente dita e a busca de condições que garantam a continuidade e concretização desse cuidado (ROSSI; LIMA, 2005).

O processo de trabalho do enfermeiro no PSF compreende suas dimensões, sua regulamentação profissional e ainda as atribuições definidas pelos entes federados por meio de portarias específicas. Este trabalho tem como finalidade assistir integralmente as pessoas considerando os determinantes sociais, o processo de territorialização, o perfil epidemiológico da área adscrita e a coordenação da equipe multiprofissional.

O trabalho da enfermeira no PSF se constitui: *no monitoramento das condições de saúde*, como núcleo da atenção de enfermagem, seja no atendimento individual ou no atendimento grupal; *no levantamento e monitoramento de problemas de saúde* (seja no enfoque de risco ou de vulnerabilidade) sendo que estes deverão estar articulados à intervenção nos agravos de ordem patológica (e, *portanto* pautados no saber da

clínica) e *no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa*, no sentido dialógico e emancipatório, buscando a ampliação da autonomia dos sujeitos (PEDUZZI, 2000).

As atribuições legais dos profissionais enfermeiros são definidas pela Política Nacional da Atenção Básica instituída pelo Pacto pela Saúde por meio da portaria 648/2006. Assim têm-se as atribuições específicas do enfermeiro (BRASIL, 2006):

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD;

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Nas discussões sobre as responsabilidades do enfermeiro surgiu um impasse em relação à solicitação de exames e prescrição de medicamentos com a intervenção de ações judiciais movidas pelos sindicatos dos médicos do Rio Grande do Sul havendo a necessidade da alteração do anexo desta portaria. Desta maneira o Ministério da Saúde resolveu esclarecer por meio da portaria nº 1.625 de julho de 2007 as atribuições específicas do enfermeiro considerando os esclarecimentos do COFEN – Conselho Federal de Enfermagem:

Art. 1º: Alterar o Anexo I da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da

União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, página 71, no que se refere, em seu item 2, às atribuições específicas do enfermeiro das Equipes de Saúde da Família, que passa a vigorar com a seguinte redação:

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.

A Política Nacional da Atenção Básica passou por algumas reformulações culminando com a portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia de saúde da família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. No que diz respeito ao processo de trabalho do enfermeiro não houve mudanças em suas atividades mantendo as atribuições específicas voltadas para o cuidado da família e o gerenciamento da unidade de saúde.

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas. Das atribuições específicas:

Do enfermeiro:

I - realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

- III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Analisando estas prerrogativas legais identificamos uma série de atividades que são atribuídas ao enfermeiro que precisam ser articuladas com a equipe de saúde organizando o processo de trabalho com a participação do gestor municipal que deverá garantir as competências determinadas pela Política Nacional da Atenção Básica garantindo assim o pleno funcionamento dos serviços de saúde.

Uma vez organizada a rede de atenção à saúde em nível municipal o processo de trabalho do enfermeiro poderá contribuir para a efetivação das diretrizes e princípios do SUS fortalecendo o PSF com o foco na assistência integral; no acolhimento e na acessibilidade à saúde primária. Este processo de trabalho caracterizado pela distribuição das responsabilidades junto a equipe de saúde fomenta a organização do serviço, neste caso o PSF, e concretização o poder local descentralizado para a gestão municipal.

2.3 A TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL E O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF

As percepções dos enfermeiros sobre a sua práxis no PSF precisam ser compreendidas no propósito de avançar no delineamento de suas atribuições no processo de trabalho em saúde. Considerando suas convicções e mostrando suas impressões sobre o trabalho que desenvolvem no PSF, os enfermeiros podem contribuir para a inserção de um novo saber/fazer saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

É neste sentido que a Teoria das Representações Sociais - TRS surge como sustentação deste estudo na medida em que colabora na produção de um conhecimento individual e coletivo dos enfermeiros que atuam como coordenadores do PSF.

O conceito de representação social tem origem na França, em 1961, pelas mãos de Serge Moscovici em sua pesquisa *La psychanalyse – Son image et son public* (A representação social da psicanálise) realizada com a sociedade francesa. Moscovici tem como referência básica o sociólogo Durkheim, que apresentou inicialmente o conceito de representação. Durkheim falou em “representações coletivas”, por volta de 1897, para se referir às características do pensamento social e distingui-las das do pensamento individual (SÁ, 1998). Para Durkheim o que as representações coletivas traduzem é o modo como o grupo se pensa em suas relações com os objetos que o afetam (JODELET, 2001). A teoria de Moscovici foi fundamentada no pensamento de Durkheim. Considerando o pensamento de Farr sobre essa fundamentação verificamos a importância dessa influência. Durkheim foi um dos fundadores da sociologia moderna, a teoria de Moscovici é frequentemente classificada, com muita propriedade, como uma forma sociológica de psicologia social (SÁ, 1998).

As representações sociais podem, então, ser definidas como formas de conhecimento socialmente elaboradas e partilhadas, possuindo orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um determinado conjunto social. A representação de um dado objeto não se constrói isoladamente; articula informações que, na relação com os outros, a experiência com aquele objeto aportou ao sujeito (JODELET, 2001).

Sendo dinâmicas, as representações produzem comportamentos e influenciam relacionamentos, englobando ações que se modificam umas às outras. Não são meras reproduções, tampouco reações a estímulos exteriores determinados; antes, são sistemas que possuem uma lógica própria, uma linguagem particular e uma estrutura que tem como base tanto valores quanto conceitos. Não são simples opiniões a respeito de algo ou imagens de algum objeto. São verdadeiras teorias construídas coletivamente, destinando-se à interpretação e à construção da realidade (MOSCOVICI, 2004).

Moscovici é considerado o pai da teoria, denominada entre os pesquisadores como a “grande teoria”. A partir da construção de Moscovici três grandes correntes teóricas surgiram: uma mais fiel à teoria original, liderada por Denise Jodelet, em Paris: uma que procura articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, liderada por Willem Doise, em Genebra: uma que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações, liderada por Jean-Claude Abric, em Aix-en-Provence (SÁ, 1998).

A abordagem processual é atualmente divulgada e organizada por Denise Jodelet, desenvolvida a partir de sua pesquisa sobre *Loucura e Representação Social*, em 1984. Nessa abordagem, a metodologia de pesquisa foi centrada na análise do discurso e valorizou as entrevistas em profundidade e, deu ênfase aos processos construtores da representação social: a ancoragem e a objetivação.

Para Sá (1998), deveu-se muito à Denise Jodelet, principalmente por ela ter sistematizado a teoria das Representações Sociais. A referida pesquisadora concedeu uma feição mais objetiva às explicitações das noções básicas da *grande teoria*. Além disso, nas pesquisas de Jodelet é mantida a ênfase de Moscovici sobre a necessidade de assegurar uma ampla base descritiva dos fenômenos de Representação Social. Tal fidelidade, verificada em Jodelet, criou certo contraste com as duas outras abordagens.

Jodelet (2001) partiu da noção que as representações sociais seriam uma forma de saber prático e que ligariam o sujeito ao objeto. Com tal feito, ela formulou três questões básicas acerca desse saber:

- “*Quem sabe e de onde sabe?*”: procuraria respostas que apontariam para o estudo das condições de produção e circulação das representações sociais. Investiga a difusão das representações sociais, o contexto sociocultural, os valores, a comunicação interindividual, dinâmica das instituições e dos grupos pertencentes.
- “*O que e como se sabe?*”: referir-se-ia à pesquisa dos processos e estados das representações sociais, ou seja, aos suportes da representação, das práticas e dos discursos dos sujeitos. Analisaria os processos de sua formação e eventuais transformações.
- “*Sobre o que se sabe e com que efeito?*”: que remeteria ao estatuto epistemológico das representações sociais. Investigaria as relações entre a

representação e o real, entre o pensamento natural e o científico. Tratar-se-ia da difusão de conhecimentos e da transformação de um tipo de saber em outro. (SÁ, 1998).

Moscovici introduz os dois processos que dão origem às representações: a objetivação e a ancoragem. A objetivação é definida pelo autor como a passagem de conceitos ou ideias para esquemas ou imagens concretas, os quais, pela generalidade de seu emprego, se transformam em “supostos reflexos do real”. A ancoragem, como a constituição de uma rede de significações em torno do objeto, relacionando aos valores e práticas sociais. A análise desses processos constitui a contribuição mais significativa e original do trabalho de Moscovici, uma vez que permite compreender como o funcionamento do sistema cognitivo interfere no social e como o social interfere na elaboração cognitiva (MOSCOVICI, 2004).

A objetivação dá origem à definição do núcleo central, uma vez que transforma um conceito em algo concreto. Para Abric (1998), o processo figurativo e social pelo qual esse processo se cristaliza faz com que parte de uma determinada representação - o seu núcleo central - passe a ser evocada e disseminada como se fosse o real para aqueles que a expressam. A outra operação básica, a ancoragem, serve para dar sentido ao objeto apresentado à compreensão dos sujeitos envolvidos na representação.

A ancoragem está dialeticamente ligada à objetivação, assegurando-se dessa forma as três funções fundamentais de uma representação: incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos. A ancoragem permite a incorporação do novo nas redes de categorias que o indivíduo possui. Por meio desse processo, o conhecimento gerado enraíza-se no social, integrando-se à leitura de mundo de cada indivíduo, que procede a uma busca de familiarização das novidades geradas, ancorando-as nas suas vivências, na sua bagagem emocional (MOSCOVICI, 2004; NÓBREGA, 2001).

A ancoragem explica o fato de as representações sociais não serem, necessariamente, consensuais, daí decorrendo a formação do seu chamado sistema periférico. O sentido atribuído a um dado objeto e o próprio processo de atribuição são construções psicossociais que integram a história pessoal de cada indivíduo com o resultado de suas interações grupais. O conhecimento do núcleo central, que

contempla seus componentes mais importantes, auxilia na identificação dos aspectos fundamentais de uma representação social. No núcleo estão os valores e percepções que são compartilhados com mais clareza e coesão pelo grupo investigado. Considerando que as significações fundamentais de uma representação estão contidas em seu núcleo central, quando este passa por transformações, cria-se uma nova identidade (MADEIRA, 2001; MAZZOTTI, 2001).

Os valores que compõem o núcleo central de uma representação são os que possuem o caráter prescritivo em relação ao comportamento dos indivíduos, anteriormente mencionado. Tais valores representam uma espécie de memória coletiva do grupo que compartilha da representação, desempenhando uma função de construção de significados consensuais que contribuem para uma maior homogeneidade do grupo.

Caracterizam-se, também, por serem mais estáveis e resistentes à mudança e por não receberem influência significativa do contexto social imediato, ou seja, por não serem normalmente influenciáveis por fatos recentes (MADEIRA, 2001; SÁ, 2002).

Os enfermeiros, portanto produzem diante da equipe de saúde da família suas convicções sobre o saber/fazer saúde e podem permitir o desvelar do seu trabalho na práxis que precisa ser amplamente conhecido para associá-lo com o modelo de atenção que prioriza a integralidade da assistência à saúde da população.

Desta maneira, tentaremos compreender os conceitos, as convicções que os próprios enfermeiros emitem no cotidiano de atuação no sentido de apreender e re(organizar) as atitudes deste profissional nos enfrentamentos de realização do seu trabalho no PSF. A TRS em sua dimensão processual e complementada pela dimensão estrutural facilitou o entendimento do trabalho do enfermeiro no PSF na medida em que desvelamos a sua identidade, o seu perfil de trabalhador na saúde e principalmente qual é a imagem que ele produz da sua prática no PSF. A partir deste ponto poderemos conhecer o processo de trabalho do enfermeiro e sugerir caso seja necessário inovações e instrumentos que colaborem para a concretização do modelo de vigilância da saúde e, por conseguinte, oferecer aos usuários integralidade, acolhimento e acessibilidade a saúde.

CAPÍTULO III

MATERIAL E MÉTODO

“O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente”.

(Emerson Elias Merhy).

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com caráter qualitativo, descritivo e exploratório com base na dimensão processual da Teoria das Representações Sociais conceituada por Jodelet e complementada pela dimensão estrutural proposta por Abric. Estabelece uma relação entre pesquisador/pesquisado na busca da compreensão do fenômeno abordado produzindo assim novos conhecimentos sobre a realidade.

Para Minayo (2010) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Essa modalidade de pesquisa ocorre no próprio ambiente dos sujeitos pesquisados, envolvendo as observações de situações reais e cotidianas.

O estudo descritivo possui o objetivo de descrever as características de determinadas populações ou fenômenos; descrever características de grupos (idade, sexo, procedência); descrever um processo numa organização, o estudo do nível de atendimento de entidades, levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2008).

A pesquisa exploratória possui o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, tendo a finalidade de torná-lo mais explícito; pode envolver levantamento bibliográfico e entrevistas de pessoas que possuam experiência no problema estudado (GIL, 2008).

A Teoria das Representações Sociais permite conhecer as convicções (crenças, informações, atitudes) dos enfermeiros que atuam no PSF sobre a importância do seu trabalho desenvolvido nas dimensões assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa. As representações sociais estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais, sendo, portanto, difusos, multifacetados e em constante movimento e interação social (SÁ, 1998).

A abordagem processual foi adotada para descrever, em profundidade, os elementos constituintes da representação social analisada, ou os seus conteúdos: imagens, conhecimentos, atitudes e esquema figurativo.

Considerando o pequeno número de sujeitos existentes no universo pesquisado, e as limitações que isto acarreta na interpretação dos dados optamos por adotar as técnicas de evocação livre como técnica complementar as de entrevistas de forma a visualizar a hierarquização das categorias comuns aos dois conjuntos de dados

3.2 CAMPO DO ESTUDO

Entendemos campo, na pesquisa qualitativa, como o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação (MINAYO, 2010).

Para atingir os objetivos elencados optamos por realizar esta pesquisa em todas as unidades de saúde da família do município de Jequié/BA precisamente na zona urbana que conta com um total de 25 equipes de saúde da família. São nestas unidades que os enfermeiros desenvolvem seu trabalho coordenando a equipe de saúde e ainda prestando assistência de enfermagem as famílias adscritas na área de abrangência de cada equipe.

O município de Jequié/BA compreende uma área de 3227,3 Km² e uma população estimada em 151.895 habitantes segundo dados do IBGE censo 2010. No aspecto saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Bahia, elaborado em 2001 por recomendação da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/2001, Jequié pertence à macrorregião Sul, conhecida por “macro sul” e composta por sessenta e sete municípios agrupados em quatro microrregiões, as quais têm como municípios pólos: Ilhéus, Itabuna, Valença e Jequié.

Em relação à atenção básica, o município conta com quatro Centros de Saúde, uma unidade móvel para atendimento médico-odontológico, uma unidade de saúde do sistema prisional, uma unidade do Programa de Farmácia Popular, 21 postos de saúde e 27 equipes de Saúde da Família (ESF) existentes no Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES) (JEQUIÉ, 2012). Destas ESF, 25 estão situadas na zona urbana e duas na zona rural. O município apresenta uma cobertura de 61,96% da população (CNES, 2012).

As equipes de saúde da família foram implantadas no município de Jequié em 1998 nos distritos de Itajuru e Florestal na zona rural e expandiram na zona urbana com um total de 27 equipes distribuídas em 16 unidades de saúde (CNES, 2012).

Quadro 01: Distribuição das unidades de saúde da família do município de Jequié, ano de implantação e localização, 2012.

Nº	NOME DA UNIDADE	ANO DE IMPLANTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
01	USF Isabel Andrade	1998	Florestal
02	USF Waldomiro Borges	1998	Itajuru
03	USF Antonio Carlos Martins	1999	São Judas Tadeu
04	USF Isa Cléria Borges	1999	Km 03
05	USF Milton Rabelo I	1999	Km 04
06	USF Odorico Mota da Silveira	1999	Barro Preto
07	USF Padre Hilário Terrosi I	1999	Inocop
08	USF Padre Hilário Terrosi II	1999	Inocop
09	USF Senhorinha Ferreira Araújo	1999	Curral Novo
10	USF Tânia D. C. Leite de Brito.	1999	Cansanção
11	USF Rubens Xavier I	2001	Alto da Bela Vista
12	USF Milton Rabelo II	2004	Km 04
13	USF Aurélio Schiarretta I	2005	Itaigara
14	USF Aurélio Schiarretta II	2005	Itaigara
15	USF Gilson Pinheiro	2005	Alto da Boa Vista
16	USF Girselando Biondi I	2005	Pau Ferro
17	USF Girselando Biondi II	2005	Pau Ferro
18	USF Idelfonso G. de Araújo	2005	Santa Luz
19	USF Amando Ribeiro Borges I	2007	Água Branca
20	USF Amando Ribeiro Borges II	2007	Água Branca
21	USF José M. H. Sandoval I	2007	URBIS IV
22	USF José M. H. Sandoval II	2007	URBIS IV
23	USF Virgílio de Paula T.Netto I	2007	Cidade Nova
24	USF Virgílio de Paula T.Netto II	2007	Cidade Nova
25	USF João Caricchio Filho	2008	Amaralina
26	USF Rubens Xavier II	2009	Alto da Bela Vista

Fonte: Departamento de Assistência à Saúde. Jequié, 2012.

Assim realizamos a pesquisa em 16 unidades de saúde totalizando 20 enfermeiros que fazem parte da equipe de saúde da família atuando nas dimensões gerencial e assistencial concomitantemente.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Visitamos as 16 unidades de saúde da família composta por 25 equipes, pois existem unidades que compreendem mais de uma equipe, na zona urbana de Jequié apresentando os objetivos e benefícios deste estudo esclarecendo a importância da participação de cada enfermeiro. Destas 25 equipes contamos com a participação de 20 enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa após leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE conforme resolução CNS 196/06 (apêndice A).

Após o contato prévio com os devidos esclarecimentos da pesquisa marcamos um período para coletar os dados de acordo com a disponibilidade de cada participante iniciando com a realização da entrevista semiestruturada e em seguida a aplicação da técnica de evocação livre.

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Realizamos os esclarecimentos necessários para cada enfermeiro que coordenava a equipe de saúde e construímos um cronograma com data e horários marcados na própria unidade de acordo com a disponibilidade. Em seguida, após os sujeitos aceitarem voluntariamente e assinarem o TCLE passamos a explicar os instrumentos de coleta dos dados.

Primeiramente os participantes foram esclarecidos a respeito da técnica de associação livre de palavras que serve como suporte para validar a Teoria das Representações Sociais dando consistência ao método e colaborando para chegar aos objetivos desta temática. Para Oliveira (2005) este teste permite que o conteúdo das representações sociais seja revelado rapidamente e os entrevistados consigam se expressar livremente.

A técnica de associação livre de palavras, de caráter projetivo, se apresenta no campo das representações sociais como um instrumento de investigação aberta, o qual

se constrói a partir da evocação de palavras ditas decorrentes de um ou mais estímulo(s) indutor(es), com a finalidade de colocar em destaque os universos semânticos de palavras que tendem a reunir determinadas populações (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

Desta maneira aplicamos a técnica de evocação livre individualmente com os 20 participantes solicitando que evocassem 05 palavras por ordem de relevância utilizando o termo indutor: processo de trabalho no PSF. Vale ressaltar que fizemos um treinamento com os participantes utilizando outros termos indutores para verificar se realmente houve o entendimento da aplicação deste método. Somente após este entendimento que aplicamos a técnica com o termo indutor referente ao objeto de estudo.

Após aplicação da técnica passamos a esclarecer como seria a realização da entrevista semiestruturada utilizando um dispositivo eletrônico (gravador SONY 02 GB) que serviu para coletar fielmente os dados desta pesquisa. Na entrevista foi discutido com os participantes o objeto de estudo dando oportunidade para expressar suas convicções, e saberes sobre o processo de trabalho do enfermeiro no PSF do município de Jequié.

Para realização da entrevista utilizamos um roteiro composto pela caracterização do participante com informações sobre o tempo de formação profissional e ainda tempo de atuação no PSF (apêndice B). Esta caracterização torna-se importante na medida em que determina a formação do grupo de enfermeiros que trabalham no PSF de Jequié e que apresentaram as representações sociais sobre sua práxis no cotidiano. Ainda no roteiro elaboramos 03 questões norteadoras que direcionaram a discussão sobre o entendimento de cada enfermeiro sobre a temática estudada e especificando os enfrentamentos da realização do seu trabalho no PSF.

Para Minayo (2010) a entrevista é uma conversa com finalidade e deve ser guiada, principalmente no caso de uma entrevista semiestruturada, por um roteiro em que cada questão levantada faça parte do delineamento do objeto, sendo que todas partem para a conformação da forma e conteúdo. Assim as questões devem ser elaboradas não para cercear a comunicação e sim aprofundá-la em busca do

entendimento e significados, juízos e percepções dos informantes sobre a problemática proposta.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

3.5.1 Entrevista Semiestruturada

Para tratar os dados coletados na entrevista semiestruturada utilizou-se a análise de conteúdo descrita por Bardin (2011) nas seguintes etapas: pré-análise; leitura flutuante; categorização e inferência sobre o fenômeno estudado. A Análise de Conteúdo se define como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” que aposta grandemente no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto.

A técnica de Análise de Conteúdo – AC se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. A mencionada autora (BARDIN, 2011) descreve a primeira etapa como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Portanto, a codificação e a categorização fazem parte da AC (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A maioria dos autores refere-se à AC como sendo uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Na AC o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

O corpus construído após a coleta dos dados totalizou 20 entrevista semiestruturadas com roteiro composto por duas etapas: a caracterização dos participantes e 03 questões norteadoras (apêndice B). As entrevistas foram gravadas com auxílio de um dispositivo eletrônico e transcritas literalmente para submissão da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo proposta por Bardin possibilita identificar por meio de suas etapas os principais elementos que constituem a temática e o objeto de estudo. Após realizar uma pré-análise dos dados brutos, construímos o corpus deste estudo com 20 entrevistas transcritas na íntegra, em busca das unidades de registros que apresentassem um significado para o processo de trabalho do enfermeiro no PSF.

Identificadas as unidades de registros após realizar uma leitura exaustiva configurando a pré-análise e reunindo estas unidades que representam um sentido e significado emitido pelos enfermeiros sobre sua práxis no PSF; seus enfrentamentos e como suas percepções organizam a sua maneira de trabalhar dentro das atribuições determinadas pelas suas vivências no PSF de Jequié.

Desta maneira chegamos à classe temática Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF que compreendeu 03 categorias: Significados do Processo de Trabalho; Constituição do Processo de Trabalho no PSF e Enfrentamentos do Processo de Trabalho no PSF e ainda 11 subcategorias Após leitura flutuante e exaustiva definimos as unidades temáticas que colaboraram para a classificação e formação de uma (01) classe temática; três (03) categorias e onze (11) subcategorias.

3.5.2 Técnica de Associação Livre de Palavras

Para analisar os dados coletados pela técnica de associação livre de palavras submetemos ao aporte do software EVOC 2003 com o intuito de identificar o possível núcleo central das representações sociais. Vergés (1999) criou este método para analisar estatisticamente os dados textuais de uma rede associativa, na qual é permitido combinar a frequência de aparição de palavras evocadas com a atribuição de sua ordem de importância.

Nesse sentido elencamos as evocações no Excel 2007 construindo um dicionário de vocábulos com o objetivo de aproximar as palavras conforme a semântica para garantir o processamento no EVOC 2003 como palavras sinônimas. Foram prontamente evocadas 100 palavras por ordem de importância pelos 20 enfermeiros após serem induzidos pelo termo processo de trabalho no PSF. Assim seguindo o critério de agregação semântica encontramos um total de 50 palavras formando o dicionário de vocábulos que foi submetido à análise do software EVOC 2003.

Do resultado desta análise obtivemos o quadrante de quatro casas que representa segundo ideias de Vergés e Abric os elementos centrais e periféricos das representações sociais de enfermeiros sobre o processo de trabalho no PSF.

Obtidas a frequência média e a ordem média de evocação, os resultados são plotados em um diagrama de quatro quadrantes, em que, à semelhança de sistema cartesiano, o eixo horizontal expõe a ordem média de evocações e o eixo vertical, a frequência de evocação. O quadrante superior esquerdo, composto pelos termos mais frequentemente evocados e de menor ordem média indicará o provável núcleo central, enquanto que o quadrante inferior direito, composto pelos termos menos evocados e de maior ordem média indicará o provável sistema periférico (SANTOS, 2010).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar a pesquisa de campo, consideramos os aspectos éticos respaldados na Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), intitulada de “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (BRASIL, 2000), que incorpora, sob a ótica dos indivíduos e suas coletividades, os princípios básicos da bioética — autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, buscando cumprir e salvaguardar os princípios éticos da referida Resolução, protegendo o pesquisador, pesquisados e as instituições envolvidas na pesquisa dos riscos e/ou danos que a mesma possa oferecer na busca por proteção da vida do ser humano.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) por meio eletrônico com o cadastramento dos pesquisadores na Plataforma Brasil. Neste meio eletrônico encaminhamos o projeto com todos os critérios recomendados observando os dispositivos da resolução 196/96 e as orientações do CEP/UESB.

Após apreciação tivemos o parecer consubstanciado nº 31363 em 05/06/12 (anexo 01) do CEP/UESB favorável à realização da pesquisa de campo. Com isso contatamos a Diretoria da Assistência a Saúde do município de Jequié responsável pelas unidades de saúde da família solicitando a liberação do campo para realização da pesquisa e somente com a autorização desta entidade por meio da comunicação interna nº 483/12 (anexo 02) que começamos abordagem aos enfermeiros visando sua participação.

O enfermeiro que por livre espontânea vontade optou em participar da pesquisa assinou o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido assegurando sigilo e anonimato, cederam os direitos de uso e divulgação do conteúdo da gravação e de sua transcrição literal, bem como autorização para publicação dos resultados da pesquisa em artigos, revistas e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Querem que vos ensine o modo de chegar à ciência verdadeira? Aquilo que se sabe saber que se sabe; aquilo que não se sabe, saber que não se sabe; na verdade é este o saber”.

(Confúcio)

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

As representações sociais são apresentadas por um determinado grupo que possuem interesses comuns e ao mesmo tempo expõem suas opiniões sobre determinado assunto ou temática. Neste estudo, por exemplo, formamos um grupo composto por vinte (20) enfermeiros que atuam no PSF da zona urbana no município de Jequié e que colocaram suas impressões individuais sobre o seu trabalho desenvolvido em saúde da família. Assim temos a caracterização deste grupo e a sua influência na condução das atividades do enfermeiro no PSF.

Dos 20 informantes a maioria pertenceu ao sexo feminino coadunando com processo histórico de formação da profissão que durante muito tempo foi composto somente por mulheres devido à influência do pensamento voltado para o cuidado como caridade, solidariedade e que por isso estaria interligado com a função da mulher. Neste caso entendemos que a questão de gênero não é determinante na qualificação do processo de trabalho e o grupo formado certamente tem uma imagem construída com os sentimentos e convicções oriundas da percepção feminina.

A média de idade dos participantes é de 36 anos e isso demonstra o nível de experiências vivenciadas na formação da conduta profissional; é compatível com a idade economicamente ativa do país e aponta a figura de uma enfermeira que tem condições de compreender os conflitos familiares e evidenciar a importância de seu trabalho na coletividade.

O tempo de atuação no PSF de cada participante varia de 01 a 12 anos e isso implica no estabelecimento do vínculo com a comunidade e equipe de saúde. Entendemos que este tempo de atuação favorece o processo de trabalho do enfermeiro na medida em que este profissional consegue desenvolver suas funções com maior destreza e qualidade. Em contrapartida o tempo pode também trazer ao enfermeiro a sensação de trabalho rotineiro onde as atividades desempenhadas são sempre as mesmas e, por conseguinte emerge uma desmotivação para concretização do seu processo de trabalho.

A metade dos informantes possui especialização em gestão ou gerência demonstrando que ainda é necessário um investimento na qualificação profissional dos enfermeiros e a determinação de critérios que justifique a atuação do profissional na estratégia de saúde da família. Nos estudos de Vidal (2010) sobre o processo gerencial das equipes de saúde da família do município de Jequié ficou constatado que os enfermeiros assumem a coordenação da equipe mesmo não havendo nenhum documento oficial em nível federal, estadual e municipal que determine esta atribuição ao enfermeiro. Por isso estes profissionais que compõe este grupo necessitam destas especializações e/ou outras capacitações par lidar com esta responsabilidade que já está incorporada ao processo de trabalho no PSF de Jequié.

Quadro 02: Caracterização dos enfermeiros que atuam no PSF do município de Jequié/BA, 2012.

INFORMANTE	IDADE	SEXO	TEMPO DE FORMAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO NO PSF	ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO OU GERÊNCIA
01	38	Feminino	16 anos	08 anos	Não
02	37	Feminino	08 anos	08 anos	Sim
03	32	Feminino	04 anos	04 anos	Não
04	32	Feminino	04 anos	01 ano	Sim
05	30	Feminino	05 anos	04 anos	Não
06	33	Feminino	03 anos	03 anos	Não
07	29	Feminino	04 anos	04 anos	Sim
08	38	Feminino	04 anos	03 anos	Não
09	28	Masculino	03 anos	03 anos	Sim
10	47	Feminino	04 anos	03 anos	Sim
11	38	Feminino	15 anos	12 anos	Sim
12	29	Feminino	06 anos	02 anos	Não
13	27	Feminino	03 anos	03 anos	Sim
14	30	Feminino	01 ano	01 ano	Não
15	48	Feminino	24 anos	12 anos	Não
16	30	Feminino	01 ano	01 ano	Não
17	34	Feminino	09 anos	09 anos	Sim
18	30	Feminino	03 anos	01 ano	Não
19	39	Feminino	17 anos	12 anos	Sim
20	56	Feminino	17 anos	12 anos	Sim

Fonte: Departamento de Assistência à Saúde. Jequié, 2012.

4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS SOBRE PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Os resultados encontrados por meio da entrevista semiestruturada, complementados pelos resultados da análise estrutural permitiram alcançar os objetivos destes estudos sendo apreendidas as representações sociais dos enfermeiros sobre o processo de trabalho em saúde da família; conhecido as características do trabalho dos enfermeiros e ainda os enfrentamentos de sua prática no PSF.

A análise de conteúdo permitiu conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros: sua composição e seus enfrentamentos e ainda fortaleceu as discussões oriundas dos significados evidenciados pelos elementos estruturais. Desta análise encontramos a classe temática processo de trabalho do enfermeiro no PSF emergindo três categorias: Significados do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF; Constituição do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF e Enfrentamentos do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF.

A partir deste ponto tentaremos desvelar as representações sociais identificadas e apreendidas no sentido de construir novos saberes e conhecimentos que colaborem para a efetivação do PSF no município de Jequié e, por conseguinte o fortalecimento do SUS em âmbito municipal.

Para visualização dos resultados encontrados elaboramos um resumo que compreende a classificação e quantificação das categorias da análise de conteúdo sendo destacada a frequência de unidades de registros colocadas pelos sujeitos desta pesquisa.

Tabela 01: Resumo da Análise de Conteúdo Temática das entrevistas dos participantes do estudo. Jequié/BA, 2012.

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	F	%
	Significados do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF. (SPTEP) 29,23%	Trabalhar em equipe	10	26,3
		Lidar com Famílias	09	23,7
		Trabalho Normativo	12	31,6
		Trabalho na Prevenção	07	18,4
		Subtotal	38	100
Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF	Constituição do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF (CPTEP) 39,23%	Dimensão Assistencial	18	35,2
		Dimensão Gerencial	20	39,2
		Dimensão Educativa	13	25,6
		Subtotal	51	100
	Enfrentamentos do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF. (EPTEP) 31,54 %	Ausência de	06	21,4
		Planejamento		
		Sobrecarga de Trabalho	14	50
		Visão Curativista	08	28,6
		Subtotal	28	100
Total de Unidades Temáticas			117	100

Fonte: Arquivos da pesquisa.

4.2.1 Significados do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF

Nas discussões sobre o processo de trabalho em saúde evidenciamos que o produto final da atuação do enfermeiro é o cuidar integral. No que tange a proposta inicial do PSF este cuidar integral deveria ser prioridade e isso perpassa pelos significados atribuídos as atividades desempenhadas não somente pelos enfermeiros, mas por toda a equipe multiprofissional, entendendo que cada sujeito faz parte de um núcleo familiar e que as ações desta equipe precisam ser direcionadas para a prevenção dos agravos à saúde.

Neste contexto os enfermeiros do município de Jequié apontaram que trabalhar no PSF significa trabalhar em equipe; lidar com famílias; trabalhar na prevenção e realizar um trabalho normativo.

4.2.1.1 Trabalhar em equipe

Os enfermeiros colocaram como fundamental o trabalho em equipe para o sucesso da estratégia de saúde da família durante a análise das unidades temáticas evidenciando sua participação como determinante no estabelecimento do vínculo com os demais profissionais de saúde que compõem a equipe como o médico; os técnicos de enfermagem, os odontólogos. Discorreram que a união e o bom relacionamento entre os membros da equipe facilita o desenvolvimento de suas atividades e ainda promove a resolutividade das ações em busca do conhecimento das individualidades do paciente.

É um trabalho árduo, tem que ter entrosamento com a equipe pra poder desenvolver um bom trabalho na área de abrangência né [...] é procurando conhecer o paciente com as suas individualidades (Inf.01).

Eu entendo como um trabalho onde o enfermeiro é o elo de ligação da equipe, ele é assim um componente fundamental na estratégia de saúde da família, e ele tá neste elo de ligação em todo o processo [...] eu tenho uma equipe muito boa que influencia bastante, que talvez não seja relacionada ao município, mas que toda a dificuldade que a gente dispõe, a gente tem um equipe boa que dá suporte, que ajuda bastante (Inf. 11).

É a forma de lidar com a equipe, é ter uma boa, deixa eu ver, uma boa união com a equipe, fazer com que esta equipe trabalhe realmente em conjunto (Inf. 18).

O processo de trabalho pra mim é realmente você poder ter resoluções, um processo de trabalho muito interessante é muito assim de convivência mesmo né com assim de equipe e família (Inf. 20).

Entendemos que o trabalho em equipe realmente facilita o processo de trabalho do enfermeiro, contudo, a quantidade mínima de profissionais que estão atuando nas equipes de saúde da família do município de Jequié mesmo que tenha um bom relacionamento não podem resolver devido as suas limitações no aspecto técnico-legal

todas as necessidades de saúde dos arranjos familiares hoje existentes. O Ministério da Saúde determinou no início da implantação do PSF a equipe mínima para sua implantação e os gestores incorporaram este critério não ampliando a equipe, digamos que somente houve a introdução dos odontólogos e seus assistentes, e não acompanhou a evolução da acessibilidade e dos diversos problemas de saúde que permeiam a população.

O PSF funciona com a definição do processo de territorialização e a população adscrita compreendida por 4.000 hab. no máximo sendo recomendados 3.000 hab., facilitando as ações da equipe multiprofissional composta por no mínimo de 01 enfermeiro, 01 médico, 01 auxiliar de enfermagem e 04 a 06 Agentes Comunitários de Saúde – ACS (BRASIL, 2006).

Trabalhar em equipe significa potencializar as qualidades e atribuições específicas de cada componente considerando seus limites e motivando sua atuação com o retorno do produto final do seu processo de trabalho. Esta equipe mínima definida para o PSF já não consegue satisfazer as necessidades advindas da população não trazendo resolutividade para os problemas de saúde.

... assim cada vez mais buscar essa união de equipe né, a parceria com o odontólogo, como o profissional médico né, com os técnicos de enfermagem, com os agentes comunitários [...] e eu vejo a necessidade de ter mais profissionais pra que possa ser introduzido na equipe para melhorar a atuação... (Inf. 08).

Este trabalho em equipe precisa ser incorporado a um maior número de profissionais como o odontólogo que existe na maioria das unidades do município de Jequié e ainda de outros como o fisioterapeuta; nutricionista e psicólogo.

Consideramos, entretanto que o trabalho coletivo não se restringe a quantidade de pessoas, precisamos de profissionais que tenham o perfil para atuar na atenção básica conhecendo os princípios do SUS e o modelo assistencial de saúde que confronta o curativismo. Profissionais de saúde que possuam um vínculo empregatício seguro e que garanta tranquilidade para sua atuação; que compreendam os diversos problemas que acometem os arranjos familiares distanciando o indivíduo da assistência fragmentada e focalizada na doença.

No trabalho em equipe proposto pelo PSF, tanto a enfermagem como os outros trabalhos têm uma grande oportunidade de recuperar a visão da totalidade do trabalho, considerando que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo. O trabalho na saúde é coletivo pela assistência prestada ser parcelada em diversas atividades e exercida por vários profissionais da saúde (PIRES, 1998).

Para isso acontecer é preciso repensar a estratégia de saúde da família nos municípios a partir da gestão política institucional que os munícipes desejam para sua cidade. O trabalho em equipe fortalece o SUS e traz resolutividade para os problemas de saúde desde o primeiro nível de atenção. Uma sugestão ao município de Jequié para colaborar com as atividades desempenhadas pela equipe de saúde é a implantação dos NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Segundo as orientações do Departamento da Atenção Básica publicadas no caderno nº 27 em 2009 um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob-responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF.

Ainda nesta subcategoria convalidada com 26,3% do total de unidades temáticas podemos correlacionar o trabalhar em equipe com os elementos identificados no quadro de quatro casas. Verificamos que a ideia de equipe aparece no quadrante superior direito junto à palavra dedicação correspondendo aos elementos da 1ª periferia isto quer dizer que o trabalho em equipe faz parte dos elementos periféricos na estrutura das representações sociais, ou seja, o grupo de enfermeiros se ancora nesta ideia de trabalhar em equipe para refletir sua atuação na prática, mas não considera este aspecto com mais importante no seu processo de trabalho.

4.2.1.2 Lidar com Famílias

Aparecendo com 23,7% do total de unidades temáticas desta categoria o Lidar com famílias nos remete a compreender como os enfermeiros mantêm o vínculo com aqueles que necessitam do seu cuidado e depende de sua qualidade técnica para resolver grande parte dos seus problemas de saúde.

a questão do serviço com a comunidade né, diretamente com a comunidade, é o que a gente fala serviço de ponta né, é a onde a gente pode tá atuando na prevenção né, deste processo saúde-doença em todos os sentidos né, na questão psicológica, na questão da patologia mesmo da doença né; a questão de... da família como um todo (Inf.08).

[...] então assim é um processo de trabalho bonito entendeu porque principalmente por levar em consideração que a gente trabalha com famílias carentes, pessoas que necessitam do seu serviço [...] (Inf. 12).

É o compromisso, seriedade no que faz saber que aqui a gente tá lidando com pessoas, com seres humanos que precisam da nossa atuação e da nossa competência pra poder ser cuidado né eu acredito que trabalho na unidade de saúde seja isso (Inf. 16).

Processo de trabalho do enfermeiro neste município o que é? É um processo de trabalho onde tem uma ligação né com a família, você pode ver os problemas da comunidade onde você pode interagir né, é você pode ter resoluções né [...] (Inf. 20).

Observamos nas colocações dos enfermeiros que lidar com famílias representa oferecer com qualidade suas atribuições técnicas não compartilhando com estas a sua corresponsabilidade no processo do cuidar, isto é, os enfermeiros assumem toda a competência para estabelecer o equilíbrio no processo saúde-doença.

Para que um trabalho seja denominado de cuidado familiar, é necessário que o profissional tenha conhecimento acerca desse universo que é a família, pois cuidar implica na capacidade de entender e atender adequadamente as necessidades do outro. Nesses casos, não basta boa intenção, é necessária uma revisão de postura e inclusive reflexão sobre o conceito de conhecimento, o qual não deve se restringir ao que é verbalizado. Por essa razão, para conhecer a família é preciso, além de saber ouvir, ser sensível o suficiente para enxergar nas entrelinhas e conhecer o que está implícito (KAKEHASHI; SILVA, 2001).

Apesar de perceber a importância da integralidade da assistência e considerar as individualidades de cada membro da família, os enfermeiros direcionam seu trabalho de forma verticalizada ao dificultar o auto-cuidado quando possuem uma imagem da família carente que depende de seus cuidados.

O objetivo da assistência é auxiliar a família a identificar e a sanar, se for possível, as suas perturbações interacionais, a enfrentar problemas e a tomar decisões. O foco do cuidado, portanto, deve estar em ajudar e em capacitar a família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento (MARCON E COL., 2005).

Para o PSF, a família deve ser considerada, em seu contexto socioeconômico e cultural e reconhecida, como espaço de interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas. No que refere à assistência à família, essa estratégia entende que a abordagem integral deve incluir, entre outras questões, a concepção do homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento e o entendimento de que o foco de atenção deve ser um indivíduo em relação à oposição ao indivíduo biológico (BRASIL, 2001).

Assim o grupo de enfermeiros apresenta um processo de trabalho que precisa incluir em suas convicções o conceito de família, os novos arranjos familiares e envolver o sujeito no seu processo do cuidar juntamente com a equipe de saúde. Diante disso, os profissionais, que atuam nessa estratégia, devem ter atitudes diferenciadas, pautadas no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto e atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar (BRASIL, 2001).

O enfermeiro encara um desafio de cuidar de forma integral cada membro da família uma vez que assume diversas funções dentro do PSF; e a sua prática se resume em orientações durante as consultas em cada faixa etária de atenção, fragmentando a assistência e diminuindo os possíveis espaços de interação junto à equipe. Por isso o enfermeiro do PSF nesta concepção necessita adquirir novos saberes sobre o conceito

de família porque cuidar do indivíduo não significa cuidar da família considerando seu contexto de condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

Por essa razão, entre outras, o trabalho com famílias, na área de enfermagem, tem sido visto como um desafio, que torna necessário aos profissionais aprender a pensar na família e passem a desenvolver prática diferenciada no contexto da saúde e da doença, estabelecida a partir da realidade da própria família e contribuam para a construção de conhecimento de enfermagem na área. Para que um trabalho, na perspectiva da abordagem terapêutica, seja denominado cuidado familiar, é necessário que o profissional tenha conhecimento acerca desse universo que é a família, pois, cuidar implica na capacidade de entender e atender adequadamente as necessidades do outro (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Ao tentar comparar estas discussões junto aos elementos estruturais percebemos que o termo família não foi evocado durante a aplicação do TALP evidenciando desta maneira o distanciamento deste grupo de enfermeiros dos conceitos de famílias e evidenciando um limite de atuação dentro do PSF proposto com o intuito de cuidar exatamente da família.

Diante disso sugerimos para Atenção Básica do município de Jequié a organização de um ciclo de discussões sobre o conceito de família; os novos arranjos familiares e a interação com o PSF com a participação de todos os profissionais de saúde que atuam na estratégia de saúde da família iniciando uma série de capacitações que orientem tais profissionais em sua formação continuada. Esta capacitação poderia ser realizada com o suporte teórico disponibilizado pelo Ministério da Saúde que discute entre outros assuntos a abordagem aos diferentes ciclos da vida.

4.2.1.3 Trabalho Normativo

Os enfermeiros definiram que o processo de trabalho no PSF é bastante burocrático, procura atender as normas preconizadas pelos entes federados e que nem sempre coadunam com a realidade das pessoas que buscam os serviços de saúde.

O processo de trabalho no município do PSF num, ele é, num tá exercendo a real função que é preconizada pelo ministério da saúde que seja o PSF é feito pra lidar com a comunidade específica com seus problemas, questões dos riscos e danos [...] quando tenta também de certa forma é que seja, é visto de forma diferenciada, de uma forma como se fosse errônea, que não tá cumprindo aquelas metas, aquelas coisas programadas que lida mais com a questão financeira (Inf. 04).

... e também ele é o enfermeiro, presta assistência a todos os programas né, os programas é de pré-natal, de CD, bolsa família, visita domiciliar, é preventivo, hiperdia... (Inf. 07).

...o processo de trabalho do enfermeiro neste município se caracteriza pelo que rege as leis sem dar espaço para a comunidade e verticaliza a maioria das atividades da equipe... (Inf. 09).

O PSF foi criado com o intuito de reorganizar a atenção básica e promover acessibilidade aos serviços de saúde no que diz respeito ao nível primário de assistência que requer uma postura descentralizada do poder local visando à efetividade e eficiência do processo de trabalho dos profissionais; entretanto o que se vê na prática é a tomada de decisões normativas que dificultam a assistência integral; a acessibilidade aos níveis de atenção em saúde, por conseguinte a inoperância dos serviços de saúde.

Trabalhar com normas e regras definidas e impostas contradiz os princípios e diretrizes do SUS desencadeando métodos ineficientes para satisfazer as necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade. São instrumentos de trabalho que elege as tecnologias duras para sua realização e dificulta o desenvolvimento de atividades horizontais que direcionam o sujeito dentro do sistema de saúde desde o nível primário até o mais complexo na tentativa de suprir suas necessidades e desta maneira impede a formação de uma rede micropolítica de resolutividade nos serviços de saúde.

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY; 1998). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas

tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado.

Analisando os elementos estruturais no grupo de informantes não fez nenhuma referência a este tipo de trabalho significando que apesar de realizar uma série de atividades rotineiras engessadas em programas pré-estabelecidos normativamente pelos entes federados, os enfermeiros não conseguem objetivar esta prática em seu processo de trabalho. Isto não permite tanto ao enfermeiro quanto a equipe de repensar a forma de direcionar o trabalho não para atingir metas ou números apontados pelos gestores, mas sim providenciar as condições, que lhe cabe enquanto profissionais de saúde e prestador do serviço, de satisfazer as necessidades de saúde da família que está aos seus cuidados.

Uma das maneiras interessantes de sobrepor o trabalho normativo no PSF é a busca da atenção em linhas de cuidado apresentadas por Merhy onde envolve o indivíduo em seu processo do cuidar e busca a integralidade em vez de centrar o foco nas atividades burocráticas e normativas.

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, seguindo aquilo que nos diz Cecílio e Merhy:

[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores... (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Desta forma a presença da linha de cuidado no PSF colabora para a organização do processo de trabalho da equipe de saúde e redireciona as atividades do enfermeiro com a soma de todos os envolvidos na concretização de um modelo assistencial diferente do biomédico reducionista.

Esta discussão dá sentido para a ideia de que, a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. Para melhor entender como se dá a organização de uma linha do

cuidado na rede de assistência integral, demonstramos no diagrama abaixo seu funcionamento (FRANCO; JUNIOR, 2004).

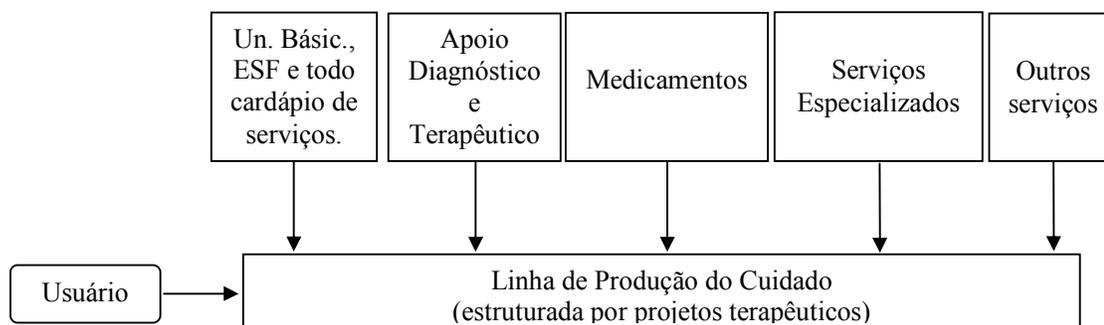


Figura 01: Adaptada do Texto de Franco e Junior. Integralidade da Assistência à saúde: a organização das Linhas de Cuidado, 2004.

No caso, o usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo.

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da UBS ou a ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e, portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contratransferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário (FRANCO; JUNIOR, 2004).

Não queremos neste momento aprofundar nesta discussão sobre as linhas de cuidado apenas sugerir como ponto de partida de transpor este trabalho normativo que transpareceu como maior significado para o grupo de enfermeiros (31,6%) a reorganização do processo de trabalho da equipe voltada para as ideias elucidadas pela linha de cuidado. Neste sentido estaríamos mais próximos de colaborar com um modelo assistencial voltado para a saúde coletiva e como foco na integralidade.

4.2.1.4 Trabalhar na Prevenção

[...] e a gente busca trabalhar também na parte da prevenção, da educação em saúde; apesar que não há assim tanto recurso para gente tá fazendo esta parte [...] (Inf. 04).

[...] É a questão do serviço com a comunidade né, diretamente com a comunidade, é o que a gente fala serviço de ponta né, é a onde a gente pode tá atuando na prevenção né, deste processo saúde-doença em todos os sentidos né, na questão psicológica, na questão da patologia mesmo da doença né [...] (Inf. 08).

No contexto dos elementos estruturais a ideia de trabalhar na prevenção não foi evidenciada nem no núcleo central nem tão pouco nos sistemas periféricos das representações sociais. Isto implica na visão reducionista do processo de trabalho por parte dos enfermeiros que coordenam o PSF, haja vista que a uma das prioridades deste programa é promover a prevenção dos agravos acometidos á população adscrita.

Esta subcategoria representou o menor percentual de unidades temáticas e fortalece o resultado desenhado pelo quadro de quatro casas indicando desta maneira a necessidade de remodelar a finalidade do processo de trabalho do enfermeiro no PSF.

De qualquer forma os enfermeiros que emitiram suas convicções sobre a prevenção destacaram a relevância da integralidade da assistência e a observância dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

Vale ressaltar que o pensamento hegemônico do modelo biomédico, curativista e reducionista da saúde prevalecem latentes nas práticas dos atores do SUS (usuário/prestador e gestor) e dificulta a ampliação das ações de vigilância em saúde.

Através do PSF o MS pretende priorizar a atenção básica, reorganizando-a e revertendo a forma atual de prestação de assistência à saúde. Ainda é predominante no país o modelo assistencial caracterizado “*pela prática hospitalocêntrica*” e individualizada, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolutividade, gerando alto grau de insatisfação para todos os participantes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (MARQUES; SILVA, 2004).

A mudança de postura destes atores do SUS permitirá a inclusão de medidas concernentes ao modelo de atenção que priorize a organização da atenção primária e defenda a instauração da ideia das linhas de cuidado já mencionadas neste estudo com o intuito de concretizar o acolhimento; a integralidade e acessibilidade ao SUS até o nível mais complexo de assistência.

A prevenção precisa ser incorporada pelos profissionais de saúde e principalmente pelo enfermeiro por exercer a função de gerente do processo do cuidar às famílias uma vez que a articulação com os outros atores (gestor/usuário) e também com a equipe é conduzida pelas ações deste profissional ainda mais no município de Jequié que solidificou a imagem do enfermeiro coordenador.

Certamente a inclusão desta característica ao perfil dos coordenadores do PSF de Jequié possibilitará a modificação de suas práticas voltando o foco para a equipe multiprofissional e para as políticas de saúde que objetivam a priorização da atenção primária.

4.2.2 Constituição do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF

A Enfermagem ganhou notoriedade e evoluiu junto ao SUS na medida em que ofereceu seu processo de trabalho em suas diversas dimensões e campo de atuação. Adaptou-se ao momento histórico de evolução do sistema de saúde e passou a gerenciar; coordenar os serviços de saúde e assistir os indivíduos com integralidade. Ao analisar as colocações dos enfermeiros sujeitos desta pesquisa ficou evidenciado que estes consideram três dimensões que compõe o processo de trabalho no PSF: assistencial; gerencial e educativa. Passamos a discutir cada uma com o intuito de conhecer este processo de trabalho e repensar caso necessário uma nova forma de saber na estratégia de saúde da família para a atuação do enfermeiro.

4.2.2.1 Dimensão Assistencial

A dimensão assistencial do processo de trabalho apresentada pelo grupo de enfermeiros foi caracterizada pelas atividades programadas pelo Ministério da Saúde e executadas considerando as demandas (organizada e espontânea) e organizando a atenção à saúde na semana típica. Desta maneira encontramos nas unidades temáticas a descrição de uma rotina semanal onde os programas são atendidos conforme a faixa etária da população.

[...] O processo de trabalho da gente, a gente né trabalha com a parte gerencial e a parte assistencial né isso? [...] também parte assistencial; que é aquela parte assistencial que tem os programas de hiperdia, planejamento familiar, pré-natal (Inf. 05).

[...] e a parte da assistência que é a parte que a gente trabalha com atividade que a gente faz, que é a atividade que a gente atende pré-natal, preventivo, planejamento familiar, no caso né o crescimento e desenvolvimento, visita domiciliar, sala de espera, atividades educativas, consultas né com hipertensos e diabéticos acho que é só... (Inf. 05).

Então, a gente, como a gente trabalha né, com a semana típica, então a gente tem a demanda organizada, então a gente tem de segunda a sexta a gente tem organizado os programas, então trabalha é... na segunda-feira por exemplo né segunda-feira pela manhã atende criança e a tarde o hiperdia sendo que... e as todos os outros dias, cada dia é Pré-Natal, tem o dia do preventivo né, sempre a gente tenta colocar por exemplo pré-natal e preventivo... é pré-natal; planejamento familiar... deixa eu ver... pré-natal, hiperdia e o crescimento e desenvolvimento as gente coloca em dois turnos porque sempre tem aquelas pessoas que não podem vir num turno, vem no outro (Inf. 02).

[...] e tem a assistência na semana típica que nós atendemos crescimento e desenvolvimento; pré-natal; o planejamento familiar; nós fazemos o preventivo; tem a parte educativa de sala de espera; tem também o dia na parte da assistência de hipertensão e diabetes e outras coisas que vem a acometer como a gente faz também o acompanhamento de tuberculose, hanseníase [...] (Inf. 06).

Além de presta assistência aos programas que eu relatei, eu também atendo a demanda espontânea, então quem chega o usuário que chega e me procura eu também atendo independente se ele estiver agendado ou não (Inf. 07).

Nesta rotina né, começa logo quando eu chego começa logo com os atendimentos, a gente faz a chamada aos atendimentos a organizar como estes pacientes vão ser atendidos, por idade, criança, gestante, como aqui eu tenho a semana típica então já chego sabendo que clientela eu vou atender, mas depois desta clientela tem sempre uma demanda espontânea tem aquele paciente que perdeu a data, que vem pra ouvir da enfermeira certas informações [...] (Inf. 13).

A gente atua nos programas, todos os programas do ministério, saúde da mulher, da criança, do idoso, do adolescente, é trabalha com o acolhimento ainda um pouco tímido com estas classificações de risco mas a gente tá tentando botar isso a ferro e a fogo (Inf. 17).

As unidades temáticas evidenciadas coadunam com as atribuições específicas dos enfermeiros estabelecidas pelo Ministério da Saúde em relação à assistência. É o que podemos perceber na tabela a seguir:

Tabela 02: Atribuições da Assistência de Enfermagem no PSF.

Serviços	Assistência de Enfermagem
Saúde da Criança	Assistência ao recém-nascido: captação precoce da gestante no pré-natal, triagem neonatal; incentivo ao Aleitamento Materno; atenção Integrada às doenças Prevalentes na Infância (desnutrição, diarreia, IRA, etc.); registro civil; assistência integrada á criança em creches; vigilância do menor de 01 ano de risco e do óbito infantil; imunização; avaliação integral da criança (0 a 06 anos): o registro no Cartão da Criança e avaliação: peso, altura e desenvolvimento; estado nutricional e intercorrência; orientações à mãe/família sobre o cuidado com a criança em todo atendimento.
Saúde do Adolescente (10 a 24 anos):	Acompanhar a saúde sexual e reprodutiva; orientações sobre o desenvolvimento humano; prevenção no uso de drogas.
Saúde do Adulto:	Controle da Hipertensão e do Diabetes; eliminação da Hanseníase; controle da Tuberculose; vigilância à Saúde do trabalhador.
Saúde da Mulher:	Atenção clínico-ginecológica – prevenção e tratamento das DST's; Planejamento Reprodutivo (SIS-PF); Atenção ao Pré-Natal, ao parto, ao pós-aborto, às urgências/emergências maternas e neonatais (SIS-Pré-natal); Atenção a gestante soro positiva e RN; Detecção precoce do CA de mama e prevenção do colo de útero; Atenção às mulheres vítimas de violência sexual e doméstica; Ao aborto previsto em lei; Vigilância do óbito materno.
Saúde do Idoso:	Diferenciar aspectos fisiológicos e patológicos do processo do envelhecimento; Realizar avaliação multidimensional; Identificar situações de riscos à saúde do cidadão idoso; Utilizar o cartão do Idoso; Identificar precocemente alterações patológicas que venham interferir na capacidade funcional do idoso; Encaminhar demandas que não podem ser atendidas na atenção básica; Orientar quanto aos serviços de reabilitação; Acompanhar e orientar a família quanto à importância da manutenção do idoso no contexto familiar; Identificar situações que facilitem a ocorrência de quedas; Estimular a participação social do idoso.

Esta subcategoria representada por 32,5% da constituição do processo de trabalho do enfermeiro no PSF demonstra que a assistência de enfermagem está condicionada a programação pré-estabelecida pelos entes federados e se distancia da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN 358/09. Esta normativa dispõe sobre a necessidade por parte dos enfermeiros de organizar seu trabalho baseado no processo de enfermagem; nas teorias de enfermagem com vistas à qualificação dos serviços prestados por esta categoria.

Além desta regulamentação a dimensão assistencial colocada pelos enfermeiros não evidencia as etapas do processo de enfermagem (histórico de enfermagem; diagnósticos de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem) durante a realização da consulta de enfermagem.

Desta maneira o trabalho do enfermeiro na dimensão assistencial precisa ser rediscutido com intuito de aproximar a competência técnica destes profissionais à competência legal, mas, sobretudo reaproximar os enfermeiros de sua função primordial que é o cuidado integral a família em seu contexto biopsicossocial.

Entendemos que a assistência de enfermagem por meio da consulta e aplicação do processo de enfermagem favorece a atenção à saúde das famílias que estão inseridas no território do PSF. É justamente com esta reorientação que daremos identificação e valorização ao trabalho dos enfermeiros ao tempo em que os mesmos colocarem esta dimensão como principal articuladora de outras que constitui o seu processo de trabalho.

Nesse sentido a dimensão assistencial caracterizada pelo cuidado sistematizado realizado pelo processo de enfermagem junto às famílias proporciona uma melhor condição de promover a integralidade; o acolhimento e a acessibilidade aos serviços de saúde da população.

Igualmente, a ideia refletida pelas linhas de cuidado já mencionadas neste estudo poderiam colaborar para o repensar da atividade do enfermeiro nesta dimensão, haja vista que deve existir uma organização no atendimento ma não de maneira fragmentada e reducionista como acontece com a semana típica e a determinação de “pacotes fechados de atendimento”. O PSF necessita se adequar as necessidades da

comunidade levando em consideração os aspectos técnicos científicos que norteiam a problematização da saúde em sua área de abrangência.

Por outro lado não podemos negar que mesmo a assistência de enfermagem não seguindo os critérios da SAE e do processo de enfermagem conferiu aos usuários do SUS no PSF maior oportunidade de resolução dos problemas de saúde e ainda protagonizaram mudanças na postura dos sujeitos frente ao seu processo saúde-doença.

Então amenizamos as discussões nesta subcategoria alertando os profissionais de enfermagem quanto à necessidade da reaproximação a pessoa no contexto familiar com a utilização destes instrumentos do processo de trabalho: consulta de enfermagem; SAE e processo de enfermagem. Desta maneira este profissional terá melhores condições de oferecer ao usuário do PSF a integralidade do cuidar.

4.2.2.2 Dimensão Gerencial

Os enfermeiros que colaboraram com este estudo apresentaram uma dimensão gerencial verticalizada com a centralidade das ações e por consequência uma quantidade de atividades burocráticas que se desviam totalmente das funções que podem ser desempenhadas pelo enfermeiro do PSF.

[...] a questão supervisão do agente comunitário, a supervisão dos técnicos e o auxiliar de enfermagem, a gente faz a questão da coordenação né do agente comunitário também e faz toda a parte burocrática da unidade solicitação de material, solicitação de insumos, toda a previsão que a gente precisa de trabalho mensal e anual é feita pela gente... a gente não tem um gerente só pra isso, então assim a escala, por exemplo de funcionários é feita pelo enfermeiro, solicitação de férias, toda esta parte de administrativa mesmo, de gerência é feita pelo enfermeiro [...] como a parte de coordenação mesmo por exemplo, às vezes não consegue marcar um exame no CERAJE aí vem a gente né; comunicar alguma insatisfação que a gente possa tá resolvendo, buscando algum medicamento que, enfim que a gente possa resolver (Inf. 02).

[...] a gente exerce a parte também burocrática, gerencial e também a parte intersetorial, extra muro que é construída com problemas, com relatórios que a gente tem que fazer, reuniões que a gente tem que participar da secretaria, coisas que às vezes não não passa pela função, pelo perfil do profissional de enfermagem, que nós como coordenadores apesar de sabermos desta função

também mas assim não diz diretamente a nossa função mas por ser um cargo né do setor a gente tem que tá fazendo [...] (Inf. 04)

Então, é é basicamente a questão do desenho (outro instrumento de coleta) que fiz né, o enfermeiro ele é o centro de tudo, então ele é, ele é o foco principal assim, o centro de tudo né, então tudo direciona para o profissional enfermeiro, de enfermagem, então todas as atribuições que estiver dentro da unidade, é como a unidade só existisse com o enfermeiro, que a pesar de ter as outras especialidades né é sempre voltado para o enfermeiro, tudo que tiver é voltado pra ele (Inf. 10).

[...] e vem a parte gerencial que é toda a parte de burocracia, preenchimento de formulários que é pra alimentação dos sistemas, reunião de vacina, de outras campanhas, é que aprechem no município, cadastramento de bolsa família, monitoramento e tudo e por aí vai, outras coisas que vem vindo que são administrativas, que se a gente tivesse um profissional administrador na unidade, a gente não se veria, a gente poderia dar mais assistência ao paciente de uma forma clínica vamos dizer assim do que ficar se envolvendo com marcação de exames, cartão SUS, medcasa, a gente faz tudo isso, eu faço cartão SUS, eu marco CERAJE, eu faço cadastramento e inclusão no medcasa [...] (Inf. 17).

Foram elencadas diversas atividades consideradas como parte da dimensão gerencial do PSF, entretanto entendemos que a maioria destas ações poderia ser realizada por um profissional da área de administração como: previsão de insumos e materiais para a unidade; supervisão de funcionários quanto ao cumprimento da carga horária; alimentação dos sistemas de informação; preenchimento de planilhas da bolsa família e demais programas sociais enfim esta distribuição de tarefas para o assistente administrativo o enfermeiro concentraria suas atribuições no gerenciamento do cuidado.

O gerenciamento do cuidado das famílias engloba uma série de ações da equipe multiprofissional que pode e deve ser coordenada pelo enfermeiro com o intuito de rever a centralidade das atividades e as características de um gerenciamento normativo.

A dimensão gerencial possui marcas impressas pela história da administração em especial a influência dos modelos gerenciais taylorista e fayolista. Historicamente as enfermeiras têm adotado princípios da Escola Científica e Clássica da Administração para gerenciarem o seu trabalho, tendo em vista a estrutura e organização do Serviço de Enfermagem nas instituições de saúde (FERNANDES et al., 2003). Os princípios deste modelo de gerência foram preconizados por Taylor e

Fayol, em meados do século XIX e utilizados inicialmente na organização do trabalho realizado nas indústrias.

Para transpor este modelo tradicional que conforme Matos e Pires (2006) têm como principais características a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, o controle gerencial do processo de produção associado à rígida hierarquia, a racionalização da estrutura administrativa, a impessoalidade nas relações interpessoais e a ênfase em sistemas de procedimentos e rotinas; o enfermeiro que atua no PSF precisa repensar sua postura no saber-fazer gerência optando por modelos inovadores com enfoque nas competências essenciais e organizacionais; no planejamento estratégico; na ação comunicativa e o foco nos sujeitos envolvidos no processo de trabalho gerencial.

Saito (2009) propôs um roteiro de atribuições para gerente do PSF, competindo a este:

- Revisar processos de trabalho da unidade;
- Colaborar na definição do número de ESF, quanto à capacidade física instalada, disponibilidade de recursos;
- Priorizar a atenção, fundamentando-se nas áreas de riscos;
- Programar ações e estratégias que viabilizem o controle social e a participação do usuário no planejamento; mapear a rede local, assegurando a integralidade;
- Levantar equipamentos sociais (organizações não governamentais, empresas, e outros); capacitar todos os membros da ESF; ser um facilitador e elo entre equipe e comunidade; realizar diagnóstico epidemiológico e social;
- Elaborar planejamento local, estabelecer metas e prioridades;
- Garantir a atualização dos sistemas de informação mostrando à equipe e comunidade os indicadores.

Ao ser feito um recorte dos processos de trabalho em saúde, direcionando o olhar especificamente para os processos gerenciais do enfermeiro, pode-se reconhecer um universo de ações desse profissional que transita na interface constante entre a produção propriamente dita e a busca de condições que garantam a continuidade e concretização desse cuidado (ROSSI; LIMA, 2005).

A dimensão gerencial do processo de trabalho do enfermeiro, por sua vez deve ser revista no sentido de transpor o modelo tradicional de gerenciamento caracterizado pelas ideias de Fayol e Taylor para a organização gerencial participativa com foco nas necessidades dos usuários do PSF e condução adequada do cuidado integral.

O gerenciamento em enfermagem sofre forte influência da administração clássica, em particular do modelo taylorista/fordista e burocrático, caracterizado pela divisão do trabalho baseada na especialização funcional; hierarquia e autoridade definidas; sistema de regras e regulamentos que descrevem direitos e deveres dos ocupantes dos cargos; sistema de procedimentos e rotinas; impessoalidade nas relações interpessoais, promoção e seleção baseada na competência técnica, dentre outros (PIRES; MATOS, 2006).

Por compreender tais características a Teoria Geral da Administração não coaduna com a postura do enfermeiro que gerencia o cuidado no PSF, pois somente o tecnicismo não é capaz de oferecer condições para suprir as necessidades de saúde das famílias que dependem da equipe multiprofissional sendo que existe a necessidade de re(construir) a dimensão gerencial do enfermeiro com articulação e integração dos trabalhadores e usuários do PSF.

Neste sentido, vale destacar que na pesquisa adota-se uma concepção de gerência em saúde e enfermagem que vai além da Teoria Geral da Administração e da abordagem burocrática, à medida que aborda a gerência como instrumento do processo de trabalho em saúde e enfermagem. A gerência consiste em atividade meio cuja ação central baseia-se na articulação e integração que possibilita a transformação do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que também pode se transformar mediante as situações do cotidiano das organizações de saúde, e assim se compõe de quatro dimensões: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Outra possibilidade de inovação na dimensão gerencial do enfermeiro é a utilização da gestão participativa inclusive no PSF com a participação dos envolvidos no cuidado integral (trabalhadores e usuários) que é bastante salutar, facilitando o desempenho das atribuições de cada sujeito no equilíbrio do processo saúde-doença e fortalecendo ainda mais o modelo de vigilância da saúde.

A gestão participativa permite uma interação horizontal entre gerente/gerenciado com o fluxo da comunicação voltado para a redução da hierarquia e as decisões envolvendo todos os sujeitos do processo de trabalho gerencial na equipe de saúde do PSF. Com isso o enfermeiro tem a oportunidade de articular com mais dinamicidade as dimensões gerenciais e assistenciais que também fazem parte de suas atribuições na saúde da família (LIMA, 1999).

Nesta mesma direção alguns estudos fazem referência à gerência participativa, que visa a qualificar a assistência através da articulação dos processos de trabalho assistencial e gerencial, articulação esta que se entende por gerenciamento do cuidado, que também é caracterizado pela ênfase na comunicação e interação profissional de enfermagem e paciente e entre os profissionais (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Outro ponto a ser discutido nesta dimensão que representou 39,2% desta categoria diz respeito à supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde-ACS que regulamentou sua profissão por meio da Lei Federal 11.350 de 05 de outubro de 2006 inviabilizando a fiscalização do enfermeiro de suas atividades haja vista que o ACS tornou-se um profissional da área de saúde e que deve criar conselho próprio para exercer esta função de fiscalização.

No mais aos enfermeiros já cabe à supervisão legal das atividades dos auxiliares e técnicos de enfermagem que compõem a equipe de saúde e são orientados com prescrições de enfermagem o que realizar dentro da legalidade; da SAE e do processo de enfermagem.

Neste contexto cabe aos enfermeiros direcionar o ACS para colaborar na realização de suas tarefas e formar as parcerias necessárias na concretização do gerenciamento do cuidado e cabe aos entes federados observar e/ou regulamentar a supervisão do exercício profissional dos ACS não por meio de portarias ou qualquer outro instrumento normativo que seja infralegal.

4.2.2.3 Dimensão Educativa

A dimensão educativa representou o menor percentual na categoria (25,6) significando que as vertentes assistencial e gerencial são descritas e incorporadas fortemente pelo grupo de enfermeiros que compôs esta pesquisa. Na verdade as atividades educativas foram emitidas como complementares as outras dimensões do processo de trabalho e isso implica na necessidade de ampliar as ações educativas junto com a equipe multiprofissional descentralizando a responsabilidade do processo do cuidar para todos os membros do PSF.

A educação continuada é um fator que colabora tanto para a formação dos profissionais de saúde quanto para os usuários que podem com estes novos saberes identificar e evitar possíveis agravos à saúde. Por isso nas colocações dos enfermeiros percebemos um distanciamento, ou prioridade as outras dimensões da educação.

[...] a gente tem que tá fazendo e a gente busca trabalhar também na parte da prevenção, da educação em saúde; apesar de que não há assim tanto recurso para gente tá fazendo esta parte [...] (Inf. 04)

[...]tem a parte educativa de sala de espera [...] (Inf. 06).

[...] é como existe um pouco mais de investimento desta qualificação dos profissionais através dos cursos e o trabalho também que se caracteriza pelo que rege as leis, em realizar a educação em saúde, tá criando os conselhos locais pra tá dando espaço também pra comunidade fazer parte do que rege o programa [...] (Inf. 09).

[...] Bom atividade educativa eu desenvolvo três vezes por semana [...] (Inf. 12).

[...] agora na minha opinião eu acho que todo o enfermeiro ao assumir uma unidade de saúde da família ele deveria ser capacitado porque quando a gente entra é tem uma quantidade enorme de papéis e de ações que a gente presta e que na verdade eu acho assim que uma grande parte não tá preparada assim pra chegar e assumir todo o trabalho [...] (Inf. 14).

[...] faço a parte educativa com os grupos educativos de gestante, adolescente e idoso [...] (Inf. 18).

[...] algumas vezes palestras educativa. [...] (Inf. 20).

Nesse sentido buscar a capacitação profissional no intuito de organizar e distribuir as ações educativas na unidade e na área de abrangência certamente favorece a ideias do PSF de trabalhar na prevenção dos agravos à saúde.

Na busca de melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais é de ímpar relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, em decorrência da necessidade de trabalhar em grupo e/ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual (COTTA, 2006).

Na dimensão educativa o enfermeiro tem como aliado o princípio da intersetorialidade buscando parcerias com os grupos organizados que fazem parte da área de abrangência, como os grupos religiosos, as associações comunitárias, as instituições de ensino e planejando junto com a participação da equipe ações educativas que abarcam as principais necessidades da população adscrita. Esta dimensão não pode resumir-se aos grupos de reuniões que se encontram em períodos agendados dentro da unidade, pois requer uma magnitude de abrangência que atinja todos os níveis de assistência à saúde.

Outro ponto interessante que traz qualidade a dimensão educativa da enfermagem é a relação ensino serviço onde acontece a interação com espaço do trabalhador, neste caso o PSF, junto as colaborações das instituições de ensino por meio de pesquisa, projetos de extensão e atividades de formação profissional. Esta interação é baseada no Política de Educação Permanente em Saúde e mediada regionalmente pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino – Serviço – CIES.

Aqui temos uma sugestão para o município de Jequié no sentido de formular as CIES em parceria com as instituições de ensino oferecendo o campo do PSF para possíveis intervenções para qualificação dos profissionais que atuam neste programa.

A intervenção das CIES poderia colaborar para redirecionar a dimensão educativa da enfermagem para o compartilhamento das atividades e da responsabilidade com a educação para os usuários do PSF.

4.2.3 Enfrentamentos do Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF

Os enfermeiros mostraram com 31,54% da classe temática que uma das representações sociais diz respeito aos enfrentamentos no processo de trabalho e pela análise das subcategorias (ausência de planejamento; sobrecarga de trabalho; tempo insuficiente e visão curativista) estes enfrentamentos são relacionados com as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para concretizar seu processo de trabalho.

4.2.3.1 *Ausência de Planejamento*

Planejar significa pensar antes de agir, buscar caminhos mais curtos e eficientes que induzam aos objetivos de uma ação. O planejamento é uma forma de organização para a ação (CAMPOS, 2003). Quando se fala de planejamento tem-se em mente a organização das ações em um devido tempo que concretize os objetivos almejados. No setor saúde este instrumento é imprescindível para atuação da equipe multiprofissional tendo em vista a prestação dos serviços com efetividade, eficiência e eficácia.

Rivera, Mattus e outros pensadores sobre planejamento falam sobre dois tipos: o Normativo e o Estratégico. O primeiro entende que a realidade funciona enquanto norma, a escolha de prioridade é feita a partir da relação custo-benefício e também ignora a variável política, cortando o caminho para o diálogo entre o plano e a gestão, o planejar e o fazer. O Planejamento Estratégico assume a preocupação com a mudança e sua repercussão sobre grupos, organizações e instituições no curto, médio e longo prazos e incorpora o pensar dos diferentes atores envolvidos com a questão saúde, possibilitando uma maior aproximação das ações planejadas com as necessidades de saúde da população.

Neste contexto entendemos que a equipe de saúde que atua no PSF necessita de um planejamento estratégico situacional que incorpore a realidade da comunidade que facilite o processo de trabalho não somente do enfermeiro, mas de toda a equipe multiprofissional. O que ficou evidenciado nas unidades temáticas produzidas pelos

informantes foi que a equipe ainda atua sem um planejamento eficiente e apesar das reuniões programadas na semana típica o enfermeiro não consegue articular este planejamento junto à equipe.

[...] aqui não tem, a gente não tem nada assim sistematizado não é, a gente não tem os protocolos assim do próprio município, a gente tem manuais do ministério né, esse planejamento é feito anualmente mas cada PSF com a sua realidade, a gente não tem um planejamento geral entendeu [...] olha eu acho que esse, o processo de trabalho é mais abrangente só que a gente não tem muito embasamento assim aqui pra isso entendeu assim não existe uma (pausa) sistematização pra poder você seguir direitinho, então cada um faz como acha que deve entendeu... tem gente que chega na unidade já começa a atividade já pelo que já conhece, não faz um planejamento [...] (Inf. 01).

[...] através de um planejamento, através de um planejamento de discussão com a equipe é de um trabalho em conjunto mesmo [...] (Inf. 03).

[...] uma, antes um bom planejamento e organização, então a partir do momento que você faz esta organização né isso? Faz esse... planeja tudo aí pra você conseguir fazer a assistência adequada e atendimento adequado né isso [...] (Inf. 05).

Gerenciar uma equipe de saúde sem planejamento seria o mesmo que guiar as ações para caminhos que não atendem as expectativas do processo do cuidar e da resolutividade dos serviços de saúde por isso o processo de trabalho do enfermeiro tem como instrumento potencializador de suas intenções o Planejamento Estratégico Situacional – PES.

O PSF do município do Jequié poderá reorganizar a atenção básica com a colaboração do PES e este processo pode ser iniciado com o redirecionamento do processo de trabalho do enfermeiro para a incorporação deste instrumento. A parceria com a dimensão educativa no sentido de complementar suas atividades no que diz respeito a discussão do PES com todos os envolvidos imbuídos no fortalecimento do PSF e dos modelos de saúde alternativos ao modelo hegemônico.

4.2.3.2 Sobrecarga de Trabalho

Os elementos estruturais em seu núcleo central já permitiu afirmar que os enfermeiros objetivam e tornam real o processo de trabalho do PSF com uma

sobrecarga de atribuições e atividades por eles desempenhadas em período de tempo insuficiente e a adequação de outras ações que não estão inseridas no trabalho do enfermeiro, mas acaba assumindo a responsabilidade de fazê-las.

Esta subcategoria por sua vez representa a maior parte das unidades temáticas (34,1%) referentes aos enfrentamentos apresentados e solidifica a função do núcleo central de tornar visível esta sobrecarga evidenciada pelos enfermeiros.

[...] além das atividades de atendimento dos programas que são comuns né no ministério como Hiperdia, Pré-Natal, planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento né a questão supervisão do agente comunitário, a supervisão dos técnicos e o auxiliar de enfermagem, a gente faz a questão da coordenação né do agente comunitário também e faz toda a parte burocrática da unidade solicitação de material, solicitação de insumos, toda a previsão que a gente precisa de trabalho mensal e anual é feita pela gente [...] (Inf. 01).

[...] que hoje o enfermeiro, ele se dedica às vezes, mais, tem é necessário porque ele é cobrado então a gente tem uma coordenação né de enfermagem, uma coordenação de PSF né, uma um departamento na secretaria que, que é é são os nossos superiores né supervisores então a gente é a todo momento é cobrado pelas próprias necessidades mesmo que a demanda do Ministério da Saúde, da SESAB, e tal e aí eu sinto que a gente se sobrecarrega muito com esta parte e muitas vezes a parte é a parte assistencial mesmo do corpo a corpo [...] (Inf. 02).

[...] então o enfermeiro aqui de Jequié ele assume este cargo de PSF contempla também não só assistência mas já assumir esta parte de coordenação também, nós somos nomeados coordenadores desta unidade né, mas existe coisa que a gente poderia tá também redistribuindo pra outros profissionais mas isto não existe porque sobrecarrega tudo pro enfermeiro, hoje a nossa realidade assim que toma a frente de tudo, de um problema hidráulico a um problema de saúde do paciente que tá acamado né, quem tem que tomar a frente às vezes é só o enfermeiro [...] (Inf. 08).

[...] É um pouquinho difícil porque além de tá gerência você tem que tá assistência e a gente fica um pouquinho sobrecarregado [...] (Inf. 16).

A sobrecarga de trabalho compromete a qualidade do produto do processo de trabalho e como o produto final deste processo é a integralidade do cuidado consequentemente ao enfermeiro não será permitido cumprir com todas as atribuições que lhe compete. Pensando nisto uma das alternativas seria determinar um quantitativo mínimo de profissionais enfermeiros por PSF considerando os critérios estabelecidos pela Resolução COFEN 293/04 que dispõe sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde.

Por se tratar de um atendimento ambulatorial (PSF) os critérios estabelecidos coadunam com o Sítio Funcional (SF) que considera três dimensões: atividades; período de tempo e local (área operacional). Neste contexto teríamos a elaboração do espelho padrão com a apresentação destas três dimensões:

Área	Cat	De 2ª a 6ª x 5 (dias da semana)				Sábado e domingo x 2 (dias final de semana)				Total de SF
		M	T	N1	N2	M	T	N1	N2	NS
Assistência	NS	01	01	-	-	-	-	-	-	10
Gerência	NS	01	01	-	-	-	-	-	-	10
Educativa	NS	01	01	-	-	-	-	-	-	10
Total de SF										30

Figura 02: Espelho padrão de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no PSF seguindo o critério da Resolução COFEN 293/04.

Considerando ainda os critérios da resolução COFEN 293/04 como Jornada de trabalho e Sistema de Classificação de Pacientes podemos simular um cálculo mínimo do quantitativo de enfermeiros para um PSF representado pelos enfermeiros com estas três dimensões que constituíram seu processo de trabalho. Desta maneira vamos considerar o paciente como cuidados mínimos e utilizar a carga horária definida para o enfermeiro no PSF de 40 horas.

Na resolução COFEN 293/04 encontramos uma variável para realizar o cálculo denominado coeficiente de marinho (Km) que está condicionada a jornada semanal de trabalho dos enfermeiros que prevalece nas instituições de saúde. O Km previamente determinado aparece na resolução evidenciando a carga horária de 20 a 40 h e para cada uma possui um valor diferente. Neste caso simulado usaremos o valor que corresponde a carga horária de 40 h no distribuído em cinco (05) períodos de tempo $Km(5;40) = 0,1437$.

Utilizando a fórmula para cálculo temos: $QP = Km \times TSF$, onde, QP – quantidade de profissional; Km coeficiente de Marinho e TSF – Total de Sítio Funcional. Ainda temos outras siglas no espelho padrão: Cat – categoria profissional; NS – nível superior (pois podemos calcular também o número de técnicos e auxiliares

de enfermagem que compõe o nível médio); M – turno de 08:00 às 12:00; T – turno de 14:00 às 17:00 h; N1 – período noturno (19 às 01:00h) e N2 (01 às 7:00 h).

Nesta simulação teremos então $QP = 0,1437 \times 30$; $QP = 4,3$ aproximadamente 04 enfermeiros são necessários segundo critérios desta normativa para compor a equipe de saúde e desenvolver o processo de trabalho nas dimensões referidas nas representações sociais.

Evidente que este quantitativo não condiz com a realidade do município de Jequié e provavelmente de outros municípios do país haja vista a portaria 648/06 que respalda a equipe mínima com somente 01 enfermeiro para realizar as diversas atribuições no PSF. Com esta discussão e a normativa legal oriunda do Conselho Federal de Enfermagem o quantitativo de enfermeiros que assume uma área de abrangência com mais 5.000 pessoas para estabelecer o cuidado integral precisa ser discutido e certamente ampliado conforme a necessidade já prevista por conta da sobrecarga de trabalho.

A sobrecarga de trabalho dos enfermeiros que assume diversas atribuições está relacionada à quantidade de famílias que estão sob sua responsabilidade na área de abrangência por isso uma possibilidade de enfretamento desta dificuldade seria a ampliação do número de equipes de saúde da família no município de Jequié. Para melhor visualizar esta dificuldade vejamos uma tabela que compara a cobertura total de PSF em Jequié, na Bahia e no Brasil.

Quadro 03: Credenciamento e Implantação do Programa de Saúde da Família setembro de 2012.

Área	População	Nº de Municípios com PSF	Estimativa da população coberta	Nº de equipes implantadas	Proporção de cobertura populacional estimada
<i>Brasil</i>	192.379.287	5.293	105.588.137	33.420	54,89
<i>Bahia</i>	14.097.534	416	8.880.214	2.829	62,99
<i>Jequié</i>	152.138	----	93.150	27	61,23

Fonte: Ministério da Saúde / Departamento da Atenção Básica / IBGE

Os dados apresentam uma realidade preocupante para o Brasil se estendendo pelo estado da Bahia até culminar com o município de Jequié. Isto porque a estratégia

de saúde da família surgiu com a proposta de reorganizar a atenção básica no país trazendo a descentralização da saúde; acessibilidade aos serviços e maior possibilidade de resolutividade para os problemas de saúde, entretanto o que fica evidenciado com os números do quadro acima é que o Brasil ainda não conseguiu ampliar a cobertura do PSF para toda a sua população.

A Bahia segue o mesmo caminho com um percentual de 62,99% de cobertura da população indicando que os investimentos na saúde não são direcionados para organizar de fato a atenção primária implicando no fortalecimento do modelo assistencial biomédico e utilizando no processo de trabalho em saúde as tecnologias duras para tentar solucionar os agravos que acometem a população baiana.

Não diferente temos o município de Jequié com 27 equipes de saúde da família cobrindo 61,23% de sua população e influenciando a incorporação da sobrecarga de trabalho nas representações sociais dos enfermeiros que coordenam este programa. Assim ampliar o número de equipes de saúde da família no município na tentativa de chegar a uma cobertura de 100% da população poderia facilitar a produção do processo de trabalho do enfermeiro: a integralidade da assistência.

A integralidade da assistência de enfermagem depende de uma série de fatores que colaboram para a qualidade do serviço prestado, por isso o tempo certamente é insuficiente para o número de atribuições distribuídas nas dimensões do processo de trabalho do enfermeiro. Desta maneira a diminuição do número de famílias para cada equipe de saúde e a distribuição das tarefas que podem ser compartilhadas com outros membros da equipe são sugestões que facilitariam o desempenho dos enfermeiros que atuam no PSF de Jequié.

4.2.3.3 Visão Curativista

Os enfermeiros apresentaram ainda como enfrentamentos no seu processo de trabalho a visão curativista que permeia tanto as famílias que usam o PSF quanto os profissionais que compõem a equipe de saúde.

[...] mas assim a nossa realidade a gente lida mais com aquela política assistencialista curativa; por mais que o enfermeiro tente colocar esta parte assim de prevenção da doença, dos riscos, dos danos, dos agravos e tentar conscientizar que a comunidade [...] (Inf. 04).

[...] quando o paciente tiver na unidade ele vem pra tá buscando assim, a gente que ele ainda tem aquela visão de que quer um tratamento medicamentoso e uma saúde curativista [...] (Inf. 09).

[...] é a parte destas orientações que eu acho que daí que a gente tentar mudar esta parte da medicina curativa, de só vir no médico se estiver doente e se estiver saudável ninguém que saber do posto de saúde [...] (Inf. 13).

A influência do paradigma científico biomédico no setor saúde ainda prevalece pelo processo histórico de construção deste pensamento inicialmente com a fragmentação do saber por meio da valorização das especialidades e depois com a utilização do espaço hospitalar como provedor das ações de saúde voltadas exclusivamente para o processo de reabilitação da doença. Neste paradigma o profissional médico ganhou notoriedade e centralizou as atividades baseadas no curativismo e na medicalização do corpo.

Apesar de todo o movimento de rediscussão deste paradigma e o repensar em fazer saúde principalmente com os princípios que nortearam a construção do SUS ainda não conseguimos sobrepor o modelo reducionista e deparamos com atitudes tanto de profissionais quanto dos usuários totalmente curativista que não valorizam as medidas preventivas e certamente não acreditam na concretização de um modelo assistencial de saúde que tem por objetivo a promoção da saúde.

Desta forma o PSF ao ser implantado preciso captar profissionais com o perfil direcionado para a Vigilância em Saúde que possa conduzir o planejamento e as atribuições da equipe de saúde no contexto da prevenção.

4.3 ELEMENTOS ESTRUTURAIS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF

Analisando os dados oriundos da técnica de associação livre e processados no EVOC 2003 obtivemos os elementos estruturais da representação social que compõem

o quadro de quatro casas apresentado na figura 01. As palavras (assistência; compromisso; responsabilidade; sobrecarga; trabalho) encontradas no quadrante superior esquerdo definiram o núcleo central das representações sociais sendo evocadas 04 vezes ou mais e isto demonstra que o grupo de enfermeiros do PSF de Jequié reflete seu processo de trabalho vinculado à dimensão da assistência que por sua vez completa a constituição deste processo junto às outras dimensões (gerencial e educativa) como apresentado na classe temática deste estudo.

Define ainda que os enfermeiros possuem compromisso e responsabilidade no desenvolvimento do seu trabalho e uma sobrecarga de atividades como evidenciado na categoria enfrentamentos do processo de trabalho. O núcleo central apontou que o processo de trabalho para o grupo de enfermeiros significa trabalhar, colocar em prática a competência técnica e legal em busca da qualidade da assistência de enfermagem.

Nesse sentido procuramos relacionar os resultados obtidos da análise da classe temática e suas categorias junto aos elementos estruturais das representações sociais com o intuito de sustentar os objetivos desta pesquisa. Ao relacionar estes resultados poderemos compreender e apreender as representações deste grupo de enfermeiros observando os significados de trabalhar no PSF; conhecer este trabalho e identificar os seus enfrentamentos.

Em uma figura disposta em quadrantes, o núcleo central ocupa o superior esquerdo, e o sistema periférico, o inferior direito. Os elementos dos quadrantes restantes, superior direito e inferior esquerdo, possibilitam uma interpretação menos direta, uma vez que tratam de cognições que, apesar de não estarem compondo o núcleo central, mantém uma relação de proximidade com este (TURA, 1997).

As representações sociais apresentadas pelo grupo de enfermeiros foram apreendidas com as colaborações da Teoria do Núcleo Central, estruturada em elementos centrais e periféricos definindo uma hierarquia interna que possuem características diferentes em seu constructo.

Após processar os dados com o auxílio do software EVOC versão 2003 encontramos o quadro de quatro casas definindo os possíveis elementos estruturais das

representações sociais de enfermeiros sobre o processo de trabalho em saúde da família:

Elementos do Núcleo Central			Elementos da 1ª Periferia		
Frequência ≥ 4 /RANG < 3			Frequência ≥ 4 /RANG ≥ 3		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Assistência	05	2,600	Dedicação	06	3,000
Compromisso	05	2,000	Equipe	06	3,167
Responsabilidade	07	2,429			
Sobrecarga	05	2,800			
Trabalho	04	2,250			
Elementos de Contraste			Elementos da 2ª Periferia		
Frequência ≤ 3 /RANG < 3			Frequência < 3 /RANG ≥ 3		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Gerência	03	2,333	Acolhimento	03	3,667
Organização	03	1,333	Comunidade	03	3,667
Paciência	03	2,667	Liderança	03	4,333
			Qualificação	03	4,000

Figura 03: Quadro de quatro casas ao termo indutor: processo de trabalho no PSF. RANG: 03; Frequência Mínima: 03 e Frequência Média: 04.

Os elementos do núcleo central que compõe o quadrante superior esquerdo como observado na figura nº 01 mostraram que os enfermeiros do PSF têm em sua memória coletiva que o seu processo de trabalho deve ser realizado com compromisso e responsabilidade incorporando qualidades necessárias aos profissionais que atuam no setor saúde. Objetivaram um trabalho relacionado à dimensão assistencial e que existe uma sobrecarga de atribuições no PSF.

A objetivação dá origem à definição do núcleo central, uma vez que transforma um conceito em algo concreto. Para Abric, o processo figurativo e social pelo qual esse processo se cristaliza faz com que parte de uma determinada representação - o seu núcleo central - passe a ser evocada e disseminada como se fosse o real para aqueles que a expressam (FRANCO, 2004).

O Núcleo Central colaborou para identificação dos significados fundamentais apresentados por estes enfermeiros e este objeto construído condiz com a realidade na

medida em que observamos à práxis dos profissionais enfermeiros sobrecarregados com diversas atribuições neste programa. Além de atuarem na assistência com as consultas de enfermagem em cada faixa etária (criança ao idoso), são responsáveis pela gerência da unidade e da equipe de saúde. Veremos nas discussões das categorias adiante como acontece cada dimensão deste processo de trabalho.

Então podemos afirmar que as representações sociais prescrevem uma conduta do enfermeiro do PSF baseada em qualidades (compromisso e responsabilidade) inerentes aos deveres de uma equipe e caracterizam o trabalho sobrecarregado que tem como prioridade a assistência. Comparando esta prescrição de conduta junto aos resultados da análise de conteúdo observamos que os enfermeiros não conciliam suas atribuições sendo que a dimensão gerencial se sobrepõe a assistencial.

Defendemos esta assertiva ao depararmos com as colocações registradas pelas unidades temáticas que garante a dimensão gerencial um destaque no processo de trabalho do enfermeiro no PSF.

Por outro lado a sobrecarga de trabalho incorporada e familiarizada na memória coletiva do grupo de enfermeiros foi evidenciada e fortalecida com a subcategoria sobre os enfrentamentos no processo de trabalho no PSF.

Além do núcleo central considera-se, também, nessa teoria, a existência do chamado “sistema periférico”, que abriga as diferenças de percepção entre os indivíduos envolvidos na pesquisa, suportando a heterogeneidade do grupo e acomodando as contradições trazidas pelo contexto mais imediato. É constituído dos elementos que estão em volta do núcleo central, que o indivíduo admite rever, negociar. É uma forma de defesa do núcleo central, permitindo o intercâmbio com outros grupos. Propicia, assim, a evolução da representação social, sem chegar a mudá-la (MADEIRA, 2001; SÁ 2002).

Desta forma temos os elementos que sustentam o núcleo central e trazem algumas diferenças daquilo que é considerado fundamental real e objetivado. Os elementos periféricos identificados no quadrante inferior direito oferecem uma contradição ao núcleo central e se referem ao processo de ancoragem dentro das representações. As palavras encontradas neste quadrante (gerência, organização e paciência) representam um contraste com o núcleo central e isso fica bastante

perceptível quando discutimos as vertentes que são complementares no processo de trabalho do enfermeiro: a assistência e a gerência.

É neste conflito de dimensões que se estabelece o processo de trabalho do enfermeiro no PSF refletindo que este profissional necessita englobar em sua prática a articulação entre estas dimensões com a possibilidade de qualificar sua atuação e, por conseguinte da equipe de saúde.

Ancorados na percepção de organização os enfermeiros passaram uma visão da necessidade de planejamento das atividades e mesmo que não seja considerada como fundamental no contexto da estrutura das representações esta concepção de planejar é indispensável para um bom desempenho dos profissionais de saúde.

Ainda discutindo este ponto verificamos como subcategoria do enfrentamento no processo de trabalho a ausência de planejamento nas colocações do grupo de enfermeiros. Modificar esta conduta tentando viabilizar a incorporação do planejamento como ação primordial no processo de trabalho do enfermeiro implica em mudar o núcleo central e para isso somente um evento bastante significativo poderá alterar esta estrutura o que raramente acontece, tornando pouco comum este tipo de mudança.

Na discussão desta categoria, entretanto, apresentamos algumas sugestões que facilitam a implantação de um planejamento estratégico no processo de trabalho não somente do enfermeiro e sim de toda a equipe.

Os elementos periféricos que compõem o quadrante inferior direito com as palavras acolhimento, comunidade, liderança e qualificação respaldam a atuação destes enfermeiros no PSF garantindo a proteção ao núcleo central e ainda as possibilidades de mudanças no significado das representações sociais. São flexíveis e indicam a regulação das representações permitindo a integração com novos elementos. Os enfermeiros consideram desta maneira que o processo de trabalho está relacionado com a interação com a comunidade; com a efetivação do acolhimento e qualificação profissional.

Percebemos ainda que neste sistema periférico a liderança surge como característica diferenciadora de cada indivíduo e que traz para as representações sociais uma possibilidade de incorporação e mudanças no núcleo central.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A dúvida é o princípio da sabedoria”
(Aristóteles)

5.1 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NO PSF

Defender o SUS significa apostar no sucesso da estratégia de saúde da família viabilizando seu fortalecimento e indicando possibilidades renovadas para o seu pleno funcionamento. Sabemos, contudo que não é fácil estabelecer e concretizar os princípios e diretrizes do SUS haja vista que ainda convivemos com os resquícios do paradigma científico curativista. Por isso estudos como este proporcionam a produção de novos conhecimentos frente ao saber/fazer saúde no Brasil.

A teoria das representações sociais em sua dimensão processual e complementada pela dimensão estrutural garantiu apreender os significados do que é trabalhar como enfermeiro no PSF de Jequié. A objetivação e ancoragem possibilitou o desenvolvimento da construção das etapas da representação social proposta por Jodelet tendo concluído que os enfermeiros do PSF possuem a seguinte representação social:

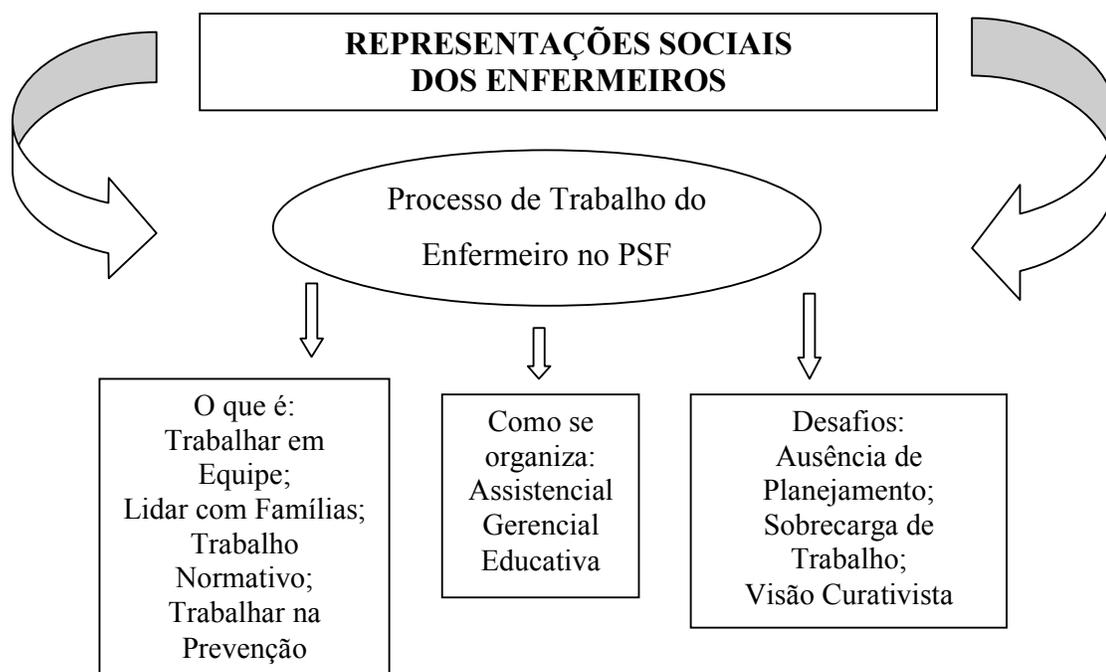


Figura 04: Resumo das representações sociais de enfermeiros sobre sua prática no PSF no município de Jequié, Bahia, 2012.

Neste momento temos o sentimento de que os objetivos propostos foram alcançados e com estas representações podemos evidenciar algumas estratégias de avanço para o PSF de Jequié. Não temos a pretensão de solucionar os problemas que possivelmente ocorrem no setor saúde deste município, todavia precisamos apontar alguns caminhos considerados viáveis para o fortalecimento deste modelo de atenção a saúde escolhido pelos atores do SUS de Jequié.

Inicialmente vejamos as entrelinhas da micropolítica de saúde que caracteriza as atitudes e justifica as condutas dos profissionais inclusive dos enfermeiros em sua atuação: necessidade de um vínculo empregatício seguro e permanente; relacionamento entre os membros da equipe com suas posições sociais determinadas e o momento político vivenciado pelo município de Jequié são modeladores do PSF real que se distancia de suas prioridades e principal função de reorganizar atenção básica causando sérias consequências para o setor saúde.

Nesse sentido o primeiro passo do PSF é reorganizar o processo de trabalho em saúde dos profissionais com o objetivo de reaproximar esta estratégia de sua competência maior dando resolutividade aos problemas na atenção primária. Esta reorganização começa pelo estabelecimento de um vínculo empregatício que ofereça ao profissional tranquilidade para trabalhar e exercer seu trabalho com autonomia e independência. Para isso seria necessário que o município de Jequié retirasse o cargo comissionado para os coordenadores do PSF e realizasse o concurso público com critérios para eleger um profissional com o perfil voltado para as atribuições no PSF. Vale lembrar que não estamos menosprezando o trabalho atual desenvolvido pelos enfermeiros que por ora ocupam o cargo comissionado, mas certamente ao adotar esta sugestão o município de Jequié trará condições de manter um vínculo duradouro entre prestador/usuário (família) facilitando a busca pelo fortalecimento do SUS.

Analisando as representações sociais emitidas chegamos também a outras estratégias de avanço na reorganização do processo de trabalho em saúde da família como, por exemplo, a interação com as instituições de ensino na formação das CIES. Estas comissões poderiam assumir as capacitações junto ao Departamento da Atenção Básica com os temas que emergiram nas representações sociais: os conceitos de arranjos familiares; a gestão participativa com redistribuição das atividades

administrativas cabendo ao enfermeiro coordenador somente o gerenciamento do cuidado e as questões do setor pessoal (férias, cumprimento de carga horária; manutenção da unidade) ficariam sob a responsabilidade de outro profissional da área de administração que inclusive já compõe o quadro de pessoal do PSF: o agente administrativo.

Ainda no aspecto gerencial o enfermeiro manteria a supervisão aos técnicos e auxiliares de enfermagem, pois isso é uma de suas competências legais independentemente de que esteja no PSF conforme a Lei do exercício profissional 7.498/86 e discutiria a supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde tendo como pressuposto que este último por conta da Lei Federal 11.350/06 é um profissional de saúde autônomo que responde aos entes federados sobre o seu processo de trabalho. Ao enfermeiro caberia nesta relação com o ACS o acompanhamento dos dados que são coletados nas planilhas do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica para elaborar as ações de Vigilância em Saúde.

O aumento da cobertura do PSF no município de Jequié de 61,23% para 100% representaria maior acessibilidade aos serviços de saúde e certamente a diminuição da sobrecarga de trabalho dos enfermeiros. Sugerimos ainda aumentasse o número de enfermeiros na equipe de saúde dividindo suas atribuições, considerando os aspectos normativos do COFEN em sua Resolução 293/04 e ainda a série de atividades que o enfermeiro precisa desenvolver em suas dimensões do processo de trabalho. Poderíamos manter inicialmente dois enfermeiros: um responsável pela assistência e outro pela gerência dentro do PSF trabalhando com o apoio matricial do NASF. Outra importante ação que o gestor municipal poderia começar a implantar no município priorizando a atenção básica e o modelo assistencial alternativo.

O NASF traria consigo a tendência de atuação na perspectiva das Linhas do Cuidado funcionando como suporte ao PSF quando a atenção primária não tiver capacidade de resolver os problemas de saúde daquela população. As linhas do cuidado oferece o atendimento em redes de atenção e isso implicaria na modificação da capacidade instalada do município de Jequié para atender as necessidades de saúde de sua população.

Todas estas estratégias de avanço influenciam diretamente no processo de trabalho do enfermeiro, mas certamente o principal instrumento de trabalho deste profissional é o processo de enfermagem aplicado às famílias. Este processo oferece ao enfermeiro a organização e a sistematização da assistência de enfermagem dando uma visão ampliada sobre o processo do cuidar e viabilizando a integralidade da assistência.

Com isso entendemos que a partir das representações sociais dos enfermeiros conseguimos construir novos saberes sobre o processo de trabalho destes profissionais no PSF desvelando suas características e sugerindo mudanças em sua práxis. Estes novos saberes apresentados nas estratégias de avanço do PSF facilitarão a remodelagem e reorganização do processo de trabalho com vistas a concretização do poder local e da efetivação dos serviços de saúde no município de Jequié.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.

_____. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 2ª reimpressão da 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, A. L. Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Lemar e Martinari, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

_____. **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1987.

_____. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Lei 8.142, de 24 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS) / descentralização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Departamento da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Portaria 373, 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a NOAS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, 2002.

_____. **Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art.2o da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006.

_____. **Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família - PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Brasília, 2006.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Portaria nº 1.625 de 10 de julho de 2007**. Altera as atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família – ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2007.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica nº 27**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES, 2012. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp>. Acesso em: 15 out. 2012.

CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (org.). **Representações Sociais e Práticas Educativas**. Goiânia: Editora da UCG, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Modelos Assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everaldo Duarte. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989, p. 53-60.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 679-684, out/dez, 2006.

CASTRO, Claudio Gastão Junqueira de; WESTPHAL, Márcia Faria. Modelo de Atenção. In: WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de (orgs.). **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001, p. 91-11.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 293 de 21 de setembro de 2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Brasília: 2004.

_____. **Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

COTTA, R. M. M; SCHOTT, M; AZEREDO, C. M; FRANCESCHINI, S. C. C; PRIORE, S. E; DIAS G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.3, p. 7-18, 2006.

COUTINHO, M. P. L. et al. **Representações Sociais: Abordagem Interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2003.

DE SETA, Marismary Horsth; REIS, Lenice Gnocchi da Costa; DELAMARQUE, Elizabete Vianna. **Gestão da Vigilância à Saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2010.

FERNANDES, M. S. et. al. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.2, p. 161-167, 2003.

FRANCO, Túlio B.; MERHY, Emerson E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-123.

FRANCO, Túlio B; JÚNIOR, Helvécio Miranda M. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 176p.

GOMES, Antonio M. T; OLIVEIRA, Denize C. de; SÁ, Celso P. A Enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.9, n.2, p. 109-125, 2007.

GOYA, N. **O SUS que funciona nos municípios do Ceará**. Fortaleza (CE): Fundo das Nações Unidas para a Infância / Associação dos Municípios do Estado do Ceará; 2007.

HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 258-165, abr/jun, 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**, tabela população residente, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>.

JODELET, Denise. **Representações sociais: um domínio em expansão**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17-44.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v.20 (Esp), p. 86-101, 1999.

KAKEHASHI, T. Y.; SILVA, C. V. O cuidar da criança e da família: das reflexões teóricas a sua aplicação na prática profissional do cotidiano. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v.3, n.1, p. 15-20, 2001.

MARCON, Sonia Silva; RODOVANOVIC, C. A. T; WAIDMAN, M. A. P; OLIVEIRA, M. L. F; SALES, C. A. Vivência e reflexão de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, p. 116-124, 2005.

MADEIRA, Margot. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In: MOREIRA, Antônio Paredes (org.). **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: UFPB, 2001.

MAZZOTTI, Tarso Bonilha. Representações sociais de problemas ambientais: uma contribuição à educação brasileira. In: MOREIRA, Antônio Paredes (org.). **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: UFPB, 2001.

MARX, K. **O capital: crítica à economia política**. 8. ed. São Paulo: Difusão Editorial; 1982.

MARQUES, Dalvani; SILVA, Eliete Maria. A Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.5, p. 545-550, set/out, 2004

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v.15, n.3, p. 508-514, 2006.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 74-111.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistencial. In: CAMPOS, C. R. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998. p.103-120.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2010.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NAIFF, Denis G. M.; NAIFF, Luciene Alves M; SOUZA, Marcos Aguiar de. As representações sociais de estudantes universitários a respeito das cotas para negros e pardos nas universidades públicas brasileiras. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro: n.1, p. 219-232, 2009.

NÓBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Universitária, 2001. p.55-87.

OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, jun. 2009.

OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C.; GOMES, A. M. T.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. JESUÍNO; J. C.; NOBREGA, S. M. (orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora UFPB, 2005. p 573-603.

OLIVEIRA Raquel Gusmão; MARCON Sonia Silva. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.15, n.3, mai/jun, 2007.

PAIM, J. S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489-503.

PEDUZZI M, A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. In: **Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família**, 2000 nov. 9-11; São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p. 1-11.

PIRES Denise; MATOS Eliana. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p. 508-514, jul/set, 2006.

PIRES Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT. São Paulo, 1998.

_____. Organização do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, M. T, (org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Papa- Livros, 2006. p.176.

Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v.34, n.3, p. 316-319, 2000.

RODRIGUES, M. P. et al. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p. 71-82, 2008.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias L. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.58, n.3, p. 305-310, mai/jun, 2005.

SAITO, R. X. de S. Programa Saúde da Família: gerenciamento com foco em consolidar um novo modelo de atenção. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. (orgs.). **Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009, p. 265-82.

SANTOS, Washington da Silva. **Representações sociais da tuberculose pulmonar**. 2010. 138f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

_____. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SHIMIZU, Helena Eri; REIS, Leonardo da Silva. As Representações Sociais dos Trabalhadores sobre o programa de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.8, p. 3461-3468, 2011.

SPAGNOL, Carla Aparecida. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 119-127, 2005.

SOUSA, K. K. B de; FILHA, M. O. F.; SILVA, A. T. M. C. A práxis do enfermeiro no programa de saúde da família na atenção à saúde mental. **Revista Cogitare Enfermagem**, v.9, n.2, p. 14-22, 2004.

TURA, L. F. R. **Os jovens e a prevenção da AIDS no Rio de Janeiro**, 1997. 175f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro-RJ, 1997.

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento na Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão**. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'abalyse des evocaios – Manuel**. Version de 5 de abril de 2002.

VIDAL, Lícia Marques. **Processo de trabalho na prática gerencial: desafios para um novo fazer em Saúde da Família**. 2010. 211f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “**Representações Sociais de Enfermeiros sobre o Processo de trabalho em saúde da família**”, sob responsabilidade dos pesquisadores **Charles Souza Santos e Eduardo Nagib Boery**, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), nível mestrado, do Departamento de Saúde (DS), os seguintes aspectos:

Objetivo: Analisar as representações sociais do enfermeiro frente ao processo de trabalho na dimensão gerencial do Programa de Saúde da Família.

Metodologia: Estudo a ser realizado nas unidades de saúde da família da zona urbana do município de Jequié com a participação dos enfermeiros que atuam como gerentes no PSF (Programa de Saúde da Família). Os dados serão coletados por meio da entrevista; gravados com o auxílio de dispositivos eletrônicos e agendada em momento oportuno para os sujeitos da pesquisa e também pela aplicação do TALP (Teste de Associação Livre de Palavras) solicitando aos informantes que “escreva rapidamente as palavras que em sua opinião estão relacionadas com o processo de trabalho gerencial do enfermeiro” e coloque-as em ordem crescente de relevância.

Justificativa e Relevância: O Programa de Saúde da Família necessita de trabalhadores voltados para uma gerência participativa com foco nos usuários/clientes/pacientes para concretizar os princípios e diretrizes do SUS. Por isso discutir o processo de trabalho do enfermeiro em sua dimensão gerencial permitirá o fortalecimento do modelo tecnoassistencial à saúde voltada para a resolutividade dos problemas de saúde em nível individual e coletivo.

Participação: Os enfermeiros que optarem por participar da pesquisa precisarão responder aos questionamentos da entrevista que será agendada de acordo com sua disponibilidade.

Desconfortos e riscos: A entrevista poderá causar inibição e desconforto ao informante devido a gravação de suas colocações sobre a temática pesquisada, todavia o informante é livre para não responder as questões que lhe causem incômodo ou até deixar de participar da pesquisa se assim desejar.

Confidencialidade do estudo: e os dados colhidos serão analisados com extremo sigilo garantindo, assim, o total anonimato e a individualidade dos informantes, sendo respeitados também, seus valores culturais, morais, sociais, religiosos e éticos.

Benefícios: Este estudo favorece a discussão sobre a postura do enfermeiro apresentando o seu significado frente à situação de gerenciamento do cuidado, fortalecendo o Programa de Saúde da Família e oportunizando uma estratégia de reorganização ao acesso, e a resolutividade dos problemas de saúde em nível individual e coletivo.

Dano advindo da pesquisa: em hipótese alguma o informante estará submetido a danos devido a sua participação neste estudo, uma vez que, terão acesso ao tratamento e manipulação dos dados somente os pesquisadores responsáveis e colaboradores, não sendo identificados os informantes.

Garantia de esclarecimento: em caso de dúvida, em qualquer momento da pesquisa, garantimos qualquer esclarecimento adicional aos sujeitos da pesquisa.

Participação Voluntária: a participação dos sujeitos é, portanto, voluntária e livre de qualquer forma de remuneração. O participante pode retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo e/ou penalidades para o mesmo.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) precisará ser assinado em duas vias. Uma via ficará com informante da pesquisa e a outra ficará com os pesquisadores onde será arquivada por cinco anos pelos pesquisadores, juntamente com o conteúdo das entrevistas.

- **Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “Representações Sociais de Enfermeiros sobre o Processo de trabalho em saúde da família”, desenvolvido pelos pesquisadores Charles Souza Santos e Eduardo Nagib Boery, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome da Participante _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Jequié, Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador

Para maiores informações, pode entrar em contato:

Prof. Eduardo Nagib Boery. Fone: (73) 3526-8900

Mestrando Charles Souza Santos, Fone: (73) 9113- 6120; (73) 3525-4028.

E-mail: charlesenfzeus@hotmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UESB): (73) 3528-9727

e-mail: cepuesb.j@gmail.com

Home page: www.uesb.br/cep

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Módulo Administrativo

Sala do CEP /UESB – Ao lado do Colegiado de Odontologia

Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-190

Jequié – Bahia

APENDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****A - Dados sociodemográficos**

Nome fictício:

Idade:

Sexo:

Tempo de formação profissional:

Tempo de atuação no PSF:

Possui alguma especialização na área de gestão ou de gerência:

B - Questões norteadoras:

1. O que você entende sobre processo de trabalho do enfermeiro no PSF deste município?
2. Fale sobre as atividades que você desenvolve no dia-a-dia no PSF.
3. Em sua opinião o que constitui o processo de trabalho do enfermeiro no PSF?
4. Existe alguma atividade desenvolvida pelo enfermeiro do PSF que você considera mais relevante? Por quê?

APENDICE C: TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS – TALP**TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS – TALP**

QUAIS SÃO AS 05 PALAVRAS QUE PASSA EM SUA CABEÇA QUANDO ESCUTA PROCESSO DE TRABALHO NO PSF.

01

02

03

04

05

ANEXOS

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB/BA

PROJETO DE PESQUISA

Título: Representações Sociais de Enfermeiros sobre o Processo de Trabalho em Saúde da Família

Área Temática:

Pesquisador: Charles Souza Santos

Versão: 2

Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

CAAE: 00889612.0.0000.0055

Tipo de Notificação: Nova versão TCLE **NOTIFICAÇÃO**

Justificativa: considerando as recomendações feitas pelo parecer consubstanciado comunicamos

Data de Envio: 01/06/2012

Situação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 31363

Data da Relatoria: 05/06/2012

Apresentação da Notificação:

Estudo qualitativo, exploratório que terá como campo de estudo as unidades de saúde da família, zona urbana, município de Jequié-BA e como sujeitos os enfermeiros que atuam como coordenadores da equipe de saúde da família. Sustentado pela abordagem teórico-metodológica da Teoria das Representações Sociais proposta por ABRIC em sua teoria do núcleo central. Tem como objetivo geral analisar as representações sociais do enfermeiro frente ao processo de trabalho na dimensão gerencial do Programa de Saúde da Família e objetivos específicos conhecer o processo de trabalho gerencial desenvolvido pelo enfermeiro no PSF; identificar os enfrentamentos do enfermeiro para desenvolver o processo de trabalho gerencial no PSF. Para tanto utilizaremos como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e o TALP- Teste de Associação Livre de Palavras. Os dados serão analisados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin(2008) e as informações provenientes a partir da técnica de associação livre de palavras serão submetidas a uma análise estrutural, pelo processamento no software EVOC versão 2003.

Objetivo da Notificação:

GERAL:

- Analisar as representações sociais do enfermeiro frente ao processo de trabalho na dimensão gerencial do Programa de Saúde da Família.

ESPECÍFICOS:

- Conhecer o processo de trabalho gerencial desenvolvido pelo enfermeiro no PSF.

- Identificar os enfrentamentos do enfermeiro para desenvolver o processo de trabalho gerencial no PSF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Contemplados

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Trata-se de uma pesquisa importante pois, como os próprios pesquisadores mencionaram, seus resultados poderão favorecer a discussão sobre a postura do enfermeiro apresentando o seu significado frente à situação de gerenciamento do cuidado, o que fortalecerá o Programa de Saúde da Família e oportunizará o desenvolvimento de estratégias de reorganização ao acesso, e a resolutividade dos problemas de saúde em nível individual e coletivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram todos apresentados conforme as exigências.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto já aprovado em parecer anterior do CEP/UESB.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Notificação aceita. O projeto já havia sido aprovado pelo CEP/UESB, pois o pesquisador já tinha feito as alterações necessárias e o projeto já tinha sido reapreciado.

JEQUIE, 04 de Junho de 2012

Assinado por:

Ana Angélica Leal Barbosa

ANEXO B: COMUNICAÇÃO INTERNA



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

COMUNICAÇÃO INTERNA Nº. 483/2012

DO SERVIÇO/SETOR: *Departamento de Assistência à Saúde*

PARA O SERVIÇO/SETOR: Às Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana

ATT: Enfermeiros(as) Coordenadores(as)

ASSUNTO: ***Coleta de dados***

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que o mestrando Charles Souza Santos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES (Nível de Mestrado) da UESB encontra-se devidamente autorizado a coletar dados nessa unidade para dar continuidade a pesquisa intitulada: "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA", sob orientação da docente Eduardo Nagib Boery.

Atenciosamente,


James Melo Silva
Diretor do Deptº. de Assistência à Saúde

Jequié, 28 de junho de 2012

Recebi em: ____/____/____

Ass: _____